

# Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 28  
numéro 03  
mai 11

QUÉBEC

## > Soulager la douleur chronique

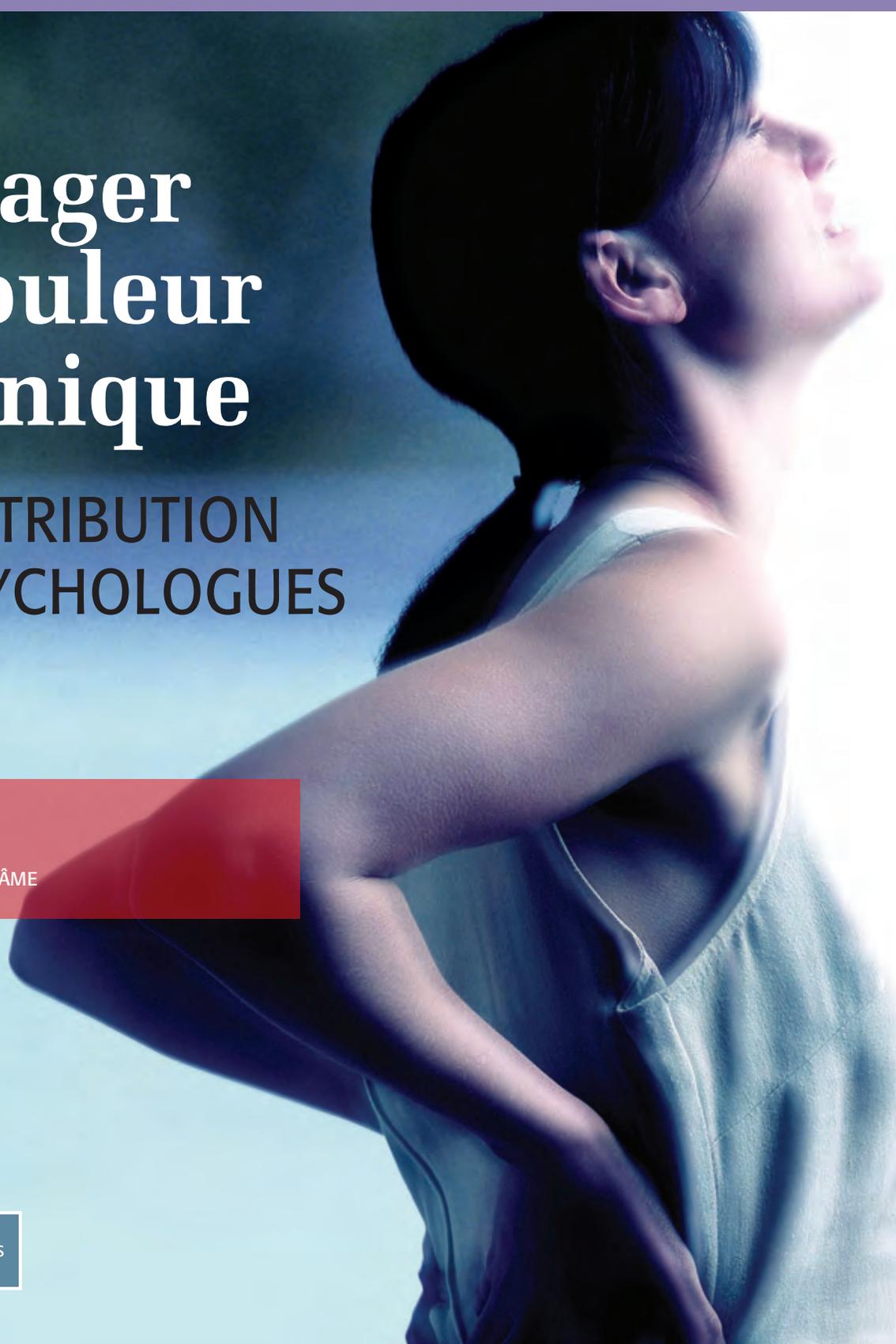
### LA CONTRIBUTION DES PSYCHOLOGUES

#### PORTRAIT

D<sup>RE</sup> MARGARET KIELY  
PSYCHOLOGUE DANS L'ÂME



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC



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



## ASSUREZ-VOUS DE PROFITER DE LA **VIE**



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

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

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

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

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

**1 800 361-8715**  
[dpmm.ca/opq](http://dpmm.ca/opq)

MONTRÉAL | GATINEAU | JONQUIÈRE | QUÉBEC | TORONTO

**Vous avez tout à y gagner!**

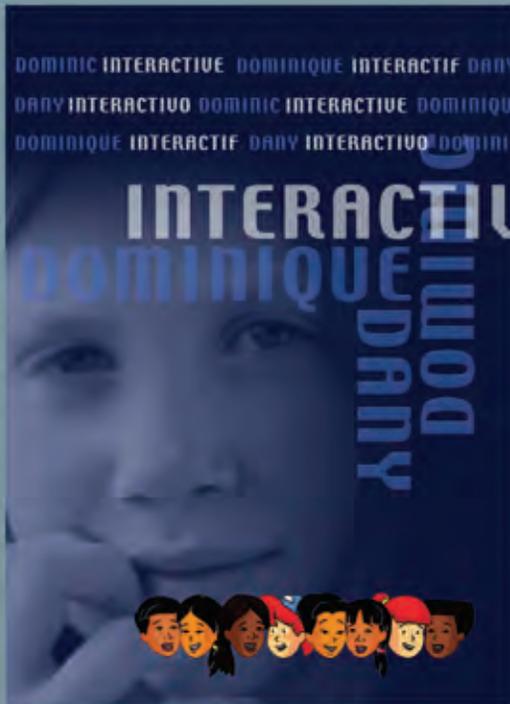
*Ce programme est le seul programme recommandé par l'Ordre, et Dale Parizeau Morris Mackenzie en est le distributeur exclusif.*

Dale  
Parizeau  
Morris  
Mackenzie

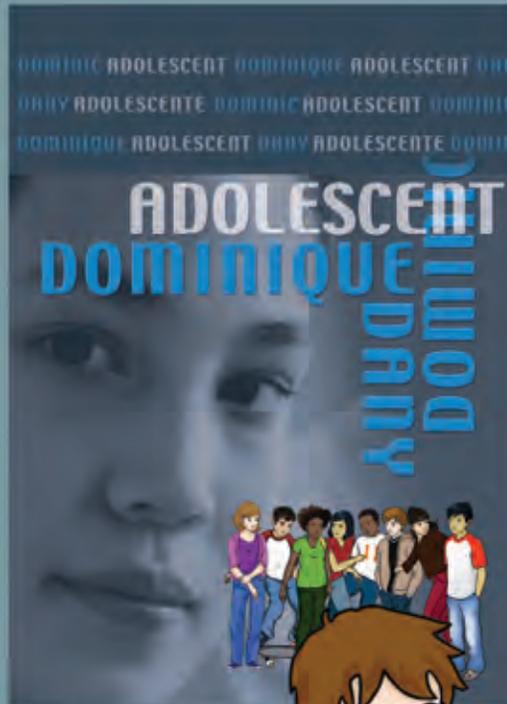


CABINET DE SERVICES FINANCIERS

# Dominique Interactif c'est quoi?



Version enfant (6 à 11 ans)



Version adolescent

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

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



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

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

## > dossier p.18 Soulager la douleur chronique

### 19\_ Intervention en douleur chronique : d'une approche biomédicale à une véritable approche biopsychosociale

*Denis Arcand, psychologue*

### 23\_ La douleur chronique chez la personne âgée

*D<sup>re</sup> Marie-Josée Rivard, psychologue*

### 26\_ La fibromyalgie : au-delà des préjugés

*D<sup>re</sup> Evelyne Trahan et D<sup>re</sup> Séverine Hervouet, psychologues*

### 29\_ La réadaptation interdisciplinaire des personnes ayant des douleurs musculosquelettiques persistantes

*D<sup>r</sup> Joel Montanez, psychologue*

## Nouvelle formule pour *La recherche le dit*

*La recherche le dit*, chronique écrite par la D<sup>re</sup> Cynthia Turcotte, psychologue, a été complètement repensée afin d'intégrer de réelles préoccupations cliniques et le nouvel outil à la disposition des psychologues : les bases de données de l'Ordre! À partir d'une vignette clinique qui soulève certains questionnements, la D<sup>re</sup> Turcotte partage les éléments de réponse qu'elle a trouvés dans des textes disponibles dans des bases de données. Une nouvelle formule qui saura plaire à tous les cliniciens!



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

Cert no. XXX-XXX-000  
www.fsc.org  
© 1996 Forest Stewardship Council

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



## \_portrait p.14

D<sup>re</sup> Margaret Kiely (1925-2011),  
une psychologue qui a marqué la profession au Québec.

## \_sommaire

### 07\_ Éditorial

Les attentes face au projet de loi 21

### 08\_ Pratique professionnelle

À qui appartiennent les outils psychométriques?

### 11\_ Affaires juridiques

Le guide explicatif du projet de loi 21

### 13\_ Le service de référence de l'Ordre

Augmentez votre visibilité efficacement!

### 14\_ Portrait

D<sup>re</sup> Margaret Kiely, psychologue dans l'âme

### 33\_ Opinions

### 37\_ Vient de paraître

### 39\_ Tableau des membres

### 40\_ Petites annonces

### 42\_ La recherche le dit

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

#### Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,  
numéro de convention 40065731

**Rédactrice en chef** :: Diane Côté

**Comité de rédaction** ::

Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier,  
Marie-Josée Rivard

**Rédaction** :: Krystelle Larouche

**Publicité** :: David St-Cyr

Tél. :: 514 738-1881 ou 1 800 363-2644

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: [psyquebec@ordrepsy.qc.ca](mailto:psyquebec@ordrepsy.qc.ca)

**Conception graphique et production** ::  
MichauDesign

**Abonnements** ::

*Membres OPQ* :: gratuit

*Non-membres* :: 40,87 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

*Étudiants* :: 25,74 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

**Ordre des psychologues du Québec**

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

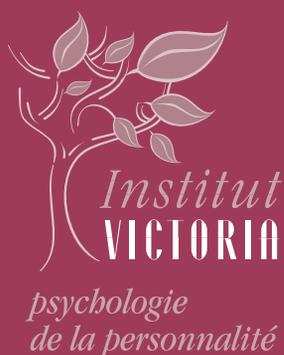
[www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)

**Psychologie**  
QUÉBEC

**Dates de tombée des annonces publicitaires** :

Juillet 2011 : 27 mai 2011

Septembre 2011 : 22 juillet 2011



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

**Documentation disponible  
en ligne ou sur demande**

**Institut Victoria**

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

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

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

## PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

### ► NOUVELLES FORMATIONS

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

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

**Montréal** 150 \$ (taxes incluses)  
le 14 juin 2011

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

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

**Montréal** 275 \$ (taxes incluses)  
les 18 et 25 novembre 2011

#### ■ 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)  
le 31 mai et le 7 juin 2011  
les 15 et 16 mars 2012

### ► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

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

**Montréal** 400 \$ (taxes incluses)  
Groupe C les 12, 13 et 14 mai 2011  
Groupe A les 1, 8 et 22 février 2012

### ► CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

#### ATELIER D'UNE JOURNÉE

**Montréal** 150 \$ (taxes incluses)  
le 28 mars 2012

### ► FORMATION DE 3 ANS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Voyez le programme détaillé sur notre site web.

### ► ATELIERS D'APPROFONDISSEMENT D'UNE JOURNÉE

Consultez notre site web pour connaître les différents ateliers disponibles.



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

# Éditorial

## Les attentes face au projet de loi 21

La mise en application du projet de loi 21 est un long processus et tous, y inclus l'Office des professions, les employeurs, les ordres et les professionnels s'affairent à terminer les derniers travaux préalables à sa mise en vigueur. Un guide interprétatif est en préparation afin de prévenir autant que faire se peut les interprétations divergentes sur le terrain. L'Ordre y participe très activement et ce, avec la collaboration de plusieurs psychologues. Nous sommes conscients qu'entre la théorie et la pratique, entre la loi et ses applications, il faut une compréhension claire de la réalité vécue sur le terrain par les professionnels.

Certains ont exprimé des inquiétudes quant à l'implantation des activités réservées aux psychologues. D'un côté, il y a ceux qui croient que les psychologues pourront invoquer cette réserve d'activités pour empêcher les autres de pratiquer leur profession. De l'autre, il y a ceux qui estiment qu'elle pourra être facilement contournée en renommant autrement certaines activités. Ces deux éventualités sont en contradiction avec le projet de loi 21, dont l'objectif fondamental est l'accessibilité compétente, et nous veillerons à ce qu'elles ne se produisent pas.

Entre la théorie et la pratique,  
entre la loi et ses applications,  
il faut une compréhension claire  
de la réalité vécue sur le terrain  
par les professionnels.

La réglementation des activités dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines pose de grands défis. Nous le savons et nous l'avons toujours su. À ceux qui croyaient que la réserve d'activités était impossible dans ce secteur, nous avons répondu que nous étions prêts à relever le défi malgré les difficultés méthodologiques, conceptuelles et organisationnelles

qui devaient être surmontées. Nous avons insisté sur l'importance de le faire pour protéger le public, dont la vulnérabilité n'est sûrement pas moins grande en santé mentale qu'en santé physique. Nous nous sommes aussi engagés à ce que cela ne limite pas l'accessibilité, car le public a aussi droit de recevoir un éventail de services dans des délais raisonnables et ce, quel que soit son niveau de revenus.

L'organisation des services dans le secteur public, le rôle des différents intervenants en santé mentale, les frontières et la collaboration interprofessionnelles seront sans contredit affectés par la réserve d'activités. J'ai la conviction que ce sera pour le mieux, dans l'intérêt du public d'abord, mais aussi des professionnels. Il faudra, pour y arriver, que les transitions se fassent en douceur et dans le respect des compétences de chacun.

J'ai maintes fois salué la méthodologie suivie par le comité d'experts et je me permets ici de la rappeler. Le profil de formation initiale et l'exposition clinique de chaque groupe de professionnels ont été étudiés afin de recommander qui pouvait faire quoi et à partir de quelles exigences. Il ne s'agissait pas d'une attribution d'activités réservées à la suite d'un lobbying ou d'une guerre interprofessionnelle. Il ne faut pas que ça le devienne au moment de la mise en application concrète de ces recommandations.

Des transformations aussi profondes dans nos manières de définir les compétences et les services méritent que l'on s'en donne les moyens, le temps et la patience. L'Ordre fera tout ce qui est en son pouvoir pour faciliter les transitions. Nos échanges avec les autres ordres professionnels nous portent à croire qu'ils sont prêts à faire de même. Nous ne cesserons de nous affirmer pour faire respecter les principes, l'esprit et la lettre de la loi et des règlements. Mais, faut-il le rappeler, s'affirmer c'est être ni passif ni agressif. Le maintien d'une relation de travail orientée vers des solutions est notre ligne de conduite et je souhaite que cela soit aussi le cas dans les milieux.

En terminant, j'invite tous ceux qui voudraient nous faire bénéficier de leurs idées et de leur expertise à prendre connaissance de l'appel de contribution (p.35) et à nous faire connaître leurs intérêts. Votre participation aux travaux de l'Ordre est la meilleure manière de nous aider à rencontrer vos attentes.

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

# Pratique professionnelle

## À qui appartiennent les outils psychométriques?



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité  
et du développement de la pratique  
[pdesjardins@ordrepsy.qc.ca](mailto:pdesjardins@ordrepsy.qc.ca)

Nous, les psychologues, sommes reconnus notamment pour nos compétences en matière de psychométrie. En effet, que ce soit en psychologie clinique, en neuropsychologie, en psychologie scolaire ou en psychologie du travail et des organisations, de tout temps, nous nous sommes formés à la psychométrie et nous avons développé, perfectionné et utilisé des outils psychométriques pour répondre à nos mandats d'évaluation avec efficacité<sup>1</sup>. Le cursus universitaire, qui permet d'accéder au titre de psychologue, comprend d'ailleurs plusieurs unités de formation reliées à la psychométrie et, très tôt, nous avons appris à lier le travail d'évaluation psychologique et l'utilisation des tests de telle sorte que nous en arrivons à croire que ces outils sont « nos » outils.

De là à penser qu'ils nous sont réservés, il n'y a qu'un pas<sup>2</sup>. Quelle surprise alors de constater que d'autres professionnels, que nous côtoyons, qui font peut-être partie de la même équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire, qui sont nos partenaires dans les services offerts à des clients communs, non seulement s'intéressent à « nos » tests, mais encore les utilisent, puisque cela permet de simplifier le travail d'évaluation, de raccourcir le temps d'observation, d'abrèger les entretiens et de renforcer les conclusions. On ne pourrait certainement pas leur reprocher de vouloir mieux s'outiller pour maximiser leur efficacité. Mais ces autres professionnels, ce faisant, s'inscrivent-ils dans les limites de leur champ d'exercice ou empiètent-ils sur celui des psychologues en répondant à des mandats qui ne devraient pas leur échoir?

### \_DES INQUIÉTUDES LÉGITIMES

Les psychologues qui utilisent des tests psychométriques ont reçu une formation initiale rigoureuse qui porte notamment sur :

- les caractéristiques particulières et parfois uniques des outils : nature des items constituant le test, finalité, validité, fidélité et autres qualités métrologiques;
- les clientèles pour lesquelles les outils ont été standardisés (âge, sexe, problématiques en cause, caractéristiques personnelles, sociales, ethniques, communautaires et autres);

- la concordance entre la nature et l'étendue de l'information ainsi que les conclusions que les outils permettent d'obtenir dans le cadre d'une évaluation donnée;
- la validité bien relative pour ne pas dire fragile de certains outils surtout lorsqu'ils sont utilisés, en tout ou en partie, plus d'une fois auprès d'un client dans un délai déterminé;
- les compétences particulières qui peuvent être requises pour l'administration, la correction, la cotation et l'interprétation d'un test donné.

Les psychologues s'interrogent sur les compétences en matière de psychométrie des autres professionnels dont l'intérêt pour les tests est historiquement beaucoup plus récent. Ceux-ci n'ont parfois reçu qu'une formation superficielle les préparant mal à intégrer dans leur pratique propre des tests développés pour répondre aux besoins d'une autre profession.

Les bonnes pratiques en matière de psychométrie exigent de ne sélectionner que des outils pertinents, ce qui implique de pouvoir en faire la démonstration. En effet, la recherche et la collecte de données, que permet entre autres l'utilisation du test choisi, doivent toujours être liées à ce qui fait l'objet du mandat confié, ce qui nécessite des connaissances approfondies en psychométrie. Il serait disproportionné, voire dommageable, de recourir à un ou des tests lourds et sophistiqués, développés en fonction de problématiques complexes, pour conclure sur ce que l'observation ou encore l'usage d'un test simple aurait permis de relever. Pour illustrer de façon caricaturale le propos, disons que l'erreur serait de mobiliser le télescope d'un observatoire pour voir ce qui se passe au sommet d'un édifice voisin. Les psychologues craignent, parce que plusieurs l'ont constaté, que des collègues d'autres professions, moins expérimentés en matière de psychométrie, fassent des choix de cet ordre, ce qui aurait pour conséquence de les priver d'outils qui, compte tenu de leurs mandats, leur sont indispensables. Ultimement, c'est la clientèle, alors mal évaluée, qui en subirait les préjudices.

Les concepteurs et les distributeurs de tests, pour leur part, reconnaissent également que n'importe qui sans compétences particulières ne peut utiliser des outils psychométriques et, depuis longtemps déjà, ils ont recours à un système de cotation qui permet d'identifier le type et le niveau de formation requis pour se procurer un test et l'utiliser<sup>3</sup>. Toutefois, cela ne suffit pas toujours pour restreindre comme il le faudrait l'usage de certains tests aux seuls professionnels compétents, et c'est dans ce contexte que doivent entrer en ligne de compte les lois et règlements professionnels.

## \_LE PL 21 ET LA RÉSERVE DES TESTS

Faut-il donc s'attendre à ce que le PL 21, qui réserve en exclusivité ou en partage un certain nombre d'activités à des professionnels, ait pour effet de réserver les outils psychométriques qui y sont associés? Eh bien, non!

Bien que la situation puisse être difficile à comprendre, cela demeure relativement logique. Pour faire image, comparons le travail des psychologues à celui des avocats ou des médecins. Le Code civil n'est pas réservé aux avocats, pas plus que le bistouri ne l'est aux médecins chirurgiens. De fait, ni le Code civil, ni le bistouri ne font de l'avocat ou du médecin les professionnels qu'ils sont. Par contre, il faut être avocat pour utiliser le Code civil ET donner un avis légal. Et il faut être médecin pour se servir du bistouri ET effectuer une intervention chirurgicale.

Les psychologues s'interrogent sur les compétences en matière de psychométrie des autres professionnels dont l'intérêt pour les tests est historiquement beaucoup plus récent.

Ces comparaisons sont certainement boiteuses, car s'il suffit de savoir lire pour utiliser le Code civil et s'il suffit de prendre en main le bistouri pour faire des coupes précises, il ne suffit pas de suivre les directives pour utiliser un test psychométrique. C'est en effet beaucoup plus complexe. Il n'en demeure pas moins qu'il faut distinguer l'exercice d'une activité professionnelle des moyens utilisés pour la réaliser. Par exemple, un psychologue scolaire peut utiliser un test cognitif (QI) pour conclure éventuellement à la présence d'un retard mental, alors qu'un neuropsychologue peut utiliser le même test, dans une batterie, pour statuer sur les fonctions mentales supérieures. L'un est-il davantage légitimé que l'autre pour utiliser ce même test? L'un est-il mieux préparé que l'autre? C'est la finalité de leur exercice propre qui permet de répondre à ces deux questions. Et c'est notre code de déontologie qui nous rassure quant au respect pour chacun d'eux des limites de leurs compétences et qui établit clairement la primauté des intérêts des clients.

Mais sur le terrain, le problème se pose de façon plus marquante lorsque des professionnels différents utilisent le même test et, qui plus est, pour un client commun. Bien sûr, les autres professionnels, tout comme les psychologues, ont un code de déontologie et ils sont tenus également d'exercer leur profession en tenant compte des limites de leurs compétences et en

priorisant l'intérêt du client. Il n'y aurait certainement pas lieu de croire qu'ils agissent autrement, bien qu'il soit possible que leur formation et leur expérience des tests ne leur permettent pas toujours de réaliser l'ampleur des exigences en matière de psychométrie. De plus, tous les professionnels n'ont pas dans leur code de déontologie des dispositions qui encadrent expressément l'utilisation des outils psychométriques, et cela peut impliquer certains risques, comme illustré précédemment.

## \_LE DÉFI QUE NOUS AVONS À RELEVER

Le choix des outils d'évaluation demeure au final la responsabilité du professionnel dont les activités, il faut le souligner, sont circonscrites par un champ d'exercice qui lui est propre. Et c'est la responsabilité des ordres professionnels de s'assurer que leurs membres exercent dans les limites de leurs compétences et dans le cadre de leur champ d'exercice. S'il y a un doute et que le public est à risque, il ne faut pas hésiter à signaler la situation aux ordres responsables.

Nos collègues issus des autres professions sont-ils au fait des implications, pour vous et pour les clients, d'utiliser un test auquel vous devez recourir pour vous acquitter de votre mandat? Sont-ils au courant du niveau de complexité associé à l'administration, à la correction et à l'interprétation d'un test, de même que des conditions requises pour qu'il conserve sa validité? Pourquoi ne pas les y sensibiliser alors? En matière de psychométrie, nous, psychologues, pouvons sûrement exercer un certain leadership, et il est de loin préférable de s'entendre entre collègues, d'ouvrir le dialogue et de garder les clients au centre de nos préoccupations<sup>4</sup>. C'est à un autre niveau, celui des organisations professionnelles, ce que l'Ordre des psychologues a fait et continue de faire.

Les outils psychométriques ne sont pas réservés, soit! Toutefois, assurons-nous qu'ils soient utilisés à bon escient et avec compétence. Collaborons, coordonnons nos actions, entendons-nous sur un plan de soins et de services afin que chaque professionnel puisse disposer au bon moment d'outils valides nécessaires à son évaluation, que celle-ci soit une activité réservée ou non.

## \_Notes

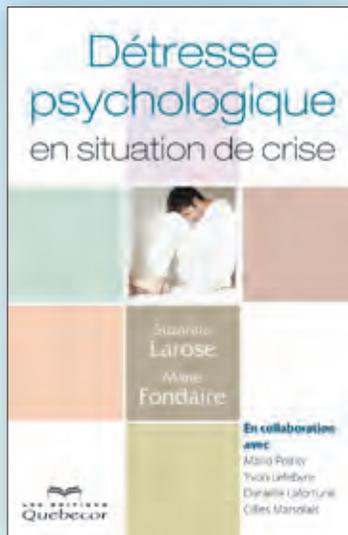
- 1 Voir Desjardins, P. (2008). « Tests et données probantes, un état de situation ». *Psychologie Québec*, 25 (5), 9-11.
- 2 Voir Dupuis, D. (2000). « Les tests et leur usage. Fiche déontologique ». *Psychologie Québec*, 1 (3).
- 3 Voir Desjardins, P. (2007). « L'utilisation des tests ». *Psychologie Québec*, 24 (5), 14-15.
- 4 « Toutefois, considérant le fait que les psychologues ont une formation poussée en évaluation, précisons qu'il n'est pas contraire à la déontologie de faire connaître les qualifications qui démarquent favorablement les psychologues des membres des autres ordres professionnels quant à cette sphère d'activité, lorsque la situation le requiert. » Extrait de Dupuis, D. (2000). « Les tests et leur usage. Fiche déontologique ». *Psychologie Québec*, 1 (3).

# En tête d'affiche

## Détresse psychologique en situation de crise

Suzanne Larose et  
Marie Fondaire

**Un nouveau modèle  
d'intervention axé sur  
les caractéristiques de  
la personne en crise.**



En intervention de crise, le modèle de Caplan (1964) constitue encore aujourd'hui la principale référence théorique. Pourtant, confronté aux réalités diversifiées des personnes rencontrées dans les services de crise, ce modèle ne peut désormais plus suffire. Les auteurs développent dans ce livre un nouveau modèle d'intervention centré sur les caractéristiques de la personne en crise, sur son histoire de vie et son entourage social.

La mise en application du modèle proposé implique des changements qui exigent des transformations majeures sur la pratique clinique et l'organisation des services. Toute la créativité des intervenants s'en trouve interpellée. Cet ouvrage offre les paramètres autour desquels pourront s'amorcer réflexions et débats afin d'orienter une réforme de la pratique en intervention de crise. En cette période de mouvance dans le milieu de la santé au Québec, l'avenir de l'intervention de crise paraît troublé. S'attarder sur ses enjeux, ses défis et ses perspectives est devenu, selon les auteurs, un impératif.

**Suzanne Larose** est diplômée de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal. Elle détient également un diplôme d'études supérieures en administration des affaires sociales.

**Marie Fondaire** est diplômée en psychologie et en sciences de l'éducation de l'Université catholique de Louvain-la-Neuve, en Belgique.

## La planification de l'intervention

François Lemire

**L'encadrement clinique professionnel  
en contexte psychosocial.**

La démarche concernant la planification de l'intervention est d'assurer une harmonisation sur les façons de faire des intervenants dans l'offre des services aux usagers ou aux patients.

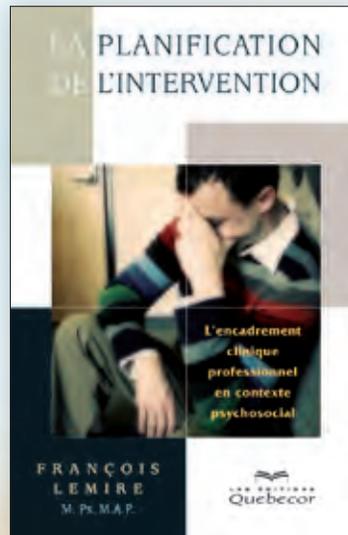
Dans le cadre traditionnel de la psychothérapie, nous retrouvons un thérapeute en interaction avec un patient. Ce patient est vu et traité directement par son thérapeute

dans une relation duelle. L'intervenant n'est pas en contact avec le milieu de vie du patient. Idéalement, ce dernier fait une psychothérapie pour améliorer son propre état et non celui d'un autre. Il paye lui-même ses séances.

La psychothérapie se fait dans le bureau du thérapeute, à heures fixes et prédéterminées. Ce livre propose un modèle d'intervention et inventorie toute une série d'actions qui permettront de mieux évaluer les soins au patient, de les appliquer et de consigner les données au dossier. Cet ouvrage rappelle les distinctions qui existent entre les différents diagnostics.

**François Lemire** détient un baccalauréat en psychologie, une maîtrise en psychologie clinique de l'université de Montréal ainsi

qu'une maîtrise en management de l'École nationale d'administration publique.



En vente dans  
toutes les librairies  
au Québec  
et en Europe

  
LES ÉDITIONS  
**Québecor**

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

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

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

# Affaires juridiques

## Le guide explicatif du projet de loi 21



M<sup>e</sup> Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire  
du conseil de discipline

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

Le guide explicatif relatif au PL 21 sera rendu public bientôt. Ce guide vise à fournir aux employeurs, aux professionnels et aux intervenants œuvrant dans les différents milieux de la santé mentale et des relations humaines un outil d'aide à la compréhension des dispositions législatives introduites par le PL 21. Élaborées dans l'optique de protéger le public en lien avec les conclusions des experts qui les ont inspirées (rapport Trudeau), les dispositions du PL 21 s'inscrivent dans une démarche d'accessibilité compétente : le service approprié, fourni par la personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise. En s'associant pour l'élaboration d'un guide unique, les ordres professionnels concernés ont notamment voulu concrétiser leur adhésion à ce principe de l'accessibilité compétente. C'est donc dans cet esprit que le patient a été placé au cœur des préoccupations de tous et que, à partir d'une compréhension commune de la loi, les ordres ont pu s'entendre au sujet de certaines règles interprétatives sur lesquelles j'attire votre attention dans cette chronique.

La première règle est que la réserve d'une activité à une profession ne doit jamais avoir pour effet d'empêcher un autre professionnel d'exercer la sienne. Si le législateur a pris la peine de le préciser, c'est qu'inévitablement certains professionnels partagent un lieu commun, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils sont interchangeables.

Ainsi, une activité peut être réservée à une profession et chevaucher ou croiser en partie une activité qui se retrouve dans la description du champ d'exercice d'une autre profession. Par exemple, le champ d'exercice des psychoéducateurs prévoit que ces derniers **évaluent les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives**. Cette activité ne leur est pas spécifiquement réservée. Le psychologue peut procéder à cette évaluation dans le cadre de l'évaluation des troubles mentaux. Devrait-on en déduire que l'évaluation des troubles mentaux, parce que réservée aux psychologues, a préséance sur celle des psychoéducateurs? La réponse à cette question est non.

Cette réserve ne peut avoir pour effet d'empêcher le psycho-éducateur d'exercer une activité que le législateur considère comme faisant partie du noyau dur de sa profession comme en fait foi la description de son champ d'exercice que l'on retrouve au PL 21.

Une activité peut aussi être réservée à une profession (par exemple, évaluer les troubles mentaux ou neuropsychologiques) et en partie chevaucher ou croiser quant à la démarche **une activité réservée** à une autre profession (évaluer les habiletés fonctionnelles lorsque requis en application d'une loi). Il n'y a pas de partage d'activité comme tel entre le psychologue et l'ergothérapeute, mais il y aurait une certaine zone de chevauchement à l'**examen** des fonctions mentales supérieures. Cela dit, il n'en demeure pas moins que les fonctions mentales supérieures ne seront pas examinées de la même façon par ces professionnels, puisque la finalité recherchée par l'un et l'autre n'est pas la même. Dans un cas, les conclusions cliniques recherchées porteront sur les habiletés fonctionnelles de la personne, alors que dans l'autre elles porteront notamment sur la nature ou les causes des affections cliniques. Donc, une certaine zone de chevauchement, une investigation orientée vers des finalités différentes et des conclusions cliniques balisées par le champ d'exercice propre à chacune de ces professions.

Parfois, le lieu commun entre deux professions est le partage d'une activité. Une même activité (même libellé) peut effectivement être partagée par différentes professions. Dans cette situation, afin de déterminer qui peut faire quoi et à quelle fin, la règle d'interprétation est la même : **une activité doit s'inscrire à l'intérieur des paramètres déterminés par le champ d'exercice propre à chaque profession**.

Ainsi, en ce qui concerne, par exemple, l'activité « évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité », cela signifie que le travailleur social évalue le fonctionnement social de cette personne, que le psychologue évalue son fonctionnement psychologique ou mental, alors que le psychoéducateur évalue ses difficultés d'adaptation et ses capacités adaptatives. Cette logique est la même pour toutes les autres professions visées par cette réserve. Le champ d'exercice de chaque profession vient ici qualifier la nature et la finalité de l'activité d'évaluation réservée à un groupe de professionnels. Un même mot, « évaluation », mais un sens différent pour chacun des professionnels visés.

Comme on peut le constater, cela n'est pas nécessairement évident pour tous et ne couvre certainement pas toutes les situations potentielles de lieu commun entre les professions. Il se peut également que des questionnements demeurent à la suite de la publication du guide explicatif et que des précisions s'imposent. C'est la raison pour laquelle le réseau des répondants sera mis en place. Y siègeront, notamment, les ordres professionnels concernés, des représentants du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des établissements du réseau de la santé, des commissions scolaires, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, des centres jeunesse, bref, de tous les milieux où œuvrent les professionnels en santé mentale et en relations humaines. Le réseau des répondants sera un lieu d'échanges qui permettra de transmettre les explications et les renseignements requis aux membres des ordres et aux gestionnaires des milieux de travail concernés lors de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions législatives et de communiquer des solutions en vue de régler les situations exceptionnelles qui pourraient surgir durant les premiers mois de leur application. Par ailleurs, il vous sera également possible d'adresser vos questions soit à M. Pierre Desjardins, le directeur de la qualité et du développement de la pratique, ou encore à moi, et c'est avec plaisir que nous y répondrons.

## L'INCORPORATION MAINTENANT POSSIBLE POUR LES PSYCHOLOGUES

Le règlement visant à autoriser les psychologues à exercer leurs activités professionnelles par l'intermédiaire de deux nouvelles formes juridiques d'entreprise, soit la société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) et la société par actions (SPA), est en vigueur depuis le 10 mars dernier. Le Règlement sur l'exercice de la profession de psychologue en société est disponible dans la zone sécurisée de la section Psychologue du site Web de l'Ordre. Il précise les conditions et les modalités d'exercice en société, notamment quant aux règles d'administration de la société et à la détention des actions ou des parts sociales. Le membre qui souhaite exercer ses activités professionnelles en société doit remplir la Déclaration afin d'y être autorisé et nous faire parvenir les documents requis. Si vous possédez déjà une société par actions, selon la clause transitoire prévue à l'article 12 du Règlement, vous avez un an, soit jusqu'au 10 mars 2012, pour vous conformer aux conditions édictées par le Règlement.

Par ailleurs, avant de constituer une compagnie, nous vous suggérons de consulter un professionnel qui saura vous conseiller afin de choisir la structure de société la plus appropriée à vos besoins. Veuillez noter que l'Ordre des psychologues ne donnera aucun avis juridique à cet effet.

**Consultez le [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca) pour obtenir toute la documentation**

## MARTIN DRAPEAU NOMMÉ RÉDACTEUR EN CHEF DE LA REVUE *PSYCHOLOGIE CANADIENNE*

Le Dr Martin Drapeau, psychologue et vice-président de l'Ordre, a récemment été nommé par le conseil d'administration de la Société canadienne de psychologie comme rédacteur en chef de la revue *Psychologie canadienne*. Grandement intéressé à la fois par la recherche et par la clinique, le Dr Drapeau a entrepris son mandat en janvier dernier pour l'édition de 2012 et il terminera en 2015. *Psychologie canadienne* est tirée à 4000 exemplaires et est destinée à tous les psychologues du Canada. Il recense des articles variés portant à la fois sur la théorie, la recherche et la pratique clinique. Par son nouveau poste, le Dr Drapeau tentera de valoriser la revue, de faire en sorte qu'elle réponde mieux aux besoins des psychologues et enfin, qu'elle rayonne et qu'elle inclut un volet plus international. Rappelons que Martin Drapeau est professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie ainsi que directeur du groupe de recherche sur les processus psychothérapeutiques de l'Université McGill.



# Le service de référence de l'Ordre

## Augmentez votre visibilité efficacement!

Le service de référence de l'Ordre, c'est 2087 psychologues pratiquant en privé, répertoriés dans toutes les régions du Québec. Bien que la période d'inscription annuelle au tableau des membres soit terminée, vous pouvez toujours vous inscrire à ce service rentable et efficace. Avec la récente refonte du site Web de l'Ordre, nous vous présentons les toutes dernières améliorations apportées au service de référence en ligne!

### \_RECHERCHER UN PSYCHOLOGUE PAR QUARTIER

Depuis l'avènement des fusions municipales, il était impossible d'effectuer une recherche sur le site de l'Ordre en fonction des quartiers ou des arrondissements dans les grandes villes du Québec. Pour contourner ce problème, nous avons installé la « recherche par carte Google ». Cette façon de faire ne convenait pas à tous nos clients. Nous avons donc créé un nouveau critère de recherche par quartier qui permet de trouver un psychologue dans la majorité des arrondissements des grandes villes lors d'une recherche par liste.

### \_UN PLUS GRAND CHOIX DE PROBLÉMATIQUES

Les 76 problématiques qui étaient présentées au formulaire d'inscription sont maintenant disponibles dans la liste « types de problème pour lesquels vous désirez consulter ». Les clients peuvent aussi choisir entre un service d'évaluation et/ou de traitement pour les différentes problématiques.

### \_NOUVEAUTÉS DE LA PAGE PERSONNELLE

Les psychologues qui le désirent peuvent inscrire leur adresse de site Web sur leur page personnelle. Un lien cliquable dirige le visiteur directement sur le site du psychologue.

### \_UN SERVICE QUI SE FAIT VOIR

Différentes actions seront entreprises par le service des communications tout au long de l'année afin de faire connaître le service de référence au public. Nous avons par exemple placé une annonce sur Facebook. Cette première tentative avec les réseaux sociaux nous a démontré l'efficacité des publicités ciblées. En effet, dès le début de cette modeste campagne, nous avons constaté une augmentation du nombre de visiteurs sur le site d'environ 40 par jour.

Nous procédons actuellement à l'achat d'espaces publicitaires dans des médias qui rejoignent des publics spécialisés. Nous avons déjà publié une annonce dans le magazine *Enfants Québec* et nous ferons de même dans la revue *Virage*. Le message de l'annonce invite les personnes à recourir à des services professionnels reconnus en s'adressant au service de référence de l'Ordre.

Les abonnés aux pages personnelles peuvent dorénavant utiliser l'adresse URL de leur page dans leur publicité ou leur carte professionnelle comme s'il s'agissait d'une adresse de site Web. L'adresse est le [www.ordrepsy.qc.ca/voir/nomdupsychologue](http://www.ordrepsy.qc.ca/voir/nomdupsychologue) ou le [www.ordrepsy.qc.ca/see/nameofthepsychologist](http://www.ordrepsy.qc.ca/see/nameofthepsychologist).

### \_LE SERVICE DE RÉFÉRENCE : UN ACHALANDAGE MARQUÉ, UN SERVICE UTILE

#### Nombre de demandes au service de référence pour la semaine du 21 février 2011

	Lundi 21 février	Mardi 22 février	Mercredi 23 février	Judi 24 février	Vendredi 25 février
Appels au service de référence téléphonique	115	89	101	63	70
Visiteurs sur la page du service de référence en ligne	344	309	277	251	151
Nombre total de personnes à la recherche d'un psychologue	459	398	378	114	279

### \_LE RETRAIT TEMPORAIRE DU SERVICE

Les psychologues qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent plus accepter de nouveaux clients peuvent retirer temporairement leur nom du service de référence. Ce service est gratuit et disponible en tout temps en remplissant un formulaire de retrait dans la section sécurisée du site Web. Les retraits temporaires peuvent aussi se faire par téléphone.

**Psychologue :**  
**Parce que chaque enfant a son histoire**

Elle a 8 ans, mais grandit quand même mieux à l'école?  
Elle a d'importantes difficultés d'apprentissage.  
Elle est déprimée depuis que sa mère est divorcée.  
Elle se laisse griser et s'aime pas se voir dans le miroir.  
Elle frappe ses camarades de classe et ne laisse pas l'autorité.  
Elle pleure tout le temps, sans raison.

**Consulter un psychologue, les enfants aussi peuvent en profiter**

Trouvez facilement un psychologue selon le problème et votre région  
99 autres psychologues disponibles  
sur notre service téléphonique au 514 298-1223  
ou au 1 800 363-1223

# Portrait

## D<sup>re</sup> Margaret Clare Kiely (1925-2011), psychologue dans l'âme

Autour d'elle s'était formée toute une communauté. Celle que plusieurs appelaient simplement sœur Kiely n'est plus. Elle est décédée le 15 février 2011 des suites d'une brève maladie. Attristés par son départ soudain, mais heureux d'avoir eu la chance de la côtoyer, des proches nous parlent de cette religieuse dominicaine énergique qui quitta un jour Tacoma, dans l'État de Washington, pour s'établir au Québec et, plus précisément, au Département de psychologie de l'Université de Montréal où elle prit des dizaines de doctorants sous son aile bienveillante.

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

### \_MARGINALITÉ CRÉATRICE

Tous les matins, Margaret Kiely allait prier à l'église des pères dominicains située tout près de l'Université de Montréal (UDM). Elle s'installait toujours sur le même banc. Or comme en témoignent des gens qui l'ont bien connue, si Margaret Kiely était fidèle aux rites, à ses convictions religieuses et à sa communauté des Sœurs dominicaines de Tacoma elle était également, à sa manière, une femme profondément libre.

« Être marginal exige une grande liberté intérieure et beaucoup d'énergie psychique<sup>1</sup> », a écrit Margaret Kiely. Pour elle, cette façon de vivre hors des sentiers battus était essentielle au processus de créativité qui, entre autres choses, permettait « de trouver des questions menant à des hypothèses de travail et de développer les moyens par lesquels on peut comprendre l'inconnu<sup>2</sup> ». À ses yeux, la marginalité créatrice était un idéal à poursuivre.

### \_UN SOURIRE AMÉRICAIN

Benoît Lacroix est théologien et historien. Ce dominicain et professeur émérite retraité a été directeur à l'Institut d'études médiévales de l'UDM. Il fut, en outre, un collègue et ami du fondateur de l'Institut de psychologie de l'UDM, le père Noël Mailloux. Le professeur Lacroix se souvient du contexte de l'arrivée de Margaret Kiely à l'UDM. Au début des années soixante, le père Mailloux – qui avait lui-même étudié à l'étranger –, cherchait à recruter des gens intéressés par la psychologie hors des frontières du Québec. En ces temps où la religion catholique était bien présente à l'Université, cette Américaine dominicaine était en quelque sorte « la victime idéale! », note le professeur Lacroix avec une pointe d'humour.

L'Institut de psychologie, où Margaret Kiely poursuivait ses études doctorales, et le Département des études médiévales étant alors rattachés à la Faculté de philosophie, l'historien et la psychologue se croisaient dans les couloirs. *Sister* Kiely, pour reprendre les termes de Benoît Lacroix, était reconnaissable par son petit accent anglophone – qu'elle a d'ailleurs toujours conservé. Elle se distinguait aussi par son sourire particulier, empreint de confiance : « un sourire américain », précise-t-il.

Pendant 20 ans, le père Lacroix a animé *Les samedis de la foi*. « Margaret était toujours là », dit-il. Rieuse, elle adorait ses petites blagues. « *You were good!* », prenait-elle soin de venir lui dire. « C'est une femme qui ne vivait que pour les autres », ajoute l'historien. Il considère que si Margaret Kiely a choisi de demeurer à Montréal, c'est surtout en raison de son attachement envers les nombreux étudiants qu'elle aidait. Selon lui, elle n'aurait pas obtenu la liberté à laquelle elle aspirait en restant dans sa communauté religieuse. « C'était dans sa nature de rayonner », résume-t-il.

Humaniste, elle se définissait par sa compétence, sa disponibilité et son humilité, croit le professeur Lacroix. Il se souviendra de la personnalité attachante de celle dont il aura partagé la route pendant plus de 40 ans. Elle appartenait, selon lui, à une classe d'humains à part. « Ce sont des êtres qu'on ne voit pas, mais ils sont toujours là, on s'habitue même à leur bonté et finalement, quand ils s'en vont, on est orphelin », analyse Benoît Lacroix, aujourd'hui âgé de 95 ans.

### \_NOËL MAILLOUX : SON MENTOR

Décédé en 1997 – quelques mois avant qu'elle obtienne le prix portant son nom –, le père Noël Mailloux fut un mentor pour sœur Kiely. « Elle était toute petite à côté de lui : c'était très beau à voir », relate le professeur Lacroix. Il se souvient que malgré la stature et le charisme du père Mailloux, sœur Kiely ne semblait pas intimidée par ce dernier. Il l'estimait beaucoup, croit son ancien collègue.

Une lettre écrite par Noël Mailloux<sup>3</sup> dans le cadre du processus de titularisation de la professeure Kiely laisse entrevoir tout le respect qu'il lui portait :

Dans l'image que je me suis faite de Margaret, depuis de nombreuses années, une caractéristique émerge toujours au premier plan : en elle, je reconnais quelqu'un qui est, avant tout et par dessus-tout, un professeur. Elle aime défricher avec un groupe d'étudiants un nouveau champ de recherches. [...] Dans leurs moments de découragement, elle trouve toujours le moyen de les amener à mieux orienter leur démarche et à se mettre au travail avec enthousiasme. [...] Jamais elle ne paraît plus heureuse que lorsque l'un d'eux vient de terminer sa thèse! (Noël Mailloux, O. P., 27 juin 1984)

## \_LA GÉNÉROSITÉ (ET LES SOULIERS) DE SŒUR KIELY

Margaret Kiely, c'est bien connu, était une femme énergique. Ceux qui l'ont croisée se souviennent peut-être des souliers de course qu'elle chaussait parfois. Le professeur et directeur du Centre de recherche en neuropsychologie et cognition de l'UDM, Franco Lepore, fut un de ses collègues. « Un de ses fans! », nuance celui qui aimait la taquiner sur cette façon qu'elle avait de se déplacer rapidement, presque en courant. Mais ce qu'il retient surtout de Margaret Kiely, c'est sa générosité. Elle aurait, entre autres, donné de l'argent de sa poche pour aider des étudiants éprouvant des difficultés financières. Son soutien, elle l'a aussi offert à des étudiants qui n'obtenaient pas suffisamment d'encadrement de la part de leurs directeurs de thèses. D'une certaine façon, elle les adoptait et les prenait sous son aile. « Margaret Kiely est la personne qui a gradué le plus grand nombre de doctorants depuis que le département existe », souligne le professeur Lepore.

Parmi les implications de la D<sup>re</sup> Kiely, Franco Lepore rappelle qu'on lui doit d'avoir fait avancer le laborieux dossier du transfert du diplôme de D. Ps. en Ph. D., au milieu des années 90. Ce processus a nécessité la révision des dizaines de dossiers d'étudiants qui souhaitaient changer de grade. Un montant d'environ 500 \$ par dossier avait été demandé et il avait été convenu que l'argent irait dans un fonds destiné à des étudiants dans le besoin, explique le D<sup>r</sup> Lepore, qui était alors directeur du Département de psychologie. Selon lui, il serait question que ce fonds soit appelé la bourse Margaret Kiely. En outre, une bourse **Dr. Margaret C. Kiely** a aussi été créée en l'an 2000 par la Fondation du Collège Queen of Angels pour encourager la poursuite d'études en éducation ou en psychologie.

## \_LE VOILE AU VENT

Comme beaucoup d'anciens étudiants de psychologie de l'UDM, la psychologue clinicienne Line D'Amours a connu Margaret Kiely en suivant son célèbre cours intitulé *Milieus sociopathologiques*, dont la formule de discussion en petits groupes se distinguait des traditionnels cours magistraux. À la fin des années 70, Line D'Amours a pris part à une recherche longitudinale menée par la D<sup>re</sup> Kiely en recueillant les témoignages de personnes endeuillées. « À cette époque-là, on ne parlait pas beaucoup du processus de deuil », rappelle la psychologue.

Pour Line D'Amours, s'il n'y avait qu'un mot à associer à Margaret Kiely, ce serait le mot « processus ». Elle évoque ces quelques phrases, inspirées de sœur Kiely : « La vie est un processus. Il faut se donner le temps. On ne sait pas comment ça va se terminer. Il faut se faire confiance. » Les intérêts de recherche de Margaret Kiely – qui fut notamment une des pionnières de la psychologie communautaire au Québec –, témoignent de la place centrale qu'occupait cette notion. Elle aura travaillé sur le deuil et le sens de la mort, mais aussi sur le suicide, sur la responsabilité



D<sup>re</sup> Margaret Clare Kiely, psychologue

citoyenne dans la réinsertion des délinquants, sur le processus de supervision des thèses et sur la créativité. Sa propre thèse de doctorat, complétée en 1970, portait justement sur la créativité et l'identité chez les religieuses.

Line D'Amours relate une anecdote qui dépeint la représentation que cette religieuse créative avait d'elle-même : un jour, elle offrit à sœur Kiely une carte de souhaits sur laquelle on pouvait voir l'image d'une petite Volkswagen rouge filant sur une route, le toit ouvert. À son bord, une religieuse – voile blanc au vent – tenait le volant. « Mais c'est moi! », se serait exclamée sœur Kiely en découvrant cette image, les yeux grands ouverts. C'était son côté « moderne », estime Line D'Amours.

## \_MARGARET ET LA MER

Consultante en psychologie au Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, la psychologue Andrée Faucher a réalisé son doctorat sous la supervision de la D<sup>re</sup> Kiley. Sa thèse portait sur les stratégies cognitives d'adaptation des personnes âgées bien adaptées. Aux yeux de la D<sup>re</sup> Faucher, l'amalgame de la vocation religieuse de Margaret Kiely et de sa profession de psychologue était d'une rare qualité : « Une belle alchimie entre professionnalisme et humanisme. » Sa compassion et son désir d'aider étaient, selon elle, extraordinaires : « Je l'ai vue visiter fidèlement des étudiants mourants », se souvient Andrée Faucher. Profondément sensible à tout processus de deuil, la D<sup>re</sup> Kiely savait accompagner avec le plus profond respect. Collègues, enfants de collègues, amis, étudiants : nombreux sont ceux qui, lors de maladies ou de perte d'êtres chers, ont pu bénéficier de sa présence réconfortante. « Elle était de toutes les joies et de toutes les peines. Elle était là », résume-t-elle.

# Pourquoi

## une association de psychologues alors qu'on a déjà un ordre?

→ L'objectif central de chaque ordre est d'assurer la protection du public (article 23, Code des professions); pour ce faire, il surveille la pratique de la profession.

**L'objectif central de l'Association** est de veiller aux intérêts de ses membres et de la profession, dans la mesure où ils favorisent le bien-être de la population.

→ Les ordres professionnels ne peuvent traiter les intérêts économiques. Les associations peuvent le faire : rehaussement salarial, honoraires CSST, SAAQ, PAE, etc.

→ Pour éviter de se retrouver en position de conflit d'intérêts, les ordres professionnels ne peuvent s'occuper du soutien aux professionnels au cours du processus disciplinaire, ni des assurances pour les plaintes du public auprès du Bureau du syndic. Les associations peuvent le faire.

Pour mieux comprendre la distinction entre un ordre et une association, voir : <http://www.apqc.ca/assDistinction.aspx>

## Il y a pénurie de psychologues

dans le secteur public à cause de conditions de travail et de rémunération inadéquates

Investissez dans votre association pour obtenir un salaire à la hauteur de vos compétences et favoriser l'accès aux psychologues dans les services publics

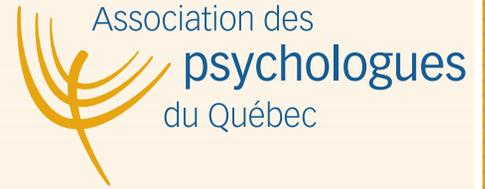
Adhérez  
dès maintenant à :  
**www.apqc.ca**

### ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Écrivez à l'adresse courriel :  
[apq@spg.qc.ca](mailto:apq@spg.qc.ca)

Communiquez avec notre secrétariat au  
514.353.7555 ou 1.877.353.7555

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



Association des  
psychologues  
du Québec

### Profitez de services professionnels variés :

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

**Adhérez maintenant**  
et bénéficiez d'un  
**rabais de 60%**  
sur votre prochaine  
adhésion

« Sœur Kiely aimait beaucoup la mer. Pour elle, passer du temps près de la mer, c'était le ressourcement par excellence », insiste Andrée Faucher. La D<sup>re</sup> Kiely allait régulièrement à Gloucester, dans le Massachusetts, où elle séjournait dans un centre de retraite en bord de mer. *"I'm just going to hang out with God"*, lui disait-elle avant de partir. « Elle avait le rêve de vivre dans un phare », relate Andrée Faucher en ajoutant que, d'une certaine façon, elle-même était un phare pour beaucoup de gens. Elle en avait la constance et la solidité : « Sa présence d'une extrême finesse était d'une qualité exceptionnelle », dit-elle. « Dans l'esprit des gens, la présence de Margaret Kiely va transcender son absence », croit Andrée Faucher qui se remémore cette phrase de Margaret Kiely : *"A person can want more, but not at the detriment of what the person has..."* « Pour elle, la vie était un cadeau, et quel cadeau d'avoir connu Margaret et de la garder présente en nous », conclut-elle.

## \_LE TEMPS EN SUSPENS

« Dès le début, j'ai pu constater son esprit vif, son engagement, son enthousiasme et son sens de l'humour. » Ce témoignage vient de la D<sup>re</sup> Barbara Sourkes, psychologue, professeure associée à l'École de médecine de l'Université Stanford, en Californie. Elle a connu Margaret Kiely en 1968 en prenant part à une étude menée par le Mental Hygiene Institute – où oeuvrait sœur Kiely avant de se joindre au corps professoral de l'UDM, en 1972. Le projet visait à étudier l'impact d'interventions précoces sur des enfants de Pointe St-Charles. Par la suite, toutes deux ont collaboré à divers projets, jusqu'à développer une relation basée sur la réciprocité : « D<sup>re</sup> Kiely m'avait aidée à lancer ma carrière de psychologue et, par la suite, j'ai eu la chance de lui faire découvrir les particularités du milieu clinique que j'avais choisi, soit celui de la pédiatrie ». En 1981, Margaret Kiely a passé une partie de son année sabbatique auprès de la D<sup>re</sup> Sourkes, au Boston Children Hospital, où cette dernière travaillait auprès d'enfants atteints du cancer et de leurs familles.

La D<sup>re</sup> Sourkes attribue en grande partie l'obtention de son diplôme en psychologie au mentorat de la D<sup>re</sup> Kiely. « Le paysage actuel de la psychologie au Québec serait bien différent si la D<sup>re</sup> Kiely n'avait pas inspiré et prodigué ses enseignements à autant de jeunes gens », croit-elle. Spécialiste du deuil, la D<sup>re</sup> Sourkes témoigne de la contribution de la chercheuse que fut Margaret Kiely : « Comprendre et renforcer la résilience des personnes face à la maladie grave et au décès fut l'un des fils conducteurs de sa carrière. » En signe d'affection, elle a d'ailleurs dédié un de ses livres à Margaret Kiely.

Par ce geste, la D<sup>re</sup> Sourkes a aussi voulu rendre hommage à un concept élaboré par sœur Kiely : « le temps en suspens ». À la fois élégant et profond par sa simplicité, cette notion a permis d'articuler – comme jamais cela n'avait été fait auparavant – l'état psychologique associé à l'expérience de la maladie et, plus précisément, à l'intervalle entre le moment du diagnostic et celui du décès, explique la D<sup>re</sup> Sourkes. Elle définit le temps en suspens ainsi :

L'individu vit dans un état flou ou sa seule certitude est, paradoxalement, l'incertitude. La nature profonde du temps en suspens signifie que l'individu lui attribue des significations toujours subjectives et qu'il peut décider d'agir activement à l'intérieur de celles-ci. Cependant, considéré comme un état, le temps en suspens est le cadre obligé de cette période<sup>4</sup>.

Pour sœur Kiely, qui fut vive presque jusqu'aux dernières heures, le temps en suspens aura été de courte durée. En hommage à cette amoureuse de la mer, Barbara Sourkes souhaitait offrir cette pensée à tous ceux et celles qui l'ont connue :

*In the words of Samuel Beckett:  
"There's never an end for the sea".*

*Nor is there an end for our enduring  
memories of Dr. Margaret Clare Kiely.*

## \_Notes

- 1 Rencontre avec des pionnières en santé mentale, Collection hors série de *Santé mentale au Québec*, 2004, p. 25 (extrait tiré du site Web : [www.santementaleauquebec.ca/pdf/Rencont.pdf](http://www.santementaleauquebec.ca/pdf/Rencont.pdf)).
- 2 Ibid., p. 24.
- 3 Cette lettre, tirée des archives de l'Ordre des psychologues du Québec, était adressée à madame Mireille Mathieu, alors directrice du Département de psychologie de l'Université de Montréal.
- 4 Barbara M. Sourkes (2001). *La part de l'ombre : les aspects psychologiques des maladies potentiellement mortelles*. Paris : Frison Roche.

La douleur chronique, c'est celle qui s'installe sans avoir été invitée, celle qui ne part plus malgré les efforts pour la chasser et celle qui gruge tout ce que l'on a de bon. L'Association internationale pour l'étude sur la douleur (IASP) a établi une définition qui a permis un tournant majeur dans sa compréhension et son traitement, puisqu'elle précise désormais sans équivoque que les aspects psychologiques font partie de l'expérience douloureuse. Cette définition est la suivante : « expérience sensorielle et **émotionnelle** désagréable, associée à une atteinte tissulaire démontrée ou potentielle, ou décrite comme telle ». Ainsi, les traitements qui furent longtemps négligés et considérés comme non prioritaires incluent et favorisent les traitements psychologiques. Il est reconnu que le soulagement de la douleur fait partie des droits de la personne et donc, toute personne qui en souffre a le droit d'être soulagée autant de la douleur que de la souffrance qui en découle.

Plusieurs études indiquent que la douleur chronique toucherait 20 % des hommes et 24 % des femmes au Québec et dans le monde. La douleur est dite chronique lorsque d'une part, elle persiste au-delà de six mois ou au-delà du processus normal de guérison lorsqu'elle fait suite à une blessure. D'autre part, lorsqu'elle entraîne des incapacités physiques et une souffrance émotionnelle affectant le fonctionnement global de la personne, soit sa vie personnelle, sociale, familiale et affective. C'est pourquoi un des éléments importants dans l'évaluation d'une douleur chronique consiste à évaluer la personne, et non seulement sa douleur. Ainsi, le traitement doit être global et inclure, en plus des traitements médicaux, pharmacologiques et physiques, des traitements psychologiques. Ceux-ci

visent non pas à guérir la douleur chronique, ce qui ne survient que très rarement, mais bien à fournir les outils nécessaires pour mieux la gérer et améliorer la qualité de vie de la personne qui en souffre.

Il est stimulant de constater les efforts mis en œuvre pour mieux comprendre et traiter la douleur chronique. Ainsi, l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) regroupe plus de 3000 personnes et favorise les échanges, tout comme la Société québécoise de la douleur qui regroupe les professionnels ayant un intérêt dans ce domaine et le projet ACCORD, visant la sensibilisation du grand public, pour ne nommer que ceux-là. Ceux-ci ont entre autres permis que la première semaine de novembre soit reconnue officiellement par l'Assemblée nationale du Québec comme « la semaine de la douleur » afin de donner à cette problématique l'attention qu'elle mérite.

Ce numéro sur la douleur chronique réunit quatre auteurs qui traitent de différents aspects qui y sont reliés. Notamment, la fibromyalgie, encore mal connue, où seront entre autres expliquées les cibles psychothérapeutiques à préconiser; le concept de kinésiophobie, quand la peur du mouvement devient un facteur de maintien de la souffrance; les particularités de l'évaluation et du traitement de la douleur chronique chez la personne âgée; ainsi que des pistes cliniques utiles dans les discussions avec les tiers payeurs. Nous souhaitons que ces textes répondent à vos attentes. Bonne lecture!

**D<sup>re</sup> Marie-Josée Rivard, psychologue, membre du comité de rédaction et coordonnatrice du dossier sur la douleur chronique.**



# > Soulager la douleur chronique



Denis Arcand / Psychologue

Denis Arcand est psychologue à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Il travaille essentiellement en douleur chronique depuis plus de 20 ans, ayant développé avec ses collègues l'un des tout premiers programmes d'intervention interdisciplinaire en douleur chronique au Québec.

## Intervention en douleur chronique : d'une approche biomédicale à une véritable approche biopsychosociale

Monsieur X (M. X.), depuis trois ans, a rencontré quatre généralistes, deux orthopédistes, un neurochirurgien, deux physiatres en plus de trois physiothérapeutes, un chiropraticien, une massothérapeute et un naturopathe. Il a subi trois expertises et un examen médical au BEM (Bureau d'évaluation médicale), a dû consulter un avocat et est présentement en attente d'une audition à la CLP (Commission des lésions professionnelles, c.-à-d. le tribunal d'appel de la CSST). Il se dit très en colère tant contre son patron que contre la CSST, affirme être très irritable (ce que confirme sa conjointe avec insistance), avoir de sérieux problèmes d'attention et de concentration, se sentir inutile et ne plus savoir vers qui ou quoi se tourner. Il ne comprend pas que personne ne semble pouvoir l'aider pour son problème de douleur « [...] alors qu'on est capable d'envoyer des gens sur la lune [...] ».

M. X. a donc bénéficié de nombreuses interventions de professionnels de la santé dans une perspective biomédicale. Pourtant, il a l'impression que sa situation ne s'est pas améliorée depuis qu'il a fait une chute et développé un problème de douleur au dos il y a trois ans, d'avoir fait le tour de l'ensemble des interventions possibles et ne sait plus trop à quel saint se vouer.

Toutefois, dans le monde de la douleur chronique, la présence et l'importance de composantes psychosociales dans la genèse et le maintien des problèmes de douleur chronique sont de plus

en plus reconnues. En effet, tant dans la littérature scientifique que dans les milieux cliniques, il n'est plus possible de ne considérer que des éléments biomédicaux pour évaluer et traiter ce type de condition. En outre, plusieurs éléments psychosociaux, qui jouent un rôle déterminant dans les processus de chronicisation, ont été identifiés ces dernières années. Ces éléments sont regroupés en facteurs non modifiables (exigences habituelles de l'emploi, relation passée avec l'employeur, histoire médico-légale à la suite de l'apparition du problème, etc.) et en facteurs modifiables (intensité de la douleur, pensées catastrophiques, peur du mouvement, sentiment d'injustice, perception d'incapacité, détresse psychologique, réactions des proches, etc.). Ils jouent souvent un rôle déterminant tant sur l'intensité de la douleur que sur l'impact de cette dernière dans la vie de l'individu touché. D'ailleurs, cette différenciation entre intensité de la douleur et sévérité de l'impact de cette dernière sur le mode de vie de la personne, comme deux dimensions différentes, bien qu'interreliées, est extrêmement importante. En effet, il peut arriver qu'une mesure visant à réduire la douleur (par exemple telle médication opiacée avec tel dosage), tout en ayant un impact positif sur cet élément, ait un impact négatif majeur sur les capacités d'attention et de concentration du sujet et donc un retentissement très important sur l'ensemble de son mode de vie. L'évaluation de la situation du client doit alors, nécessairement, tenir compte de ces deux dimensions.

L'intervention sur les facteurs psychosociaux modifiables est donc devenue un élément majeur des interventions en douleur chronique, soit en prévention de la chronicité (Michael Sullivan : – Programme P-Gap (Programme de gestion de l'activité progressive) et PDIP (Prévention de la douleur et de l'incapacité prolongée) –, soit en réaction à cette dernière. Il est évident que pour la société, la prévention de la chronicité serait extrêmement avantageuse, tant en termes de souffrance évitée et de qualité de vie préservée que de coûts financiers épargnés. Cependant, les changements que cela implique du point de vue organisationnel et de la culture des intervenants de la santé interfèrent souvent avec une implantation généralisée de mesures pourtant reconnues comme efficaces pour prévenir ladite chronicité.

Le modèle d'intervention socioprofessionnelle en douleur chronique développé à l'IRDPO depuis plus de vingt ans s'adresse à une clientèle pour laquelle le problème de douleur a amené un retrait du marché du travail et a affecté de façon souvent très importante la qualité de vie des personnes touchées, et ce, sur un long terme. Le but dudit programme est de favoriser la réintégration au marché du travail en pratiquant une gestion plus efficace du problème de douleur et en permettant le maintien d'une qualité de vie satisfaisante. Les clients potentiels sont d'abord rencontrés par le médecin et le psychologue ou le

conseiller en orientation. L'évaluation du médecin vise à clarifier le statut médical du client et à vérifier s'il y a des indications ou contre-indications médicales à sa participation au programme, tandis que l'entrevue psychosociale vise essentiellement à vérifier l'intérêt du client face à un type d'intervention interdisciplinaire qui, le plus souvent, est nouveau pour lui. Si le client choisit de continuer le processus et que les intervenants croient qu'il présente un potentiel raisonnable de participation effective aux interventions, il sera par la suite évalué en kinésiologie, en physiothérapie et en ergothérapie, l'évaluation psychologique étant complétée au cours de cette période. Par la suite, l'ensemble des intervenants se concerteront pour vérifier la pertinence d'offrir un plan d'intervention au client et sur la forme exacte que prendra ce dernier. Dans la plupart des cas, le plan d'intervention s'étalera sur une période de cinq semaines, à raison d'un peu moins de trente-cinq heures par semaine. Les interventions sont individualisées tout en se déroulant dans un contexte de groupe.

Le modèle de kinésiophobie de J. M. S.Vlaeyen, où l'évitement de l'activité est le facteur déterminant de développement de la chronicité de la douleur, est au cœur du mode d'intervention développé par notre équipe. La **désensibilisation à l'activité** et le **réentraînement à l'effort** constituent en effet l'ossature de ce modèle d'intervention. Toute l'équipe collabore dans ce processus,



Passion, innovation, partenariat : reflet de notre engagement



Le CMR poursuit son expansion et recherche des professionnels passionnés et dynamiques pour pourvoir les postes suivants :

## Neuropsychologues

### Programme adulte

#### Déficience motrice adulte

(Châteauguay)

- Poste permanent à temps partiel (21 h/sem.)

(Saint-Hubert)

- Poste temporaire (1 an) à temps partiel (21 h/sem.)

(Saint-Hyacinthe)

- Poste permanent à temps partiel (21 h/sem.)

### Traumatologie

(Châteauguay)

- Poste temporaire (6 mois) à temps partiel (28 h/sem.)

### Programme jeunesse

(Châteauguay)

- Poste permanent à temps partiel (28 h/sem.)

(Saint-Hyacinthe)

- Poste permanent à temps partiel (21 h/sem.)

(Longueuil)

- Poste temporaire (6 mois) à temps partiel (21 h/sem.)

(Granby)

- Poste temporaire (1 an) à temps partiel (31,5 h/sem.)

## Psychologues cliniques

### Programme adulte – Traumatologie

(Châteauguay)

- Poste temporaire (17 mois) à temps partiel (28 h/sem.)

### Programme jeunesse – Déficience auditive

(Saint-Hubert)

- Poste temporaire (1 an) à temps partiel (28 h/sem.)

Communiquez avec nous pour en savoir davantage à notre sujet ou visitez régulièrement notre site web pour prendre connaissance des nouveaux affichages.

Transmettez-nous votre CV en mentionnant le **titre du poste convoité**.

Centre montérégien de réadaptation

5300, chemin de Chambly  
Saint-Hubert (Québec) J3Y 3N7  
Télécopieur : 450 676-0047  
emploi.cmr@rrsss16.gouv.qc.ca



www.cmrmonteregie.ca

chacun à partir de son identité professionnelle propre et de la culture commune de l'équipe. Le coordonnateur clinique occupe une place centrale dans ce processus, son rôle étant justement de s'assurer de la cohérence des interventions entre elles et avec le rationnel d'intervention auquel souscrit l'équipe. Cet aspect de cohérence est selon nous extrêmement important. En effet, par définition, nos clients ont rencontré de nombreux intervenants de la santé depuis l'apparition de leur problème et, malheureusement, ont été exposés à beaucoup d'informations souvent contradictoires, parfois difficilement compréhensibles et souvent menaçantes. Leur confiance vis-à-vis des intervenants de la santé est donc souvent limitée, leur position sous-jacente étant :

« [...] pourquoi, parmi tous les intervenants de la santé que j'ai vus et qui tous avaient leur propre façon de comprendre mon problème, ce serait vous autres qui auriez raison [...]? ». Ils sont donc très sensibles à toute contradiction apparente entre les intervenants et vont souvent, au moins dans un premier temps, chercher à opposer les intervenants les uns aux autres. Cet élément est d'autant plus présent que le rationnel d'intervention qui leur est proposé (c.-à-d. kinésiophobie) est, la plupart du temps, fort loin de leur façon initiale de comprendre leur problème. De plus, la présence fréquente d'une histoire de conflits médico-légaux importants avec le tiers payeur ou l'employeur favorise une forte méfiance et l'attribution d'intentions troubles aux intervenants. Du fait de ce contexte, le rôle du coordonnateur clinique, comme responsable justement de la **cohérence**, est central.

Dans ce contexte particulier, le rôle de chacun des intervenants prendra les tonalités suivantes. Le rôle du médecin sera déterminant pour clarifier les éléments diagnostiques présents chez le client, pour ajuster la médication afin de faciliter l'implication de ce dernier et, surtout, pour le rassurer quant aux dangers qu'il (le client) perçoit à augmenter son niveau d'activité. Le rôle du psychologue consistera à donner au client, tant en entrevues individuelles qu'en rencontres de groupe, des informations lui permettant de mieux comprendre le monde de la douleur chronique, à définir les impacts de cette dernière sur son mode de vie et à définir des stratégies alternatives pour redécouvrir son propre pouvoir sur sa situation. Le physiothérapeute aura un rôle majeur dans l'explication des aspects physiopathologiques de la condition du client, dans l'apprentissage d'exercices et/ou de stratégies qui peuvent lui permettre de mieux contrôler la douleur tout en redevenant plus actif et de travailler à éliminer certaines mauvaises habitudes (vices de posture, patrons de mouvement fautifs) qui ont contribué à entretenir ses difficultés. L'ergothérapeute, comme le kinésologue, sera particulièrement important dans le processus d'exposition à des tâches et activités qui ont été évitées, souvent depuis de nombreuses années, et pour convaincre le patient à le faire de façon sécuritaire tout en améliorant sa forme physique

tant au plan cardiorespiratoire que musculaire. Il aura aussi un rôle déterminant pour aider le client à développer, connaître et reconnaître ses capacités. De plus, le kinésologue préparera le client à maintenir et continuer d'améliorer sa condition physique suite au programme, tandis que l'ergothérapeute pourra l'aider à réintégrer son milieu de travail avec succès. Le conseiller en orientation (formé en psychothérapie) aura un rôle assez semblable à celui du psychologue, mais interviendra plus souvent dans les cas où la réintégration dans le milieu de travail antérieur n'est pas possible et où de nouvelles avenues professionnelles devront être envisagées.

Si l'évitement de l'activité est effectivement central dans le développement et le maintien du problème de douleur chronique et de la perception d'invalidité de la large majorité de nos clients, il ne constitue cependant pas le facteur explicatif dominant pour certains d'entre eux. Dans ces cas, c'est plutôt la persistance de l'individu dans l'activité sans égard à la douleur qui constituera le nœud de son problème. De fait, après une blessure initiale, la meilleure stratégie de récupération consiste à reprendre l'activité de façon graduelle. Si la reprise se fait trop brusquement, elle provoquera des augmentations de douleur insupportables, qui mèneront temporairement à l'évitement, suivi par un nouvel essai de reprise de l'activité avec toujours la stratégie de persistance, etc. Cette stratégie finira donc par amener les mêmes conséquences que la stratégie d'évitement, l'une et l'autre se différenciant surtout par l'importance relative des phases d'évitement et de confrontation. Dans les deux cas, l'encadrement à la reprise de l'activité, encadrement autant cognitif que comportemental, sera le facteur central pour passer d'une stratégie qui ne fait qu'enfoncer de plus en plus le client dans un modèle où il expérimente des échecs à répétition, à un modèle où il commence à expérimenter et à bâtir sur des réussites de plus en plus fréquentes et significatives.

Bien que le cœur des interventions soit centré sur cette dynamique évitement/reprise de l'activité, celles-ci doivent prendre en compte de nombreux éléments périphériques à cette dynamique, qu'il s'agisse des relations avec le tiers payeur (quand il y en a un) ou avec la famille, de la présence de troubles ou traits de personnalité plus ou moins perturbants, de la relation avec des intervenants de la santé extérieurs à l'équipe, etc. Dans la plupart des cas, les éléments dépressifs présents en début de programme seront nettement moins présents à la fin de ce dernier. L'impuissance que ressentait le client face à sa situation, qui était un élément important de renforcement des éléments dépressifs, ayant été affectée à la baisse, ces éléments dépressifs seront eux aussi affectés à la baisse. Par contre, les éléments anxieux resteront le plus souvent significatifs, car suite à la participation au programme, d'autres étapes de la réinsertion

du client dans son milieu (expertises médico-légales, réinsertion dans le milieu de travail, réorientation professionnelle) seront prévues, étapes souvent anticipées avec anxiété. Dans les cas où les circonstances permettent que certains membres de l'équipe accompagnent le client dans ce processus de réintégration, ces éléments anxieux seront mieux contrôlés et le processus facilité pour une réinsertion durable et sécuritaire.

Revenant à M. X., nous pouvons constater qu'après avoir participé au programme, malgré des réticences initiales significatives, il s'est bien impliqué dans les interventions proposées. Il a vu, à sa grande surprise, qu'il présentait beaucoup plus de capacités que ce qu'il croyait et, surtout, a constaté qu'il avait beaucoup plus de pouvoir sur sa situation qu'il ne l'anticipait (développement du sentiment d'efficacité personnelle). Il comprend mieux sa situation et a été fortement encouragé par ses proches à continuer de pratiquer les changements comportementaux qui lui ont été suggérés. Même son fils de dix ans intervient pour lui rappeler de garder une posture plus saine, tout en constatant que pour la première fois depuis des années, son père accepte de se livrer avec lui à certaines activités physiques : patin, badminton, etc. M. X. ne sait pas encore ce qu'il deviendra au plan professionnel,

mais connaît mieux ses capacités et commence à percevoir des avenues intéressantes. Il poursuit ses discussions avec le conseiller en orientation du programme et est moins inquiet quant aux résultats de l'éventuelle décision de la Commission des lésions professionnelles (CLP).

## Bibliographie

- **Livres**  
LALIBERTÉ, Simon, SULLIVAN, Michael J.L., *Douleur et incapacité chronique : Les bienfaits de la psychologie*. Dans O'DONNELL-JASMIN, Louise, et. al., *Faire équipe face à la douleur chronique*, Laval, Les Productions Odon, 2010.
- **Revues spécialisées**  
VLAEYEN, J. W. S., et. al., «The role of movement/(re)injury in plain disability», *Journal of Occupational Rehabilitation*, n°5, 1995, p. 235-252.
- **Internet**  
« Programme de gestion de l'activité progressive (PGAP) », *University Centre for Research on Pain and Disability*, <http://pdp-pgap.com/pgap/fr/index.html>, (page consultée le 25 mars 2011).

# COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



## POUR QUI ?

Les psychologues et les candidats à l'admission.

## POURQUOI ?

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

## QUAND ?

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

## À MONTRÉAL

- 13 mai et 10 juin 2011
- 19 août et 16 septembre 2011

## COURS EN ANGLAIS

- 6 mai et 3 juin 2011

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

**LA FORMATRICE : Élyse Michon, psychologue**

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



Dr<sup>e</sup> Marie-Josée Rivard / Psychologue

Marie-Josée Rivard travaille à l'Unité de gestion de la douleur Alan-Edwards, du CUSM, situé à l'Hôpital Général de Montréal depuis plus de 10 ans. Elle est vice-présidente de la société québécoise de la douleur. Elle est aussi membre du comité d'éducation et sensibilisation de la douleur auprès de la population, du programme ACCORD.

## La douleur chronique chez la personne âgée

**Il n'est pas une semaine, depuis quelque temps déjà, sans que l'on décrie les mauvais traitements ou la maltraitance envers des aînés. Cela avec raison, puisque cette population est plus vulnérable et fragile à plusieurs égards et qu'il lui est souvent difficile de faire reconnaître ses droits.**

**Le soulagement de la douleur étant un de ceux-là.**

La douleur chronique représente un problème de santé majeur chez les aînés. En effet, la douleur affecterait plus de 50 % des personnes vivant dans la communauté et plus de 80 % vivant en résidence pour personnes âgées (Helme & Gibson, 2001). Ce problème est d'autant plus important que sur le plan médical la douleur est sous-traitée chez les patients âgés, encore plus chez les très âgés et ceux souffrant de démence (Blyth et coll., 2001). Il a longtemps été considéré que la douleur faisait partie intégrante du vieillissement et donc, peu d'études y étaient consacrées (Arean et coll., 2003). Et pourtant, la population mondiale vieillit et il est attendu qu'en 2050, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront environ 36 % de la population (OMS, 2008). C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (2008) reconnaît que de meilleurs soins doivent être développés pour les personnes âgées, entre autres en gestion de la maladie chronique.

La première modalité de traitement utilisée pour soulager la douleur chronique chez les aînés est la médication analgésique (Norelli & Harju, 2008). Lorsque prescrite adéquatement, elle est essentielle à leur bien-être. Cependant, certains médicaments peuvent entraîner des effets secondaires indésirables au-delà de ce qui est observé dans une population plus jeune, et ce, à des doses plus faibles (Portenoy & Farkash, 1988). Donc, en plus des modalités de traitement pharmacologique, médical et physique, il s'avère pertinent de s'attarder aux interventions psychologiques ciblées pour favoriser le développement et l'utilisation de stratégies efficaces de gestion de la douleur chronique. D'ailleurs, Gibson (2006) mentionne que les traitements pharmacologiques chez les aînés sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés aux interventions non pharmacologiques.

Il sera question dans les prochaines lignes des particularités reliées à l'évaluation de la douleur chez les aînés qui ne souffrent pas de démence et qui sont rencontrés en clinique de la douleur, comme c'est le cas à l'Unité de gestion de la douleur Alan-Edwards du CUSM. Il sera aussi question d'interventions psychologiques efficaces pour favoriser la gestion de la douleur et finalement, de quelques obstacles au traitement.

### LES ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES DE L'ÉVALUATION

L'évaluation standard en douleur chronique est de mise, peu importe l'âge du patient. Ainsi, les informations reliées au type de douleur, sa localisation, son intensité, sa durée et les circonstances entourant sa survenue sont nécessaires. Il est important d'obtenir directement ces informations, même si elles sont déjà notées au dossier médical. Nous profitons ainsi des émotions dévoilées « en direct » qui sont reliées à la douleur, ce qui nous est évidemment fort utile. Nous questionnons ensuite le patient sur la consommation de médicaments et les traitements suivis dans le passé qui ont favorisé ou non un soulagement de la douleur. Il est également important d'évaluer la présence d'autres conditions médicales affectant le patient, sachant qu'en vieillissant, le corps est plus fragile et vulnérable et les maladies plus fréquentes, ce qui a un impact sur le niveau de détresse psychologique. Ensuite, on recueille l'information sur le fonctionnement quotidien, social et familial afin d'établir le niveau de base et pouvoir le comparer avec le fonctionnement de la personne avant l'apparition de la douleur. Ces questions sur la douleur sont primordiales, puisque la perception de la douleur varie selon les âges, les « jeunes-vieux » percevant la douleur de façon plus dérangeante que les « vieux-vieux » (Gibson, 2005). En effet, le vieillissement a un impact sur la perception de la douleur, sur son évaluation cognitive et sur l'expression de celle-ci. Par exemple, la personne âgée croit à tort que la douleur qu'elle ressent est normale, étant donné que son corps est affaibli et qu'il lui est donc normal de souffrir. Cela entraîne une certaine résignation à la présence de la douleur et une hésitation à l'exprimer.

Puis, nous questionnons le patient sur son état émotionnel, comprenant entre autres les éléments dépressifs et anxieux ainsi que toutes les autres composantes émotionnelles de l'évaluation psychologique en douleur chronique. La personne âgée qui souffre de douleur chronique comparativement à celle qui n'en souffre pas présente quatre à cinq fois plus de risque de souffrir de dépression majeure (Ohayon & Schatzberg, 2003). En effet, le portrait dépressif est largement répandu et peut s'exprimer de différentes façons. Il m'arrive fréquemment d'entendre que la douleur s'est installée alors que le moment était venu de se reposer, après une vie active bien remplie, ce qui entraîne un fort sentiment de découragement. Certains m'ont mentionné que la douleur a chamboulé ce à quoi ils rêvaient pour leur

retraite, comme les loisirs ou le repos, entraînant ainsi frustration et déception; d'autres, qu'ils avaient l'impression d'être punis et tentaient de se rappeler les erreurs faites plus tôt dans leur vie qui pourraient expliquer ce dur sort qui leur était désormais réservé.

Les personnes âgées voient souvent leur niveau d'autonomie diminuer et doivent dépendre davantage d'autrui à plusieurs égards, ce qui engendre une détresse considérable reliée entre autres à une faible estime de soi. Lorsque la douleur est présente, cette détresse devient encore plus significative et les idées suicidaires font parfois leur apparition. Ainsi, il m'est arrivé trop fréquemment d'entendre les commentaires suivants : « À quoi bon vivre, j'ai fait ce que j'avais à faire »; « Je me suis battu toute ma vie, je n'ai plus la force de continuer » et « Je ne pourrai pas supporter de dépendre des autres, je ne veux pas être un fardeau pour mes enfants ». Ces phrases, lourdes de sens, semblent être pour certaines d'entre elles une terrible conclusion à une vie tantôt heureuse, tantôt malheureuse.

L'intensité de la douleur peut également être modulée par le décès du conjoint ou quand l'isolement social s'installe. Alors que le réseau social est un élément clé du bien-être, lorsque celui-ci s'appauvrit, la personne se retrouve seule avec elle-même, devant gérer un corps et un esprit en souffrance, sans pouvoir échanger ou tout simplement en parler. L'absence de soutien et de distraction fait en sorte que la douleur envahit la personne et devient rapidement l'élément central de sa vie, créant un cercle vicieux solidement ancré.

Finalement, il est reconnu que l'anxiété, sous toutes ses formes, est la problématique la plus répandue chez les aînés et qu'elle est étroitement associée à la douleur (Gibson, 2005). Ainsi, la pensée catastrophique, qui caractérise entre autres l'anxiété, a un impact plus important sur l'incapacité que la douleur elle-même (Sullivan, 1995). Selon Sullivan (2009), ce type de pensée serait la variable la plus associée à la douleur. Il va sans dire que l'évaluation de cette pensée est nécessaire à une bonne compréhension de la problématique ainsi que pour déterminer les cibles thérapeutiques.

### \_LES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Les quelques études réalisées jusqu'à maintenant sur l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale en gestion de la douleur chez les aînés permettent de conclure que cette approche thérapeutique favorise une réduction de la douleur, une augmentation des habiletés de gestion, une réduction de la détresse psychologique en diminuant l'anxiété et les symptômes dépressifs. (Puder, 1988; Cook, 1998; Fry & Wong, 1991).

En gestion de la douleur, cette approche cible les cognitions qui empêchent le développement de stratégies de gestion efficaces pour le bien-être physique et psychologique afin de

les restructurer pour qu'elles favorisent une meilleure adaptation à la situation. En effet, on retrouve plusieurs fausses croyances, par exemple le fait que la douleur soit un phénomène normal du vieillissement, qu'elle implique nécessairement la présence d'un danger ou qu'elle fasse de la personne qui en souffre une victime condamnée à la souffrance, pour ne nommer que celles-là. En surveillant les pensées, les émotions, les comportements et les sensations physiques, il est permis d'en comprendre les liens, ce qui est un élément nécessaire au changement. Ainsi, il arrive fréquemment que les pensées s'organisent autour des pertes causées par la douleur et que rapidement, elles deviennent le seul point d'attention. J'entends plusieurs patients me dire : « Ma douleur me rappelle tout ce que j'ai perdu » ou encore « La douleur a ruiné ma vie ». Il y a effectivement plusieurs pertes dues à la douleur, qu'il ne faut pas ignorer. Cependant, en focalisant le travail sur la situation présente et non passée, on favorise l'adaptation et éventuellement, l'acceptation, tout en diminuant le découragement. Il s'agit ici de l'une des nombreuses interventions psychologiques favorisant le changement.

À l'aide de ces techniques, il est important de favoriser entre autres la croyance d'auto-efficacité, c'est-à-dire la confiance qu'une personne a envers sa capacité à tolérer sa douleur dans l'exécution de certaines tâches (Barry et coll., 2003). Cela implique la notion de persévérance dans l'exécution de tâches malgré la douleur, ce qui est nécessaire au maintien des habiletés de gestion. Il est donc important de favoriser un sentiment de contrôle sur la douleur ainsi que sur la détresse psychologique afin que la personne puisse bien comprendre le rôle actif qu'elle a à jouer. En fait, la personne est le chef d'orchestre de ses traitements, le maître d'œuvre du changement.

Les techniques de relaxation et d'hypnose sont largement utilisées à notre clinique de la douleur. Peu d'études démontrent cependant leur efficacité chez les aînés souffrant de douleur chronique. Par contre, lorsque l'on utilise ces techniques, on se rend compte qu'elles sont tout aussi efficaces chez les aînés. Une des techniques utilisées par notre équipe est l'entraînement autogène, qui permet aux patients d'imaginer des sensations physiques confortables, où on leur suggère une lourdeur et une chaleur bienfaisante. Cela a un impact significatif sur leur douleur et leur bien-être. Quant à l'hypnose, elle est la technique que je privilégie. Ainsi, à l'aide de suggestions hypnotiques, il est possible de modifier la perception de la douleur, de créer une analgésie hypnotique et même de diminuer les réactions émotionnelles reliées à la douleur. Je me souviens d'une patiente âgée de 82 ans qui souffrait d'une douleur aux jambes, d'origine inconnue. Sous hypnose, sa douleur disparaissait temporairement et elle quittait alors mon bureau avec un fardeau en moins et un bien-être émotionnel qui la ravissait. Elle s'empressait alors de mentionner au gériatre de

notre équipe à quel point ces séances lui étaient bénéfiques et significatives. Celles-ci lui permettaient d'avoir un certain contrôle sur cette douleur qui autrement la faisait tant souffrir. Elle pouvait même reproduire seule à la maison cet état de bien-être, ce qui l'encourageait grandement.

En effet, on retrouve plusieurs fausses croyances, par exemple le fait que la douleur soit un phénomène normal du vieillissement, qu'elle implique nécessairement la présence d'un danger ou qu'elle fasse de la personne qui en souffre une victime condamnée à la souffrance.

## \_OBSTACLES AUX TRAITEMENTS

Les éléments suivants peuvent faire obstacle aux traitements psychologiques et doivent être considérés. Parmi ceux-ci, on retrouve la difficulté à se déplacer pour se rendre aux séances. Il est fréquent que les aînés doivent être accompagnés par un proche, ce qui peut favoriser la thérapie, mais aussi être une limite, ce dernier ne pouvant se libérer à une fréquence optimale pour les traitements. De plus, certaines conditions médicales associées, souvent nombreuses, empêchent le patient de se rendre aux séances, engendrant ainsi une discontinuité dans les traitements, ce qui est peu favorable aux changements souhaités. Il arrive également que le patient ait des problèmes de surdité, ce qui complique entre autres les traitements de relaxation ou d'hypnose.

Les traitements psychologiques en gestion de la douleur chronique chez les aînés sont essentiels et complémentaires aux traitements médicaux, pharmacologiques et physiques. En considérant les particularités propres aux aînés, les traitements s'inspirent largement de ceux appliqués à une population plus jeune et donnent des résultats tout aussi importants. Tout de même, il est essentiel que les études scientifiques soient mises de l'avant afin de mieux comprendre et mieux cibler les interventions psychologiques les plus efficaces et les mieux adaptées aux aînés qui, demain, occuperont une proportion importante de la population mondiale. De cette façon, ce droit fondamental de tout être humain au soulagement de la douleur et de la souffrance sera préservé.

## \_Bibliographie

- Arean, P.A., Cook, B.L. Gallagher-Thompson, D. et al. (2003). Guidelines for conducting geropsychotherapy research. *American Journal of Geriatrics Psychology*, 11, 9-16
- Barry, L.C., Guo, Z. et al. (2003). Functional self-efficacy and pain-related disability among older veterans with chronic pain in a primary care settings. *Pain*, 104, 131-137.
- Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J., Jorm, L.R., Williamson, M., Cousins, M.J. (2001). Chronic pain in Australia : a prevalence study. *Pain*, 89, 127-134.
- Cook, A.J. (1998). Cognitive-behavioral pain management for elderly nursing home resident. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53B, 51-59.
- Fry, P.S. & Wong, P.T.P. (1991). Pain Management training in the elderly; matching interventions with subjects' coping styles. *Stress Med*, 7, 93-98.
- Gibson, S. J. (2006). Older people's pain. *Pain, Clinical Updates*, (vol. XIV). International Association for the Study of Pain, 3.
- Gibson, S.J. (2005). Pain in Older Persons. *Progress in Pain Research and Management*, vol.35, Édité par Gibson & Weiner, IASP Press, Seattle.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17, 417-431.
- Norelli, L.J. & Harju, S.K. (2008). Behavioral Approaches to Pain Management in the Elderly. *Clinical Geriatric Medicine*, 24, 335-344.
- Ohayon, M.M. & Schatzberg, A.F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 39-47.
- Portenoy, R.K. & Farkash, A. (1988). Practical management of non-malignant pain in the elderly. *Geriatrics*, 43, 29-40, 44-47.
- Puder, R.S. (1988). Age Analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology Aging*, 3, 204-207.
- Sullivan octobre 2009. Congrès annuel de la Société québécoise de la douleur.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing scale : development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532
- World Health Organization (2008, October). Aging and life course. Site Web: <http://www.who.int/ageing/en/>.



D<sup>re</sup> Evelyne Trahan / Psychologue

La D<sup>re</sup> Trahan détient un poste de psychologue et de superviseuse clinique au Centre antidouleur du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis. Elle s'intéresse particulièrement à l'évaluation et au traitement cognitif-comportemental individuel et de groupe de la douleur persistante dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire.



D<sup>re</sup> Séverine Hervouet / Psychologue

Spécialisée dans le domaine de la psychologie de la santé, la D<sup>re</sup> Hervouet travaille actuellement au Centre antidouleur du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ses intérêts portent principalement sur les interventions cognitives-comportementales préconisées auprès de personnes atteintes de maladie chronique.

## \_La fibromyalgie : au-delà des préjugés

Bien que le syndrome de fibromyalgie soit une condition médicale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1992 et une maladie à part entière d'après la classification internationale des maladies depuis 2006, il demeure à ce jour mal compris. Ce syndrome a encore souvent mauvaise presse, et ce, tant chez les professionnels de la santé et les tiers payeurs que parmi le public en général. Tantôt qualifiée de faux diagnostic ou de maladie psychiatrique, la fibromyalgie suscite bien des polémiques et du scepticisme. Comme psychologues, nous ne sommes pas exempts de ces préjugés. Nombreuses sont les idées préconçues qui persistent à propos de cette problématique et il n'est pas rare d'entendre véhiculer des sous-entendus tels que : « Ceux qui souffrent de fibromyalgie ont généralement un trouble de personnalité » ou « La fibromyalgie, c'est entre les deux oreilles que ça se passe ». Certes, le tableau est complexe, mais nous espérons à travers ce texte pouvoir présenter une facette plus optimiste de la fibromyalgie, d'une part, en la démystifiant davantage et, d'autre part, en proposant les principales cibles thérapeutiques à préconiser avec cette clientèle.

### \_DOCTEUR, J'AI MAL PARTOUT!

Les données épidémiologiques indiquent que de 2 à 10 % de la population canadienne souffrent du syndrome de fibromyalgie et que beaucoup plus de femmes en sont atteintes en comparaison aux hommes (Jain *et al.*, 2004). Caractérisée par des douleurs diffuses dans tout le corps, de grande fatigue, de problèmes intestinaux, de difficultés de sommeil, d'affect dépressif et d'altérations cognitives, la fibromyalgie représente un défi diagnostique pour le médecin en raison du chevauchement des symptômes avec d'autres conditions médicales, par exemple syndrome du côlon irritable, syndrome de fatigue chronique (Goldenberg, 2009). L'investigation médicale est généralement longue avant de confirmer un tel diagnostic. Néanmoins, le médecin peut se

baser sur des critères récemment mis à jour par l'American College of Rheumatology (Wolfe *et al.*, 2010). Une fois le diagnostic de fibromyalgie posé, le patient se heurte souvent à une pauvre compréhension des nombreuses causes encore exploratoires ainsi qu'à des explications plutôt floues sur les mécanismes pathophysiologiques sous-jacents. Cette situation le laisse fréquemment dans un état de frustration, de confusion et de découragement. Pour le psychologue, il importe donc dans un premier temps de valider la souffrance décrite par la personne aux prises avec cette condition pour laquelle aucune raison physique n'est objectivée. Cette évaluation de la douleur par le psychologue est importante et doit être remise dans un contexte où le patient a souvent l'impression que sa douleur est perçue comme imaginaire. Cet ajustement est nécessaire tôt dans le processus thérapeutique étant donné la place que peut prendre l'expérience émotionnelle du patient dans le maintien de sa problématique.

Les études reconnaissent la fibromyalgie comme une hypersensibilité du système nerveux. À titre de mécanismes neurophysiologiques, la sensibilisation centrale et le dysfonctionnement de la voie analgésique descendante obtiennent de plus en plus de support empirique (Williams & Clauw, 2009). Les personnes fibromyalgiques sont de fait plus sensibles aux signaux de la douleur (Kosek *et al.*, 1996), ont un seuil de douleur plus faible et réagissent plus fortement à divers stimuli (ex. : bruit, lumière) en comparaison aux gens en santé (McDermid *et al.*, 1996). Ces éléments peuvent mener à une hypervigilance des sensations physiques, à des croyances erronées sur la nature des symptômes et à des interprétations catastrophiques (ex. : douleur = dommage). De plus, il n'est pas rare de constater un déconditionnement physique chez ces patients, pouvant s'expliquer en partie par la présence de kinésiophobie (c.-à-d., l'anticipation à exécuter des mouvements de peur que la douleur augmente). Enfin, l'isolement, la perte d'emploi, l'incompréhension tant chez les proches que les professionnels de la santé sont autant de facteurs psychosociaux qui viennent entraver leur récupération fonctionnelle.

Ainsi donc, la conceptualisation la plus appropriée du syndrome de fibromyalgie que nous pouvons présenter à ce jour au patient s'inscrit davantage dans une visée biopsychosociale. En adoptant cette approche, le psychologue soucieux de son plan de traitement considérera les besoins de son patient comme multifactoriels et dynamiques. De plus, cette évaluation multidimensionnelle donne l'occasion à chaque individu d'identifier ses propres facteurs contributifs à la douleur et d'agir directement sur eux.

## \_MAIS POURQUOI UN PSYCHOLOGUE SI CE N'EST PAS DANS MA TÊTE?

La prise en charge d'une clientèle fibromyalgique se doit d'être plurimodale considérant l'interaction des différents facteurs biopsychosociaux qui perpétuent le dysfonctionnement. Ainsi, le psychologue peut prendre une part active au sein des sphères psychologique, physique et sociale. Pour ce faire, la thérapie cognitive-comportementale est à privilégier et est appuyée par les données probantes (Goldenberg *et al.*, 2004) (voir Tableau 1).

Du point de vue psychologique, la psychoéducation, la résolution de problèmes, la restructuration cognitive et les techniques comportementales constituent des ingrédients actifs du plan d'intervention. Mais avant tout, il est souhaitable de réviser les attentes du patient fibromyalgique, puisque celui-ci peut entretenir des attentes irréalistes face à la réduction de ses symptômes (ex. : ne plus avoir mal). Définir ensemble ce qu'est « une saine gestion de la douleur » est un incontournable, car trop souvent, pour le patient, cela signifie de façon erronée « éliminer la douleur ». La notion de « tolérance à la douleur » peut alors être introduite.

La psychoéducation occupe une place prépondérante dans le plan de traitement. Le patient arrive en consultation avec un bagage de croyances à propos de la fibromyalgie que l'on doit réviser (voir Tableau 2). En outre, les patients fibromyalgiques ne connaissent pas nécessairement bien le patron de leurs symptômes : fluctuations cycliques, facteurs qui exacerbent ou en atténuent l'intensité, etc. Le psychologue aide le patient à devenir expert de sa condition et à adopter une attitude de résolution de problèmes. L'analogie du détective peut les aider à prendre une distance émotionnelle et rechercher des solutions actives lors des « crises de douleur » au lieu de simplement attendre passivement qu'elles s'estompent. Les cognitions catastrophiques associées aux crises touchant l'impuissance, les ruminations et l'amplification des conséquences de la douleur répondent bien à la restructuration cognitive. L'autogestion des symptômes de la fibromyalgie par le biais de la relaxation, l'entraînement à l'imagerie mentale ou à la distraction permettent aussi un meilleur contrôle du stress, un facteur associé à l'exacerbation de la symptomatologie. Enfin, les problèmes fréquents de sommeil peuvent faire l'objet d'interventions spécifiques par le contrôle du stimulus, la restriction du sommeil et l'hygiène du sommeil.

Pour cibler l'amélioration du fonctionnement, l'exposition graduelle est de loin la technique la plus efficace. Elle peut être accompagnée de fixation d'objectifs, d'un journal quotidien, de planification, etc. Les fausses croyances concernant l'exercice peuvent rebuter la personne fibromyalgique de bouger; la peur de voir la douleur s'intensifier est d'ailleurs la norme plus que l'exception. L'adoption d'une nouvelle perception de l'activité est parfois un passage obligé pour amener le patient à entrevoir la réalisation de ses activités non plus en termes de performance, avec comme point de repère un niveau prémorbide élevé, mais plutôt en termes de contrôle de ses symptômes. Ainsi, le thérapeute guide la personne fibromyalgique à envisager ses actions de façon plus adaptée à sa condition (ex. : planifier des pauses, séparer la tâche en parties) afin de maintenir un niveau de symptômes tolérable. Parallèlement, le clinicien se soucie d'expliquer l'impact de l'exercice physique sur le système analgésique endogène, ses bénéfices physiques et psychologiques, de normaliser une légère augmentation de la douleur au début, de veiller à ce que la progression soit lente (ex. : une minute/semaine) et d'encourager le patient à maintenir l'observance.

Sur le plan social, les interventions psychologiques visent à préserver ou à développer chez la personne fibromyalgique de saines relations interpersonnelles. Se sentant à la merci de l'imprévisibilité de ses symptômes, celle-ci décline les sorties et s'isole de plus en plus. L'incompréhension d'autrui et les préjugés face à sa condition peuvent amener le psychologue à travailler avec son client pour améliorer ses habiletés de communication ou l'expression de ses comportements douloureux plus adéquatement. Les proches sont d'ailleurs encouragés à assister aux séances de psychoéducation. Enfin, une implication plus grande dans la communauté, comme le bénévolat, peut permettre à la personne de se valoriser à nouveau.

Afin de maximiser la réponse thérapeutique, des contacts réguliers avec les autres intervenants (médecin de famille, spécialiste, physiothérapeute, ergothérapeute, infirmière, etc.) s'avèrent essentiels pour partager la conceptualisation, adopter un langage et des objectifs communs et échanger sur les obstacles rencontrés. Les impasses thérapeutiques peuvent se présenter lorsque nous avons affaire à des clientèles complexes. Plusieurs caractéristiques du patient peuvent freiner l'amélioration clinique : la non-reconnaissance du système médical et parfois les années d'incertitude et d'attente avant d'obtenir un diagnostic éclairant, le scepticisme face à un intervenant en « santé mentale » plutôt qu'en « santé physique », les attentes élevées d'une éventuelle « guérison », les croyances erronées et rigides difficilement ébranlables, l'adoption d'une position passive face aux difficultés le rendant peu enclin au changement ou à l'autoprise en charge, certains traits de personnalité nuisant à l'engagement envers le processus thérapeutique et à l'observance des exercices prescrits, sans oublier les demandes de statut d'invalidité ou la présence de litige avec un tiers payeur qui font office d'agents de renforcement

**TABLEAU 1. TRAITEMENTS DE LA FIBROMYALGIE FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES**

Niveau de preuves	Interventions non pharmacologiques
Élevé	Exercice cardiovasculaire Thérapie cognitive-comportementale Éducation Traitement multidisciplinaire
Modéré	Entraînement musculaire Acupuncture Hypnothérapie Biofeedback Balnéothérapie
Faible	Chiropractie Thérapie manuelle Massothérapie Électrothérapie Ultrasons
Aucune	Injection aux points sensibles Exercices de flexibilité

négatif. Or des caractéristiques appartenant au psychologue peuvent également faire obstacle à l'atteinte de résultats : nos propres préjugés ou notre cadre théorique dualistique, nos expériences négatives avec cette clientèle, nos attentes trop élevées en tant que thérapeute ou notre habitude à travailler en silo. Devant toute impasse, il est conseillé d'identifier les facteurs patient/thérapeute susceptibles d'entraver le processus de récupération, d'en discuter en équipe, d'aller chercher conseil auprès d'autres psychologues, de vérifier la conceptualisation de cas dans une visée plus globale, d'appliquer les techniques reconnues de l'approche motivationnelle ou encore de réviser nos attentes en tant que professionnel si elles demeurent trop optimistes envers ce patient.

Le syndrome de fibromyalgie est l'exemple même d'une condition médicale qui nous éloigne du simple modèle traditionnel biomédical, encore trop souvent présent dans nos milieux de soins de santé. Celui-ci nous donne l'occasion d'intervenir auprès de chaque individu dans sa globalité et ses spécificités. Bien que les préjugés abondent et les défis paraissent nombreux, il demeure que le psychologue détient la formation, les connaissances et les outils thérapeutiques appropriés pour véritablement aider la personne fibromyalgique à comprendre, reprendre le contrôle sur sa douleur (et sur sa vie) et redevenir plus active au quotidien.

**TABLEAU 2. MESSAGES-CLÉS DE PSYCHOÉDUCATION**

La douleur est bien réelle, vous la ressentez dans votre corps, vous ne l'inventez pas, ce n'est pas entre vos deux oreilles. Je vous crois quand vous me dites que vous avez mal.

Une augmentation des douleurs ne signifie pas nécessairement un dommage aux structures du corps (D ≠ D).

La fibromyalgie n'est pas un processus dégénératif.

Vous avez le pouvoir de ne pas laisser la douleur ou la fatigue vous empêcher de fonctionner.

## Bibliographie

- Goldenberg DL. (2009). *Clinical Management of Fibromyalgia*, first Edition. Professional Communication Inc. OK. 148 pages.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, & Crofford L. (2004). Management of Fibromyalgia Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 292, 2388-2395.
- Jain AK, Carruthers BM, coéditeurs. van de Sande MI, Barron SR, Donaldson CCS, Dunne JV, Gingrich E, Hefez DS, Leung FY-K, Malone DG, Romano TJ, Russell II, Saul D, Seibel DG. (2004). *The Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition for Practitioners*. Éditeur : Russell II. The Haworth Medical Press.
- Kosek E, Ekholm J, & Hansson P. (1996). Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain*, 68, 375-383.
- McDermid AJ, Rollman GB, & McCain GA. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia : Evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66, 133-144.
- Williams DA & Clauw DJ. (2009). Understanding Fibromyalgia: Lessons from the Broader Pain Research Community. *The Journal of Pain*, 10, 777-791.
- Wolfe F et al., (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis, Care & Research*, 5, 600-610.



D<sup>r</sup> Joel Montanez / Psychologue

Joel Montanez travaille en psychologie de la santé, plus spécifiquement en réadaptation visant le retour au travail des personnes atteintes de problèmes musculosquelettiques. Il pratique aussi l'intervention psychosociale en contexte humanitaire. Il travaille chez Entrac, un groupe de réadaptation interdisciplinaire à Montréal.

## La réadaptation interdisciplinaire des personnes ayant des douleurs musculosquelettiques persistantes

**L'intervention interdisciplinaire en douleur chronique est une approche de réadaptation qui vise à la fois l'habileté des patients au plan de la gestion de la douleur musculosquelettique et des symptômes psychologiques associés à la chronicité, mais également l'optimisation des capacités physiques et cognitives des patients de même que la préparation de leur réintégration au travail.**

L'atteinte de ces objectifs dépend en bonne partie de la nature des informations échangées entre les différentes personnes impliquées dans le processus, y compris le patient lui-même, relativement à sa problématique spécifique, à son potentiel de réadaptation et aux conditions auxquelles il devra être soumis.

Plus spécifiquement, les succès au plan de la gestion des douleurs et du retour au travail sont attribuables à des facteurs qui, dans bien des cas, concernent les perceptions qu'ont les patients de leur propre situation et de la qualité de leurs interactions avec le personnel impliqué dans leur processus de rétablissement.

Parmi les facteurs susceptibles d'influencer le processus de réadaptation, on trouve notamment : la présence de symptômes anxio-dépressifs (Sullivan *et al.*, 2006), la catastrophisation, la kinésiophobie, la perte de fonctionnalité (Wideman & Sullivan, 2011), le sentiment d'injustice (Sullivan *et al.*, 2008), l'absence prolongée au travail, la marge de manœuvre au travail (Durand *et al.*, 2010), les pensées et sentiments concernant l'avenir du travail (Lydell, 2010) et l'expérience du type de rapport avec le système d'assurance et de santé (Hubertsson *et al.*, 2011).

### \_LE CONTEXTE DE LA RÉADAPTATION

Comme c'est souvent le cas dans le domaine de la réadaptation, l'intervention auprès des personnes souffrant de douleurs chroniques s'effectue généralement dans un contexte où figure un tiers payeur – l'assureur, l'employeur ou une organisation gouvernementale, par exemple – qui, en posant un certain cadre d'exigences, peut influencer le cours du processus.

Alors qu'on sait à quel point la perception qu'a un patient de son rapport avec son assureur et avec le système de santé peut avoir un effet important sur le succès de la réadaptation et du retour au travail, il arrive malheureusement parfois que la stratégie de réadaptation prônée par un tiers payeur témoigne de certaines lacunes au plan de la compréhension du phénomène de la douleur persistante.

Par conséquent, le travail en réadaptation implique souvent d'informer, enseigner ou démontrer les mécanismes de la douleur aux tiers payeurs, et ce, en particulier lors du traitement de patients présentant des problématiques de douleur complexes et très persistantes pouvant donner lieu à des interprétations erronées et, conséquemment, à des décisions qui pourraient compromettre ou ralentir sérieusement le processus de réadaptation. À titre d'exemple, les dossiers pour lesquels on ne trouve pas d'indicateurs des causes de douleur chronique dans les épreuves d'imagerie médicale peuvent entraîner des sentiments de frustration et parfois même d'impuissance chez certains tiers payeurs.

Il a été démontré que les patients percevant leurs interactions avec les assureurs comme tenant compte de leur situation totale – par opposition à tenir compte seulement de leurs symptômes physiques – perçoivent également que leur processus de guérison et de retour à l'emploi est plus efficace (Hubertsson *et al.*, 2011). Encore une fois, cela renforce l'idée que l'efficacité des programmes de réadaptation dépend en grande partie des communications et de la qualité des échanges entre les différentes personnes impliquées.

### \_LA RÉADAPTATION ACTIVE EN MODE INTERDISCIPLINAIRE

Comme on l'a évoqué, les objectifs d'intervention des programmes de réadaptation destinés aux personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques persistantes sont souvent établis de concert avec des tiers payeurs. Or dans bien des cas, les personnes qui participent à de tels programmes ne retrouveront jamais une condition de vie sans douleur. Ces dernières seront donc amenées à percevoir leurs corps différemment et à modifier progressivement leur façon d'agir au quotidien et dans le contexte de leur travail.

Idéalement, les patients présentant des douleurs musculo-squelettiques doivent être aiguillés rapidement vers les « programmes actifs de réadaptation ». Dans les faits, cela survient souvent après un arrêt de travail causé par leur condition. En participant à ces programmes, les patients pratiqueront régulièrement des activités ayant pour but d'améliorer à la fois leurs stratégies de gestion de la douleur et des symptômes psychologiques ainsi que leur condition physique. Ces différentes activités de réadaptation – conçues par des équipes interdisciplinaires formées d'ergothérapeutes, de kinésiothérapeutes, de physiothérapeutes, de thérapeutes en réadaptation, et de psychologues –, visent à optimiser les capacités fonctionnelles, physiques et cognitives des patients en vue d'un éventuel retour au travail. La synergie créée par la présence, dans un même lieu, de divers professionnels qui communiquent entre eux sur une base continue, constitue un cadre de réadaptation particulièrement bénéfique pour les patients. Dans le passé, ces derniers ont souvent eu recours de façon successive, mais sans succès probant, à des spécialistes qui ne bénéficiaient pas des avantages de l'interdisciplinarité.

### \_LES ENJEUX ASSOCIÉS À L'APPRENTISSAGE DES OUTILS DE GESTION DE LA DOULEUR

Pour un patient en réadaptation, l'appropriation des outils qui lui permettront de mieux gérer sa condition se déroule parallèlement à l'appropriation d'une nouvelle façon de percevoir et de façonner son avenir personnel et professionnel. En effet, l'apparition d'une douleur corporelle persistante est le point de départ d'une nouvelle vie.

Parfois, l'adoption d'un rythme de vie moins soutenu et la réorientation vers un emploi plus simple ou mieux adapté aux problématiques des patients seront nécessaires. La plupart du temps, les participants aux programmes de réadaptation ne présentent pas de difficultés à apprendre à utiliser des outils de gestion de la douleur et à appliquer cette utilisation à leur vie quotidienne et professionnelle.

Cela dit, l'apprentissage de certains mouvements ou de l'utilisation de certains outils de gestion des symptômes peut parfois se révéler très lent et laborieux. Ces expériences difficiles sont dès lors utilisées afin d'identifier les pensées, les comportements ou les attitudes spécifiques qui ont pu faire obstacle à l'apprentissage. Notons que ces modes de pensées et de comportements qui semblent freiner le processus de réadaptation sont parfois antérieurs à la problématique de douleur chronique.

### \_LE TRAVAIL DES PSYCHOLOGUES OEUVRANT EN RÉADAPTATION

En plus d'aider les patients à réduire ou à contrôler les symptômes psychiques associés directement à la douleur chronique – qui sont souvent d'ordre anxio-dépressif –, le psychologue qui travaille auprès d'une clientèle souffrant de douleurs chroniques doit l'aider à modifier les pensées, comportements ou attitudes qui semblent nuire au processus d'appropriation des outils de gestion de la douleur. Cet élément est sans doute l'une des grandes contributions des psychologues à la dynamique interdisciplinaire auprès des patients présentant des conditions musculo-squelettiques persistantes. Concrètement, cela peut se traduire par des interventions visant à modifier les perceptions négatives d'un patient à propos de sa situation de vie, de sa situation de travail, du personnel ou des tiers impliqués dans sa réadaptation.

Mais les interventions peuvent aussi s'avérer plus complexes. Par exemple, le psychologue pourra être appelé à dénouer des impasses pouvant découler de déficits neurologiques, de traumatismes psychiques, de phobies sévères ou de peurs spécifiques concernant le retour au travail. Les dépendances, les deuils complexes concernant la perte des capacités, ou encore la présence de traits associés à un trouble de la personnalité peuvent également faire partie du tableau clinique d'un patient en réadaptation.

De façon générale, lorsque les pensées, comportements ou attitudes problématiques s'estompent ou sont gérés plus efficacement par le patient, l'apprentissage de l'utilisation des outils de gestion de la douleur et l'acquisition des mouvements progressent et les symptômes anxio-dépressifs associés à ses douleurs chroniques s'atténuent. On constate alors chez celui-ci une optimisation croissante des capacités fonctionnelles.

### \_LES APPROCHES DE TRAITEMENT

L'éducation sur les bases psychophysiologiques de la douleur, les approches cognitives et comportementales (incluant l'EMDR) et l'hypnose font partie des outils les plus utilisés pour faire face aux symptômes anxio-dépressifs pouvant être associés à la douleur chronique. Ces approches sont aussi utilisées pour apprendre aux patients à gérer les pensées, comportements et attitudes qui nuisent à leur intégration d'outils de gestion de la douleur, surtout lorsqu'ils ne démontrent pas de symptômes très sévères d'un trouble de l'humeur ou de la personnalité, ou encore des éléments psychotiques intenses associés à leur problématique.

Lorsque l'évaluation tend à indiquer la présence d'un des troubles nommés précédemment, le travail psychologique consiste à contenir les comportements perturbateurs à l'aide de la relation thérapeutique ou par le biais d'une communication continue avec le médecin responsable de la médication. Notons par ailleurs que pour ces patients dont la problématique de douleur est ainsi associée à des troubles psychologiques importants, le pronostic de réadaptation est rarement positif à court terme.

## \_LE RETOUR AU TRAVAIL

Lorsque la réintégration au travail d'une personne s'effectue dans un contexte où son employeur est disposé à offrir une bonne marge de manœuvre – la possibilité d'effectuer un retour progressif et des accommodements visant à optimiser son environnement de travail, par exemple) –, l'équipe interdisciplinaire peut miser sur l'optimisation de l'utilisation des outils de gestion de la douleur durant l'exécution du travail, ce qui comporte de nombreux avantages. Le psychologue a aussi, dans ces circonstances favorables, des éléments pour continuer à travailler à l'amélioration des pensées et sentiments des patients concernant leur avenir d'emploi.

La communication entre les responsables de la gestion de santé des entreprises et les équipes interdisciplinaires traitant des patients avec des douleurs persistantes constitue l'un des aspects les plus importants pour assurer leur bon retour au travail. Pour les cliniciens, cela implique de démontrer les mécanismes de la douleur aux gestionnaires de dossiers impliqués. Dans un tel contexte, les enjeux de confidentialité sont importants dans la mesure où l'échange d'information doit non seulement être préalablement approuvé par les patients, mais il doit aussi se limiter aux aspects concernant leurs symptômes et leurs capacités en fonction de leurs tâches de travail. Pour le professionnel, le défi consiste donc à expliquer, dans un langage simple et accessible, le lien entre la capacité des patients à gérer leurs douleurs et la capacité de ces derniers à réaliser leurs tâches en fonction de leurs conditions de travail spécifiques.

Comme on a pu le constater, si la réduction des facteurs psychologiques associés négativement à la douleur représente un élément important du processus de réadaptation des patients aux prises avec la douleur chronique d'origine musculo-squelettique, cet élément n'est pas suffisant pour favoriser le retour de la personne au travail. Compte tenu des nombreux enjeux, la communication entre tous les acteurs associés au processus, incluant les tiers payeurs, demeure primordiale.

## \_Bibliographie

- J Occup Rehabil. 2008 Sep;18(3):249-61. Epub 2008 Jun 7.  
The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation.  
Sullivan MJ, Adams H, Horan S, Maher D, Boland D, Gross R.
- Pain. 2011 Feb;152(2):376-83. Epub 2010 Dec 13.  
Differential predictors of the long-term levels of pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants.  
Wideman TH, Sullivan MJ.
- J Occup Rehabil. 2006 Mar;16(1):63-74.  
Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioral intervention for work disability.  
Sullivan MJ, Adams H, Thibault P, Corbière M, Stanish WD.
- Disabil Rehabil. 2010 Oct 21. [Epub ahead of print]  
Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: an exploratory study.  
Durand MJ, Vézina N, Baril R, Loisel P, Richard MC, Ngomo S.
- Disabil Rehabil. 2010 Oct 31. [Epub ahead of print]  
Thoughts and feelings of future working life as a predictor of return to work: a combined qualitative and quantitative study of sick-listed persons with musculoskeletal disorders.  
Lydell M, Hildingh C, Månsson J, Marklund B, Grahn B.
- BMC Public Health. 2011 Feb 16;11:107.  
Sickness absence in musculoskeletal disorders - patients' experiences of interactions with the Social Insurance Agency and health care. A qualitative study.  
Hubertsson J, Petersson IF, Arvidsson B, Thorstensson CA.

## \_Recherchés

### EXPERTS POUR LE BUREAU DU SYNDIC

Vous cumulez au moins dix ans d'expérience comme psychologue. Vous détenez une notoriété dans votre domaine de pratique. L'éthique et la déontologie professionnelle vous intéressent. Vous considérez, compte tenu de vos qualifications, être prêt(e) pour agir en tant qu'expert(e) dans le cadre d'enquêtes menées par le bureau du syndic. Consultez l'annonce à ce sujet sur le site de l'Ordre.

[www.ordrepsy.qc.ca/emplois](http://www.ordrepsy.qc.ca/emplois)

# Disponibles en librairie



Pour la liste de prix et une description du contenu, consultez

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

ou

[www.psychotherapieparlejeu.com](http://www.psychotherapieparlejeu.com) (onglet Ouvrages)



INSTITUT DE FORMATION  
PSYCHOTHÉRAPIE PAR LE JEU  
AUPRÈS DE L'ENFANT

**Formation de base  
à la psychothérapie  
par le jeu**

Durée : 24 heures

**Les 10 et 24 septembre &  
8 et 22 octobre 2011**

**Séminaire sur le diagnostic par le jeu  
libre et une mise en rapport avec le CAT,  
le Blacky, le TAT et les épreuves  
graphiques**

Durée : 24 heures

**Le 17 septembre &  
les 1<sup>er</sup>, 15 et 29 octobre 2011**

RENSEIGNEMENTS ET PROCÉDURES D'INSCRIPTION :

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

Les psychologues sont invités à nous faire parvenir leurs réactions et commentaires pour la rubrique *Opinions* en adressant leur texte à [dcote@ordrepsy.qc.ca](mailto:dcote@ordrepsy.qc.ca). Les opinions exprimées dans cette page n'engagent que leurs auteurs. Les réactions aux textes d'un auteur lui sont toujours soumises et celui-ci bénéficie d'un droit de réplique. Nous demandons des textes courts, les textes trop longs seront retournés aux auteurs pour être abrégés.

## \_Erreurs de logique dans la profession : être psychologue au Québec

Certains d'entre vous ont été informés d'un appel à tous les psychologues lancé par l'Association des psychologues du Québec afin de soutenir financièrement un recours collectif devant la Commission des relations du travail pour tous les psychologues du secteur public\*.

Ce recours vise un rattrapage salarial important. Dans le secteur privé, on observe autant de difficulté à obtenir une valorisation juste du travail (temps alloué aux rapports, appels téléphoniques avec des agents de dossier...), mais seulement 17 % des psychologues semblent considérer comme important de défendre nos intérêts collectifs. Les moyens et effectifs sont par conséquent très pauvres, le travail, beaucoup plus long.

Y aurait-il des erreurs de logique commises par la majorité d'entre nous depuis des années? L'histoire actuelle se targue de l'illustrer avec une éloquence gênante.

Plusieurs semblent percevoir l'adhésion à l'Association comme une dépense plutôt qu'un investissement. Le bilan négatif d'insuffisance d'investissement est difficile à nier quand on voit les demandes actuelles de rattrapage salarial de 10 à 15 ans notamment... effectuées dans la misère.

Autre erreur : plusieurs semblent penser que faire partie de l'Association (qui défend les intérêts des psychologues), c'est s'opposer à l'Ordre. Cette perception répandue se révèle des plus fausses. À l'évidence, l'Association ne peut que défendre les intérêts collectifs des psychologues compatibles avec l'intérêt du public.

On ne peut pas être membre de l'Association sans être aussi membre de l'Ordre. Ainsi, l'Association se porte à la défense des psychologues sans laisser pour compte le public, alors que l'Ordre possède un mandat limité à la seule défense du public. Peut-être que le mot « intérêt », dans « intérêts des psychologues », est-il entendu dans sa forme péjorative ou abusive?

Dernière erreur de logique, c'est de ne pas avoir encore compris que de ne pas faire partie de l'Association, c'est travailler contre l'intérêt du public. En effet, notre travail en santé mentale exige que nous réfléchissions au modèle que nous offrons au public. Comment pouvons-nous logiquement penser développer chez la clientèle une confiance en soi solide, en lien avec la réalité et dans le respect de chacun si, dans notre manière de nous comporter envers notre profession, nous affichons une insouciance par rapport à nos propres intérêts collectifs?

Pourquoi est-ce qu'il ne tiendrait pas de la même logique qu'on protège notre investissement professionnel et qu'on assure notre maison? Suffit-il de payer l'hypothèque et les taxes?

Serions-nous en train de nous manquer de respect personnellement et collectivement? Manquons-nous de cohérence et d'intégrité en continuant ainsi?

**Ghislaine Desforges, Ph. D.**

\* [www.apqc.ca](http://www.apqc.ca) (Actions collectives. Appel à tous), tél. : 514 353-7555.

## \_ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

L'Ordre rappelle aux membres que l'article 62.2 du Code des professions prévoit ce qui suit :

Tout professionnel doit, selon les conditions et modalités déterminées par le conseil d'administration, informer l'ordre dont il est membre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard.

Ainsi, conformément à une résolution du conseil d'administration de l'Ordre, le professionnel doit aviser, par écrit, le secrétaire général de l'Ordre au plus tard 10 jours après la signification de la requête introductive d'instance en responsabilité professionnelle intentée contre lui et lui transmettre copie de la requête.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec le secrétaire général de l'Ordre, M. Stéphane Beaulieu, par téléphone au 514 738-1881, poste 224 ou par courriel à [stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca](mailto:stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca).



# Connaissez-vous les regroupements reconnus par l'Ordre?

Afin d'encourager la formation continue et le réseautage des psychologues, l'Ordre reconnaît certains regroupements auxquels il accorde un soutien matériel. Le conseil d'administration de l'Ordre analyse d'abord les demandes qui lui sont acheminées, comprenant la raison d'être du regroupement, ses objectifs et ses actions. L'Ordre accorde ensuite aux regroupements un nombre d'envois aux membres gratuitement et la diffusion de leurs activités dans le *Psychologie Québec*.

Actuellement, les regroupements reconnus sont les suivants :

- Association des psychologues en centre jeunesse
- Association des psychologues des Laurentides
- Association québécoise des psychologues scolaires
- Société québécoise de psychologie du travail et des organisations

- Comité des chefs de service de psychologie et représentants professionnels des psychologues en milieu hospitalier
- Groupe de développement de la psychologie médicale et de la santé du Québec
- Regroupement des Onco-Psychologues du Québec
- Regroupement des psychologues en gérontologie
- Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec
- Regroupement des psychologues œuvrant en programme d'aide aux employés

**Pour connaître leurs activités ou leurs coordonnées, rendez-vous au [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca) sous la rubrique À propos de l'Ordre > Regroupements et associations.**

## Saviez-vous que?

### Les personnes atteintes de troubles envahissants du développement reçoivent beaucoup d'antipsychotiques

**Dr<sup>e</sup> Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique.**

Parmi les utilisateurs d'antipsychotiques âgés de moins de 25 ans en 2006, 996 présentaient un diagnostic de trouble envahissant du développement et 50 % d'entre eux avait également un autre diagnostic psychiatrique associé. Plus de 90 % des utilisateurs d'antipsychotiques ayant reçu un diagnostic de TED prenaient des antipsychotiques atypiques<sup>1</sup>. C'est ce qui ressort d'une étude rétrospective de cohorte transversale effectuée chez les personnes inscrites de façon continue du 1<sup>er</sup> janvier au 31 janvier 2006 au régime public d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. La clientèle visée était les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de moins de 25 ans.

Cet usage, qui est de plus en plus fréquent, est peu appuyé à ce jour par les données probantes. Malgré le manque d'indication officielle sur l'usage des antipsychotiques en pédiatrie, notamment des antipsychotiques atypiques, l'utilisation de médicaments en dérogation des directives de l'étiquette est très fréquente. Parmi les conclusions de cette étude, on mentionne l'importance d'établir des lignes directrices quant à l'usage d'antipsychotiques chez les enfants et les adolescents afin de soutenir les cliniciens dans leurs prises de décision.

Source : *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques – Volet II : Pédiatrie – Jeunes adultes* (janvier 2011). Réalisée par le Conseil du médicament, gouvernement du Québec.

#### Note

1 Clozapine, olanzapine, quétiapine et rispéridone.

## \_ Appel de candidatures pour les comités de l'Ordre

### \_ FAIRE VALOIR SES TALENTS EN CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION

L'Ordre sollicite les candidatures des psychologues intéressés à se joindre à un comité de travail. Le conseil d'administration de l'Ordre, qui nomme les membres aux différents comités, veut constituer une banque de candidatures des psychologues disponibles et intéressés afin de combler des postes vacants aux comités déjà en place ou encore pour nommer des psychologues à l'un ou l'autre des nouveaux comités créés en lien avec les nouvelles responsabilités de l'Ordre en vue de l'entrée en vigueur du projet de loi 21.

Nous vous invitons à consulter la liste complète des comités présentement actifs à l'Ordre, les mandats qu'ils poursuivent ainsi que leurs modalités de fonctionnement (durée des mandats, rémunération, fréquence des réunions, etc.), sur le site de l'Ordre. Vous y trouverez toutes les informations sur les différents comités ainsi que le formulaire pour signaler votre intérêt. Les candidatures sont acceptées en tout temps et au moment de l'ouverture d'un poste, les psychologues ayant manifesté leur intérêt pour ce comité seront contactés afin de poser leurs candidatures.

Soyez de ceux et celles qui font changer les choses, joignez-vous à un comité.

[www.ordrepsy.qc.ca/comites](http://www.ordrepsy.qc.ca/comites)

## \_ Les psychologues dans les médias : pour un public mieux informé!

Chaque semaine, l'Ordre reçoit jusqu'à une trentaine d'appels de recherchistes et journalistes souhaitant interviewer des psychologues. Pour répondre à ces demandes, l'Ordre s'est muni d'un système de références auquel tous les membres sont conviés à participer, et ce, gratuitement. Si vous souhaitez collaborer avec les médias, nous vous invitons à remplir le formulaire en ligne de la banque de ressources médias disponible dans la zone sécurisée de la section « Psychologue ». Nous donnerons ainsi vos coordonnées professionnelles lorsque la demande correspondra à vos champs d'intérêt et à vos disponibilités.

### \_ NOUVELLE SECTION POUR LES CHRONIQUEURS RÉGULIERS

Avec l'arrivée de nouvelles fonctionnalités disponibles sur le site Web de l'Ordre, une vitrine pour les psychologues collaborant avec les médias à titre de chroniqueurs réguliers a été créée. Sous la section « Documentation et médias », l'onglet « Les psychologues chroniqueurs » répertorie les textes et/ou les liens menant aux chroniques régulières offertes par des membres de l'Ordre. Si vous êtes un chroniqueur régulier et aimeriez y voir apparaître vos chroniques, communiquez avec nous à [info@ordrepsy.qc.ca](mailto:info@ordrepsy.qc.ca).

## Le site Web de l'Ordre a fait peau neuve



[www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)

## Visitez-le régulièrement!



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

## Un défi stimulant à l'Ordre des psychologues

### RESPONSABLE DE L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Un poste d'envergure, celui de responsable de l'inspection professionnelle sera prochainement disponible. Vous êtes psychologue et vous vous intéressez à la qualité de la pratique professionnelle? Consultez l'annonce détaillée sur le site de l'Ordre.

[www.ordrepsy.qc.ca/emplois](http://www.ordrepsy.qc.ca/emplois)

# IMO

## Intégration par les mouvements oculaires

Le monde évolue;  
nos outils d'intervention également.

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

### Contenu

#### Niveau 1

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

#### Niveau 2

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

EMI Level 1  
also available in english  
In Montreal  
(June 25-26, 2011)  
and Orlando  
(Oct 22-23, 2011)  
Share the news!



disponible au  
[www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com)

### Vos formateurs:

Danie Beaulieu, Ph. D.

Annie Perreault, psychologue, superviseuse IMO accréditée

Stéphane Migneault, psychologue, superviseur IMO accrédité



C.P. 1051, Lac-Beauport, Québec, G3B 2J8  
T.: 418 841-3790 • 1 888 848-3747  
F.: 418 841-4491  
[www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com)  
[info@academieimpact.com](mailto:info@academieimpact.com)

**IMO-1 QC:** 19-20 avril 2012  
Mtl: 15-16 sept. 2011 • 2-3 avril 2012  
10-11 sept. 2012

**IMO-2 QC:** 28-29 avril 2011  
Mtl: 9-10 juin 2011 • 27-28 sept. 2012

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 650\$ / pers.  
Réservation\*: 600\$ / pers. \* Paiement deux semaines  
Communautaire: 400\$ / pers. avant la tenue de la formation

N.B.: 10 heures de formation continue sont nécessaires pour  
obtenir la certification praticien IMO niveau 1.

# \_Vient de paraître



1

## 1 LES COULEURS DE L'AMOUR DANS LE COUPLE

Présenté sous forme de 52 chroniques, le livre aborde les malentendus et les conflits conjugaux par le biais de la compréhension de la psychologie masculine et féminine. L'homme et la femme gagneront à comprendre leurs différences pour former un couple heureux.

Yvon Dallaire, psychologue  
Les Éditions Quebecor



2

## 2 QUI SONT CES HOMMES HEUREUX? L'HOMME, L'AMOUR ET LE COUPLE

Ce dernier livre de la trilogie (*Qui sont ces couples heureux? Qui sont ces femmes heureuses?*) explique maintenant aux hommes ce qu'ils devraient savoir, faire et cesser de faire pour atteindre la paix, la valorisation et la sexualité qu'ils espèrent de leur couple. Le magazine français *Psychologies* considère le premier livre de la trilogie, *Qui sont ces couples heureux?*, comme l'un des 50 livres qui changent une vie.

Yvon Dallaire, psychologue  
Les Éditions Option Santé



3

## 3 L'HOMME QUI EST PARTI ACHETER DU JAMBON, ET CELUI QUI EST REVENU

Une lésion cérébrale droite est une blessure dont les séquelles paraissent invisibles. Pour les proches de la personne atteinte, les séquelles sont cependant bien apparentes. Trois professionnelles formulent des pistes de réflexion et des conseils afin de soutenir ceux qui vivent avec ce défi.

Danielle Forté, Jocelyne Lacombe  
et Dr<sup>e</sup> Véronique Girodias, psychologue  
Les Presses de l'Université du Québec

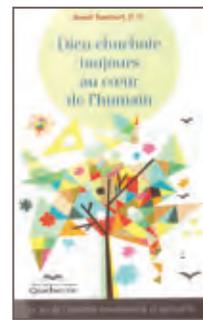


4

## 4 MIEUX ÊTRE, MIEUX VIVRE

À travers son expérience personnelle, l'auteur visite les principaux indicateurs du mieux-être : le logement, la vie familiale, la vie sociale, les loisirs, la sécurité financière, la santé, l'environnement, les apprentissages et le travail. Il démontre comment se montrer constructif dans les situations délicates et honorer ses besoins tout en respectant son entourage.

François Lemire, psychologue  
Les Éditions Quebecor



5

## 5 DIEU CHUCHOTE TOUJOURS AU CŒUR DE L'HUMAIN

L'auteur visite une dimension spirituelle de l'introspection. Il propose différents moyens de déceler les émotions qui nous habitent et explique comment profiter du silence pour mieux les comprendre.

Benoît Rancourt, psychologue  
Les Éditions Quebecor

## 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](http://www.ordrepsy.qc.ca/membres).

# Activités régionales et des regroupements

## ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

Le Regroupement des psychologues en PAE (RPPAE) tient à vous aviser que la formation prévue le 13 mai prochain sur la cyberdépendance est annulée.

En lieu et place de cette activité, le RPPAE vous propose le témoignage de M. Guy Corneau, psychanalyste jungien, qui présentera son nouveau livre, *REVIVRE* qui parle de son expérience suite à un diagnostic de cancer. En matinée, une psychothérapeute spécialisée en oncologie viendra faire une présentation.

Pour vous inscrire, consultez le site Web du regroupement au <http://rppae.ca> ou communiquez avec Huguette Courtemanche au 514 745-4394.

## ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE DE L'ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DES LAURENTIDES

L'Association des psychologues des Laurentides invite tous les psychologues de la région à une activité de formation continue le 27 mai prochain avec le Dr Pierre Foucault, psychologue, et

ayant comme thème *L'attachement*. Cette formation aura lieu au Golf Les Quatre Domaines, 18400, chemin Notre-Dame, Mirabel, de 9 h à 16 h 30.

Pour de plus amples renseignements sur les activités de l'Association des psychologues des Laurentides, appelez au 819 321-9683.

## 14<sup>e</sup> COLLOQUE ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) vous invite à son 14<sup>e</sup> colloque annuel les 26 et 27 mai 2011 au Holliday Inn Montréal-Midtown, 420, rue Sherbrooke Ouest à Montréal. Le thème du colloque de cette année est *Oser recréer les liens entre l'humain et les organisations*.

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

# Colloques et congrès

## Colloque *Les mystères de la neuro-oncologie*.

Organisé par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Le 20 mai 2011, à Magog-Orford. Renseignements : [www.usherbrooke.ca/cfc/activites-de-formation/colloques/](http://www.usherbrooke.ca/cfc/activites-de-formation/colloques/).

## 5<sup>e</sup> Colloque de l'Association Internationale Francophone des Intervenants auprès des familles séparées : *Familles et séparations : la question de l'enfant; approche pluridisciplinaire*.

Les 26 et 27 mai 2011, à Genève, en Suisse.  
Renseignements : [www.aifi.info](http://www.aifi.info)

## 14<sup>e</sup> Colloque annuel de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations : *Oser recréer les relations entre l'humain et les organisations*.

Les 26 et 27 mai 2011, à Montréal.  
Renseignements : [www.sqpto.ca/Colloque\\_2011.html](http://www.sqpto.ca/Colloque_2011.html).

## Congrès *Amadouer l'arracheuse de temps, des questions de choix...*

Organisé par le Réseau de soins palliatifs du Québec. Les 30 et 31 mai 2011, à Trois-Rivières. Renseignements : [www.aerdpq.org](http://www.aerdpq.org).

## Colloque international sur l'exploitation sexuelle des enfants et les conduites excessives

Organisé par l'Institut québécois de sexologie clinique. Du 31 mai au 2 juin 2011, à La Malbaie.  
Renseignements : [www.aerdpq.org](http://www.aerdpq.org).

## 72<sup>e</sup> congrès de la Société canadienne de psychologie.

Du 2 au 4 juin 2011, à Toronto.  
Renseignements : [www.cpa.ca/congres/](http://www.cpa.ca/congres/).

## 20<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale de Rorschach et des Méthodes Projectives.

Du 16 au 20 juillet 2011, à Tokyo, au Japon.  
Renseignements : [www2.convention.co.jp/isr2011/fr/](http://www2.convention.co.jp/isr2011/fr/).

## 119<sup>e</sup> Convention annuelle de l'American Psychological Association.

Du 4 au 7 août 2011, à Washington, D.C., aux États-Unis.  
Renseignements : [www.apa.org/convention/index.aspx](http://www.apa.org/convention/index.aspx).

# Tableau des membres

## \_NOUVEAUX MEMBRES

Bogdanowicz, Emilia  
Cinq-Mars, Ursule  
Clark, Mélissa  
Di Nardo, Julia  
Duchesne, Sara  
Eid, Patricia  
Francoeur, Mary-Ellen  
Gauthier, Chloé  
Gauthier-Petit, Manouane  
Houde, Nicolas  
Kukkonen, Tuuli  
Lara Munoz, Alba Carolina  
Marcil, Karine  
Masden, Catherine Ann  
Mérineau-Côté, Julie  
Nayebi, Jean-Charles  
Nemiroff, Rebecca  
Opatowski, Dorothy  
Petit, Véronique  
Plante-Beaulieu, Jolyane  
Popliger, Mina Erica  
Rainville-Lajoie, Marie-Christine  
Salerno, François  
Wahrhaftig-Miller, Yael Sarah

## \_DÉCÈS

Beaulieu, François  
Boucher, Carole-Hélène  
Kiely, Margaret  
Rouillard, Simone

## Psychologues

### Souhaitez-vous jouer un rôle clé dans le cheminement des enfants ?

Aidez-les à s'intégrer et à se développer, ayez un impact sur leur apprentissage scolaire.

Membre en règle de l'OPQ, vous saurez faire profiter nos élèves de vos stratégies d'évaluation, de prévention et d'intervention.

**Vous recherchez une qualité de vie, un environnement pédagogique et des défis professionnels stimulants ?**

### Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, C'est mon choix !

Pour de plus amples renseignements sur la CSMB, visitez le [www.csmb.qc.ca](http://www.csmb.qc.ca).

Faites parvenir votre curriculum vitae, en mentionnant le numéro de référence **PQ-MAI11**, par voie électronique ou à l'adresse ci-dessous.



Service des ressources humaines  
Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys  
1100, bd de la Côte-Vertu  
Saint-Laurent (Québec) H4L 4V1  
Télécopieur : 514 855-4742  
Courriel : [cvpne@csmb.qc.ca](mailto:cvpne@csmb.qc.ca)

La CSMB remercie tous les candidats de leur intérêt. Toutes les candidatures seront traitées confidentiellement. Veuillez prendre note que seules les personnes dont la candidature aura été retenue seront contactées.

La CSMB souscrit au principe d'accès à l'égalité en emploi.



## > Erratum

Dans le dernier numéro de *Psychologie Québec* (mars), le texte de M<sup>me</sup> Dominique Côté, intitulé *L'alliance thérapeutique avec les enfants*, comportait un paragraphe en trop, soit le deuxième. Nous nous excusons pour cette erreur de montage. Les lecteurs sont invités à consulter la version corrigée, disponible sur le site Web de l'Ordre.

## FORMATION SUR L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DE LA DYSLEXIE

26 mai 2011

**Formation de niveau débutant/intermédiaire \***

- Définitions, modèles théoriques et types de dyslexie
- Les nouvelles connaissances dans le domaine de la dyslexie
- Principaux tests (administration et cotation)
- Analyse qualitative des erreurs
- Vignettes cliniques de cas simples de dyslexie

27 mai 2011

**Formation de niveau intermédiaire/avancée \***

- Interprétation des profils cognitifs de la dyslexie, incluant les comorbidités
- Diagnostics différentiels
- Vignettes cliniques et analyses de cas complexes



Formation donnée par Marie-Claude Guay, Ph.D.

**Frais d'inscription :** 1 journée : 175 \$ + taxes 2 journées : 300 \$ + taxes

Ces deux journées de formation auront lieu de 9 h à midi et de 13 h 30 à 16 h 30 au Centre St-Pierre, 1212, rue Panet, à Montréal (métro Beaudry).

**Renseignements :**  
[centredepsychologiemcguay@gmail.com](mailto:centredepsychologiemcguay@gmail.com)  
**514 721-7904**

\* Formation réservée aux psychologues

# Petites annonces

## À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

**Montréal – Bureaux à louer,** à côté du métro Henri-Bourassa, Ahuntsic. Idéal pour psychologues, médecins ou autres thérapeutes. Édifice impeccable, bien entretenu, sécuritaire. Bureaux fraîchement repeints, éclairage halogène, salle d'attente, toilettes rénovées aux étages. Électricité, chauffage et air conditionné inclus. Communiquez avec nous au 514 381-0003.

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

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

**Québec – Boul. Lebourgneuf (Mesnil).** Bureaux pour professionnels à louer (à l'heure, temps partiel/plein). Nouvellement décoré/meublé, salle d'attente, stationnement, accès autobus. Hélène Huard : 418 683-1201.

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

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

**Bureau à louer – Gatineau.** 12, rue Brodeur. Psychologues expérimentées recherchent collègues désirant partager un bureau ou avoir son propre bureau. Spacieux, ensoleillé, meublé ou non. Location à la semaine, journée ou soir. Renseignements : Michel au 819 777-1991, 819 777-5252.

**Bureau à sous-louer – métro Laurier.** Grand, ensoleillé, meublé, climatisé. Salle d'attente. 1-3 jours/semaine avec bail. Communiquez avec Michèle Gervais : 514 849-0557.

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

**Bureaux à louer – Ahuntsic.** Édifice professionnel, temps plein ou partiel, aménagés, meublés ou non, insonorisés, climatisés, près du métro, service téléphonique, stationnement privé. M. Baillargeon : 514 387-5005.

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

**Bureaux à louer à Longueuil – Secteur Pierre-Boucher,** formule adaptée aux besoins des professionnels (psychologue, travailleur social, médiateur) insonorisés, stationnement gratuit, disponibilité immédiate. 450 442-3680.

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

**Outremont – Édifice professionnel** près du métro Outremont, bureaux aménagés, bien éclairés. Modalités de location flexibles. 514 278-1528.

**Centre de psychologie René-Laënnec – Bureau à louer** dans polyclinique médicale René-Laënnec. Édifice de prestige situé à ville Mont-Royal, tout près de la station de métro Acadie. Accès routier facile pour toute la clientèle du Grand Montréal. Stationnement gratuit. Équipe de psychologues. Communiquez avec Jean-Louis Beaulé. Bureau : 514 735-9900. Cellulaire : 514 992-6972.

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

**Bureau à louer/partager – Au centre-ville de Montréal,** près de l'ÉTS, au sud du Centre Bell, niveau penthouse. Endroit discret et environnement professionnel. Stationnement intérieur inclus. Disponible à partir du mois de juillet 2011. Renseignements : 514 831-3167.

**Bureau à partager dans la région de Blainville.** Décoré au goût du jour et accès facile pour la clientèle. Pour renseignements, communiquez avec Isabelle : 514 885-9973.

**Montréal – Bureau à sous-louer.** Très bien situé, métro Laurier. 1-3 jours/semaine. Prix très avantageux pour le quartier. Communiquez avec Marie-Ève : 514 267-4896.

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

**Métro Laurier – Vaste bureau ensoleillé et insonorisé,** bel aménagement. Salle d'attente et cuisine. Disponible du lundi au vendredi. 514 524-5999.

**Avenue Greene, métro Atwater, Westmount.** Magnifique bureau, meublé, espace rénové, lumineux, vue sur mont Royal. Climatisé, salle d'attente, Wi-Fi, téléphone. Bloc ou journée. 514 962-7727, drzmontreal@gmail.com.

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

**Recherche psychologue avec clientèle** pour se joindre à une équipe déjà en place pour location de bureau. Jour/mois. Rive-Sud de Montréal. Ginette Plante : 514 571-8871.

**Dorval – À louer.** 600-1500 pieds carrés, bureaux dans West Island, près de l'autoroute 20. Dorval – For rent. 600-1,500 square feet offices in West Island, near Highway 20. Parking. Renseignements/Information: 514 277-7752, daniel@tridev.com.

## Bases de données en psychologie

Il est toujours possible de s'y abonner  
au coût annuel de 45 \$ en visitant le  
[www.ordrepsy.qc.ca/bases](http://www.ordrepsy.qc.ca/bases)

### L'Ordre met à la disposition de ses membres des bases de données en psychologie

- Portail d'EBSCO facile à utiliser
- Plus de 2 000 périodiques recensés
- Des recherches pratiques pour les psychologues cliniciens



**Local 9' X 13' situé dans édifice réservé aux psychologues.** Pignon sur rue boulevard René-Lévesque à Québec. Circuits autobus, climatisation, chauffage, aires de restauration, salles d'attente. 418 730-6692

**Centre-ville, métro Peel.** Bureaux disponibles à l'heure, la journée ou hebdomadaire. Meublés, Internet et salle d'attente inclus. Belle fenestration, ensoleillé. Salle de conférence disponible. 514 933-2289.

**Beaux bureaux de professionnels à sous-louer** dans le vieux Saint-Lambert. Prix très abordables et plusieurs types de location possibles. Appelez-nous au 450 904-4314 ou visitez [orientationstlambert.com](http://orientationstlambert.com).

**Psychothérapeutes et ostéopathe** seraient ravis de partager leur clinique avec vous! Maison chaleureuse sur coin passant à Saint-Sauveur, un local neuf vous attend! Pascale : 450 712-2311.

**Vieux-Longueuil.** Ambiance, lumière, espace, convivialité : bureau clinique à partager 1-2-3 jours. Pierre-A Gagné, 450 651-2520, [pierre\\_agagne@videotron.ca](mailto:pierre_agagne@videotron.ca).

**Magnifique bureau – Vieux-Terrebonne,** face parc, endroit calme et professionnel. Toutes les commodités, disponible maintenant. Différentes modalités location. Téléphone : 514 802-2470.

**Ahuntsic – Promenade Fleury.** Beau bureau à sous-louer, meublé, insonorisé, climatisé, salle d'attente, cuisinette, très bel environnement. Louise Filiatrault : 450 670-0078, [louisefiliatrault@hotmail.com](mailto:louisefiliatrault@hotmail.com).

**Saint-Lambert – Bureau à louer.** Bien aménagé, insonorisé, climatisé, salle d'attente, tarif raisonnable, stationnement. Milieu ouvert aux échanges professionnels et cliniques. Séminaire mensuel. Hélène Besner : 514 240-4883.

**Métro Laurier – Bureau à sous-louer** le vendredi. Vaste bureau sur Laurier (angle Saint-Hubert). Salle d'attente et cuisine. Ambiance chaleureuse. 514 279-2310, [payettemh@hotmail.com](mailto:payettemh@hotmail.com).

**Bureau à louer – Métro Outremont.** Ouverture en juin de 3 nouveaux bureaux dans condo entièrement rénové, chaleureux, ensoleillé, meublé ou non, climatisé, grande salle d'attente, cuisinette, insonorisé, à temps complet ou partiel, 514 996-8121.

**Bureaux luxueux à louer ou à partager** sur avenue Victoria, à Westmount (près du métro Vendôme). Bien décorés, grandes fenêtres, planchers de bois, horaires flexibles, salle d'attente, Internet, téléphone, fax/imprimante, minifrigo, micro-ondes et cafetière. Prix très abordables. 514 691-6081 ou 514 999-2482.

**Boucherville – Bureau à louer,** meublé, bien décoré, climatisé, dans un édifice professionnel avec stationnement gratuit. Prix raisonnable. 450 449-6660.

**Près du Vieux-Longueuil.** À partager, chaleureux et spacieux, toilette privée, salle d'attente. Aussi, à louer, 400 pieds carrés, abordable, non aménagé. Stationnements réservés. 514 602-0302.

**Bureaux à louer – métro Langelier.** Clinique de psychologie située sur artère commerciale (Beaubien/Langelier). Meublés, tranquilles, chauffés, climatisés, stationnement privé, Internet. Renseignements : 514 903-4420.

**Magnifique bureau pour 12 personnes maximum** les fins de semaine. Situé devant le métro Laurier. Meublé et équipé. Stéphane Cardinal : 514 890-2282, [stephaneccardinal@gmail.com](mailto:stephaneccardinal@gmail.com).

**Bureau à louer – métro Sherbrooke,** rue Chériar. Par blocs ou à la journée. Spacieux, rénové, lumineux, meublé, salle d'attente et cuisinette. Stéphanie Goron : 514 581-2405.

## \_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

**Psychologue et neuropsychologue recherchés pour pratique privée à Boucherville.** Nous avons besoin de deux cliniciens qui aimeraient se joindre à notre équipe multidisciplinaire. Notre clinique regroupe des psychologues spécialisés auprès de diverses clientèles : les enfants et les adolescents, les adultes, les couples et les familles. Notre équipe comporte également une orthopédagogue et une conseillère en orientation. Vous pouvez communiquer avec nous par téléphone au 450 449-3963 ou par courriel à [psydi@sympatico.ca](mailto:psydi@sympatico.ca). Merci.

**Clinique en expansion recherche cliniciens** désirant travailler au sein d'une équipe de psychologues de diverses orientations thérapeutiques. Acheminez C.V. au [cep@cepsychologie.com](mailto:cep@cepsychologie.com) ou téléphonez au 514 678-5747.

**Psychologues recherchés.** Service populaire de psychothérapie à Laval. Supervision offerte. Plusieurs autres avantages. 25 \$ l'entrevue. Envoyez votre C.V. au [spp@cooptel.qc.ca](mailto:spp@cooptel.qc.ca). Consultez l'offre complète au [www.spp-laval.qc](http://www.spp-laval.qc).

**Psychologue recherché(e) – Évaluation et thérapie enfants.** Cabinet à Neufchâtel (Québec). À l'heure, à la semaine ou au mois. Renseignements : [cliniquepn@hotmail.com](mailto:cliniquepn@hotmail.com).

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

**Recherchons psychologues,** minimum 3 heures/semaine, à la Clinique communautaire de psychothérapie de Sainte-Thérèse. Enfance, adulte, couple ou famille. Pour renseignements ou envoi C.V. : [infoccp@bellnet.ca](mailto:infoccp@bellnet.ca).

**Nouveau! Le Centre de psychologie des Moulins** à Mascouche recherche des psychologues travailleurs autonomes pour répondre à la demande de services et de références. Plusieurs options contractuelles ou de location de locaux sont désormais disponibles. Profitez des avantages de cette nouvelle opportunité de vivre votre pratique à un endroit reconnu dans la région. Pour renseignements, communiquez avec Dominique ou Marie-Claude au 514 622-8008.

## L'Hôpital juif de réadaptation est à la recherche d'un psychologue

au sein du programme ERIC. Cette équipe de consultants œuvre auprès d'une clientèle adulte présentant des troubles graves de comportement, associés à une déficience physique. Le mandat est régional et inclut le soutien, l'orientation et la formation auprès des proches et des intervenants travaillant avec cette clientèle. Membre de l'OPQ; expérience auprès d'une clientèle présentant des troubles neurologiques (TCC)/troubles de comportement; expérience dans un rôle de consultant (souhaitable). Envoyez votre C.V. à Dotation, Ressources humaines, Hôpital juif de réadaptation, 3205, Place Alton-Goldbloom, Laval (Québec) H7V 1R2. Télécopieur : 450 688-8570. [cv\\_hjr@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cv_hjr@ssss.gouv.qc.ca), [www.hjr-jrh.qc.ca](http://www.hjr-jrh.qc.ca).

**Clinique d'anxiété de Montréal.** En expansion, psychologues pour adulte ou enfant/adolescent recherchés(es). Approche cognitivo-comportementale, clientèle fournie. Atout : tests neuropsychologiques. Renseignements : [info@psyanxietyemontreal.com](mailto:info@psyanxietyemontreal.com), 514 241-6296.

**Psychologue à temps partiel recherché** pour une clinique de psychothérapie située dans le Vieux-Montréal. Possibilité de mandats d'interventions organisationnelles en santé psychologique au travail. Clientèle fournie, flexibilité des horaires, bienvenue aux jeunes diplômés. Faire parvenir un CV à l'adresse suivante : [nchevrier@spsequoia.com](mailto:nchevrier@spsequoia.com)

## \_SERVICES OFFERTS

**Supervision en thérapie cognitivo-comportementale** offerte par Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Problématiques et modalités diverses. Téléphone : 514 609-0206. Courriel : [iboivin.psychologue@yahoo.ca](mailto:iboivin.psychologue@yahoo.ca).

**Supervision en évaluation du déficit d'attention chez l'enfant.** Charles Lachance, Ph. D. : 514 402-7042.

**Supervision en évaluation et remédiation cognitive des troubles attentionnels et exécutifs,** particulièrement les difficultés d'organisation et de planification chez les enfants et adolescents. Supervision offerte par Pierre-Paul Gagné, M. A., psychologue, auteur de nombreux ouvrages en gestion cognitive et formateur en milieu scolaire et institutionnel. Téléphone : 450 923-9800. Courriel : [cacogito@videotron.ca](mailto:cacogito@videotron.ca).

**Supervision en thérapie brève et orientée vers les solutions.** François Lemire, psychologue formé au Centre de psychothérapie stratégique. 819 372-1542, 450 641-9509, [francoislemire@cgocable.ca](mailto:francoislemire@cgocable.ca).

**RéseauPsy.ca, service de référencement** pour consultations en psychologie pour région Montréal, Laval, Longueuil. Idéal pour débiter ou enrichir sa pratique! Renseignements : 514 727-7727, [info@reseaupsy.ca](mailto:info@reseaupsy.ca).

## \_FORMATIONS

**Intégration du cycle de la vie (LI, Peggy Pace, 2003).** Atelier de formation de base à Sherbrooke, les 30 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2011. Formatrice : Catherine Thorpe, MA, LMHC. Pour information et inscription : [www.traumas.qc.ca](http://www.traumas.qc.ca). Marjolaine Gosselin : 514 645-7794, [www.marjolainegosselin.com](http://www.marjolainegosselin.com).

# La recherche le dit

La chronique *La recherche le dit* fait peau neuve. À partir d'une illustration clinique, notre psychologue chroniqueuse tentera de trouver dans la recherche des indications cliniques pouvant l'aider à mieux comprendre et mieux aider un patient. Pour faire sa recherche, elle utilisera la base de données de l'Ordre et illustrera le cheminement de sa recherche.

## Cleptomanie et dépendances

### Le cas clinique

Un jeune homme âgé de 26 ans ne comprend pas pourquoi il continue de mentir à ses proches. Déjà, il dit les avoir trahis par le passé en leur volant des objets ou de l'argent dont il n'avait pas besoin. Selon lui, cette impulsion de voler visait à gérer son anxiété. Il rapporte avoir des antécédents personnels de cleptomanie, problème passé ayant entraîné des démêlés avec la justice, mais s'étant terminé après qu'il ait été évalué en psychiatrie, sans intervention subséquente, cependant. Ce problème avait commencé par des vols d'argent comptant à ses parents, à des amis durant des activités de loisirs, puis dans des emplois d'étudiant. Par ailleurs, il consomme quotidiennement de la marijuana depuis plusieurs années. Il aurait cessé d'en consommer pendant trois mois grâce à un soutien en travail social, mais aurait recommencé à la suite du suicide d'un ami. Il se dit d'humeur anxieuse et dépressive sans rapporter avoir d'idées ni de plans suicidaires. Depuis sa récente rupture amoureuse, il continue malgré tout de fréquenter son ex-copine. Il recherche la passion amoureuse. Il vit difficilement les moments de solitude et, pour les gérer, passe beaucoup de temps sur Internet.

### La recherche le dit

Selon les articles trouvés dans la base de données EBSCO (mots-clés : « **kleptomania** », « **passion** », « **internet addiction** »), les revues de littérature consultées révèlent qu'il n'y aurait pas encore d'essais randomisés contrôlés évaluant l'efficacité de la psychothérapie auprès des cleptomane, bien qu'il soit reconnu que plusieurs types de psychothérapie seraient bénéfiques. L'efficacité de médicaments fait l'objet d'études (p. ex. naltrexone), mais aucun n'est encore recommandé. Toutefois, les études soulignent les liens entre la cleptomanie et les troubles d'abus de substances. En effet, la cleptomanie est classée dans les troubles du contrôle des impulsions. Cette problématique apparaîtrait comme trouble concomitant avec des troubles anxieux (60 % et 80 %) et des troubles d'abus de substances (23 % à 50 %). La fréquence d'antécédents d'abus d'alcool chez les parents de cleptomane serait significativement plus élevée, selon une étude familiale contrôlée. Plusieurs études concluent qu'il y aurait un lien génétique entre la cleptomanie et les troubles d'abus de substances. De même que les personnes ayant des troubles d'abus de substances, les cleptomane présenteraient des problèmes de contrôle de l'impulsivité sur le plan cognitif. Sur le plan neuropsychologique, des dysfonctionnements dans le système de récompense expliqueraient le soulagement de la tension et de l'anxiété ressenti durant le passage à l'acte chez les cleptomane. Ces liens découverts entre la cleptomanie et les troubles d'abus de substances suggèrent des pistes d'intervention similaires. Quelques études de cas cliniques montrent l'efficacité

de la thérapie cognitivo-comportementale non seulement pour traiter l'abus de substances, mais aussi pour traiter la cleptomanie. Ce type d'intervention viserait la prévention de la récurrence (encourager l'abstinence, identifier les patterns de vol, d'évitement ou de gestion de situations à haut risque) et l'adoption d'habitudes de vie saines. L'approche psychodynamique serait aussi bénéfique. D'autres auteurs discutent des dépendances que pourraient représenter la passion amoureuse et l'utilisation excessive d'internet sans toutefois les lier à la cleptomanie, mais en rapportant des problèmes qui s'apparentent à ceux qui sont présents en cas d'abus de substances.

### L'apport de la recherche pour la compréhension clinique

À la lumière de ces informations cliniques et empiriques, il apparaît que les problèmes passés de cleptomanie et les problèmes actuels d'abus de substances du client peuvent avoir une origine commune, se manifestant par une recherche de sensations et une tendance à l'impulsivité. La littérature souligne l'importance d'évaluer les antécédents familiaux d'abus de substances, puisque le client présente à la fois des antécédents de cleptomanie et des problèmes de consommation de marijuana. De plus, la poursuite de l'évaluation diagnostique différentielle de troubles concomitants tels que des troubles anxieux est toute indiquée, d'autant plus que le client rapporte avoir voulu soulager son anxiété en volant en plus de consommer de la marijuana dans des moments de tension. En psychothérapie, afin d'aider le client à mieux comprendre pourquoi il adopte des comportements impulsifs malgré leurs conséquences négatives, il est pertinent d'évaluer les *patterns* possibles de dépendance en explorant ce que vivait le patient avant, pendant et après les vols commis, ce qu'il vit actuellement quand il ment, consomme, surfe sur internet ou quand il est amoureux. Dans l'état actuel des connaissances, adopter une approche préventive de la récurrence des comportements impulsifs tel l'abus de substances auprès d'un client aux antécédents de cleptomanie semble être pertinente.

*Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO dans la section sécurisée de la rubrique Psychologue du site Web : [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)*

**D<sup>re</sup> Cynthia Turcotte, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal**

### Bibliographie

- Grant J.E., Odlaug B.L. (2008). Kleptomania: clinical characteristics and treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(S1), S11-5.
- Grant J.E., Odlaug B.L., Kim S.W. (2010). Kleptomania: clinical characteristics and relationship to substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 291-295.
- Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L., & Benyamina, A. (2010). Is love passion an addictive disorder? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 261-267.
- Weinstein, A., Lejoveux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 261-267.

# CIG

CENTRE  
D'INTÉGRATION  
GESTALTISTE



## *La relation d'objet en psychothérapie*

*Un séminaire théorico-clinique avec Gilles Delisle, Ph.D*

**« L'ossature théorique et clinique générale que proposent les auteurs classiques de la relation d'objet se trouve très largement soutenue par les connaissances actuelles issues des neurosciences »**

Margaret Zellner, *Neuroscience of Attachment and Separation Distress*,  
VIe Conférence de la Société Internationale de Neuropsychanalyse, Pasadena, 2006

Comprendre les grands systèmes théorico-cliniques qui ont placé la relation d'objet au cœur du développement, aide à saisir la complexité de ce qui est en jeu au sein de la relation thérapeutique. Ce séminaire, offert au CIG depuis 12 ans, veut permettre aux professionnels de la santé mentale d'enrichir leur compréhension, tant de la pathogenèse que du processus thérapeutique.

### **Le contenu du séminaire**

Nous étudierons les principaux auteurs classiques de la théorie générale de la relation d'objet, c'est à dire ceux qui ont fait école et dont les contributions continuent d'alimenter les réflexions théoriques et la pratique clinique contemporaine. Leurs contributions seront en outre examinées à la lumière des données de la neurodynamique contemporaine.

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

### **La formule et la méthode didactique**

- ☉ Un vendredi par mois, de septembre 2011 à juin 2012, de 9h00 à 16h30.
- ☉ Comprendre le système proposé par les auteurs étudiés
- ☉ L'appliquer à des cas issus de la pratique des participants

1600 \$ (plus taxes). Inscription au 514-481-4134 ou  
[administration@cigestalt.com](mailto:administration@cigestalt.com)



# Des rabais exclusifs : c'est réglé.



Profitez de rabais de groupe additionnels sur vos assurances automobile, habitation et véhicules récréatifs.



Obtenez une soumission :

**1 800 322-9226**  
[lacapitale.com](http://lacapitale.com)

CONCOURS



Demandez une soumission et courez la chance de gagner un voyage d'une valeur de **7 500 \$**  
Détails et règlement sur [lacapitale.com/concoursgrupe](http://lacapitale.com/concoursgrupe)



**La Capitale**  
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

