

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 29
numéro 03
mai 12

QUÉBEC

> La supervision efficace :

LA PRIMAUTÉ
DU SAVOIR-ÊTRE

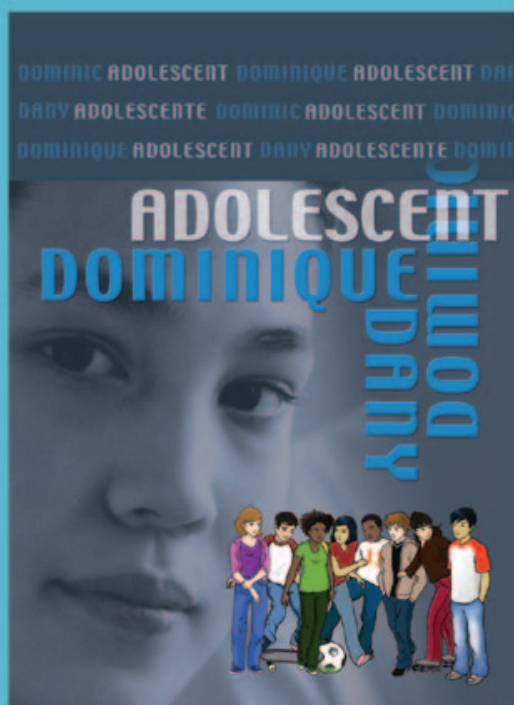
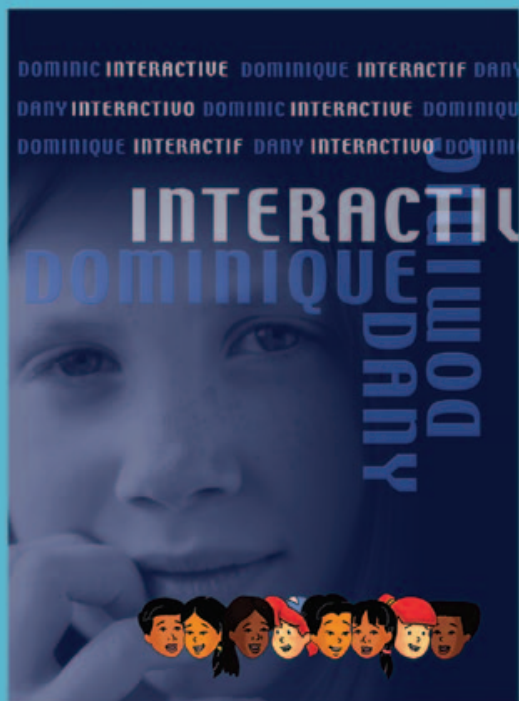
PORTAIT DE NELSON TARDIF
UN PSYCHOLOGUE AU NORD DU 55^e PARALLÈLE

LA FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE
C'EST PARTI!

Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer
les enfants et les adolescents

.....



Un test:

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

Le test comprend:

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

Nous recyclons !

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

TÉLÉPHONE: 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR: 514 482-0806

WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM

Formations en ligne

Plusieurs formations sont disponibles et accessibles par l'entremise du site internet de l'établissement à l'adresse suivante : www.chpj.ca/campus

En cliquant sur le bouton « Accès », vous serez invité à créer votre compte usager externe qui vous permettra d'accéder à la plateforme. Une fois à l'intérieur du portail, sous l'onglet **Formation** vous pourrez visionner les descriptifs des « cours offerts en ligne ». Vous aurez l'avantage de visionner votre formation au moment qui vous convient et d'y retourner en tout temps. Dès que le projet de loi 21 sera mis en application, nous verrons à respecter les exigences requises par le règlement de formation continue de l'Ordre des psychologues du Québec afin que chacune de ces formations en ligne soient accréditées et reconnues.



La thérapie interpersonnelle
Dr Simon Patry
Médecin psychiatre



Thérapie comportementale : TDAH et trouble de l'opposition avec provocation
Dr^{re} Marie-Claude Guay
Psychologue



L'approche narrative : pour écrire et réécrire des histoires de vie
M. André Grégoire
Psychologue



La thérapie d'acceptation et d'engagement
Dr Frédérick Dionne
Psychologue



Intervenir auprès des dépendants affectifs
M^{me} Karène Larocque
Psychologue



Concepts fondamentaux de la thérapie familiale systémique
M. Jean-Luc Lacroix
Travailleur social



Les schémas de Young
Dr Pierre Cousineau
Psychologue



Le TDAH chez l'adulte
Dr^{re} Annick Vincent
Médecin psychiatre



La communication : théorie et impacts cliniques
M. Jean-Luc Lacroix
Travailleur social



La communication non verbale
M^{me} Diane Mercier
Psychologue



La compétence affective du psychothérapeute
Dr Gilles Delisle
Psychologue



Traitement de la dépression chez l'enfant
M^{me} Diane Mercier
Psychologue



Les traumatismes faits aux enfants
M^{me} Diane Mercier
Psychologue



La psychothérapie orientée vers les solutions
Mme Josée Lamarre
Psychologue

> dossier p.28

La supervision efficace

LA PRIMAUTÉ DU SAVOIR-ÊTRE

28_ La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique

Dr Conrad Lecomte, psychologue

33_ La perspective de stagiaires en psychologie sur la relation de supervision

*Julie D'Errico et Magali Purcell Lalonde, doctorantes en psychologie
et Dr Marc-André Bouchard, psychologue et psychanalyste*

37_ Impasse thérapeutique et supervision : le savoir-être en soins palliatifs

Dr Mélanie Vachon et Johanne de Montigny, psychologues

À ne pas manquer dans le prochain numéro

Congrès 2012

Le programme complet des activités du congrès 2012 sera joint au prochain magazine *Psychologie Québec*. Vous y trouverez la description de tous les ateliers de formation et nous vous dévoilerons les activités du 50^e anniversaire de l'Ordre.

La psychologie dans les coulisses de la vie politique

Dans l'édition de juillet, une entrevue avec M^{me} Catherine P. Mulcair qui partagera avec nous sa vision de psychologue sur les hauts et les bas de la campagne à la chefferie du NPD où elle a supporté son mari maintenant chef de l'opposition officielle à Ottawa.

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731



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.



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

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

_portrait p. 22

Un psychologue au nord du 55^e parallèle

Nelson Tardif



_sommaire

07_ Éditorial

L'encadrement de la psychothérapie : une révolution ou un changement de culture?

09_ Secrétariat général

État de la situation sur la main-d'œuvre dans le réseau de la santé

13_ Pratique professionnelle

Supervision, tenue de dossiers et responsabilité professionnelle

18_ Formation continue

La reconnaissance des activités de formation continue en psychothérapie

26_ Congrès 2012

50 ans à changer le monde, ça se fête!

40_ Petites annonces

42_ Saviez-vous que?

43_ Activités régionales / Tableau des membres

44_ Vient de paraître

46_ La recherche le dit

Psychologie QUÉBEC

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.

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

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier,
Pierre Desjardins, Natalie Girouard, Yves Martineau

Rédaction :: Krystelle Larouche

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Conception graphique et production ::
MichauDesign

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

Non-membres :: 41,97 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Étudiants :: 26,44 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Juillet 2012 : 25 mai 2012

Septembre 2012 : 27 juillet 2012



**ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC**

**50
ANS**

Des rabais exclusifs? **C'est réglé.**

Profitez de **10 % de rabais additionnel** sur vos assurances automobile, habitation et véhicules récréatifs



OBTENEZ UNE SOUMISSION

1 866 551-2641
lacapitale.com/opq



CONCOURS
*Costa Rica
me voilà!*



Gagnez un voyage d'une valeur de **7 500 \$**
Demandez une soumission pour participer.
Détails et règlement sur lacapitale.com/concoursgrupe



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages



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

Éditorial

L'encadrement de la psychothérapie : une révolution ou un changement de culture?

Au moment d'écrire ces lignes, nous sommes à la toute veille de l'entrée en vigueur de la réglementation de la psychothérapie, prévue pour juin. C'est un événement longtemps attendu, tant par notre profession que par le public. En effet, la psychothérapie recevra enfin toute la considération que mérite une activité professionnelle complexe, comportant un haut risque de préjudice. Seules les personnes répondant aux critères de compétences établis par des experts pourront la pratiquer. Le public pourra compter sur le système professionnel, notamment sur l'Ordre des psychologues, pour le protéger des charlatans et de ceux qui pourraient abuser des personnes vulnérables.

Mais pour les psychologues, qu'est-ce que cela change? Dans les faits, peu de choses. En effet, les psychologues n'auront pas à demander un permis supplémentaire pour pratiquer la psychothérapie, celle-ci étant au cœur de leur profession. Nous ne serons pas tenus non plus de porter le titre de psychothérapeute pour exercer la psychothérapie, mais ceux qui le souhaitent pourront l'ajouter à leur titre de psychologue. Le seul changement concret pour les psychologues pratiquant la psychothérapie consiste en l'obligation de 90 heures de formation continue par période de cinq ans. L'obligation déontologique de se former existait déjà et elle continue de s'appliquer pour toutes les autres activités, mais en ce qui concerne la psychothérapie, elle est explicitement encadrée en termes de nombre d'heures et de critères de reconnaissance des activités. De plus, l'engagement en supervision est dorénavant obligatoire pour qui pratique la psychothérapie, et ce, pour un minimum de cinq heures par période de cinq ans. Or, les psychologues ont toujours été de

grands consommateurs de formation continue et il était déjà habituel de recourir aux services d'un superviseur au besoin. On peut donc conclure que le règlement vient systématiser ce que plusieurs faisaient déjà et inciter les autres à respecter les mêmes critères d'excellence. Il s'agit donc davantage d'un changement de culture qui se veut rassurant pour le public, mais aussi pour les professionnels qui souhaitent que la psychothérapie soit reconnue à sa juste valeur et mieux encadrée.

Pour le psychologue, il n'y a pas lieu d'anticiper de révolution. Il faut toutefois envisager que plusieurs seront appelés à s'investir davantage dans la formation et dans la supervision de leurs collègues de différents horizons. Ce n'est pas par hasard que nous consacrons le présent numéro à l'activité de supervision: nous souhaitons que les psychologues soient encore mieux outillés pour la pratiquer.

Les psychologues ont une belle occasion de développer leur pratique professionnelle et d'occuper une place importante, notamment dans la diffusion de leur savoir. Je souhaite que les psychologues osent occuper cette place avec une confiance basée sur de réelles compétences et la même attitude rigoureuse qui leur a permis de développer le champ de connaissances dont découle la pratique de la psychothérapie.

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

UN PROGRAMME À VOTRE ÉCOUTE

Adhérez au programme financier¹ pour psychologues et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca



¹Le programme financier s'adresse aux spécialistes en sciences de la santé (audiologistes, denturologistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, opticiens, orthophonistes, pharmacologues, physiothérapeutes, psychologues, sages-femmes et technologistes médicaux), qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Le programme financier constitue un avantage conféré aux détenteurs de la carte Platine MasterCard de la Banque Nationale. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée.

Secrétariat général

État de la situation sur la main-d'œuvre dans le réseau de la santé



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

Au fil des dernières années, nous vous avons informé sur l'état des ressources professionnelles en psychologie dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ces articles ont suscité des questions de la part des membres à de nombreuses reprises. Nous profitons du fait que la Direction de l'analyse et du soutien informationnel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé, en mars 2012, à une mise à jour des données de prévision de la main-d'œuvre pour dresser un portrait détaillé de l'état des effectifs en psychologie dans le réseau public¹.

__EFFECTIF ACTUEL ET FACTEUR D'ÉVOLUTION

À la fin de l'année 2011, 2164 psychologues travaillaient dans le RSSS. On note une évolution annuelle moyenne de l'effectif de 2,4 % entre 2004 et 2011 (il y avait 1864 psychologues dans le réseau en 2004). Cette évolution de l'effectif est une donnée réelle, provenant des établissements, qui indique le nombre de psychologues dans le réseau au fil des ans. Quand il s'agit de faire des prédictions, les experts en planification de la main-d'œuvre fondent leurs prévisions sur un indice un peu similaire. Il s'agit toutefois de données projetées ou théoriques, fondées sur différents facteurs, notamment l'augmentation de la demande, qui se traduit par une augmentation du nombre d'employés. Depuis 2004, les modèles du MSSS étaient fondés sur un indice de croissance d'environ 3 %. Cet indice est appelé « facteur d'évolution ». Il s'agit d'une donnée importante dans le calcul des prévisions de la main-d'œuvre. On se sert du facteur d'évolution pour estimer les besoins de main-d'œuvre pour l'avenir. Si le nombre de nouveaux psychologues disponibles pour travailler dans le réseau est inférieur au facteur d'évolution, il y a nécessairement un déficit. Qui dit déficit dit potentiel de pénurie. Le MSSS a récemment reconsidéré les scénarios de déficit attendu en révisant à la baisse le facteur d'évolution, celui-ci étant désormais établi à 1.5 %. Ceci a pour effet de réduire les projections en termes de besoins de psychologues dans le réseau. Cependant, malgré cette modification de calcul, le réseau demeure en déficit. Nous y reviendrons plus tard.

Poursuivons notre portrait actuel de la main-d'œuvre. Nous disions donc qu'il y a actuellement 2164 psychologues dans le réseau. Ceci constitue 25,5 % de tous les psychologues au Québec. Rappelons que l'Ordre comptait près de 8500 membres au 31 mars 2011. En dépit du nombre élevé de psychologues employés au MSSS, il y a actuellement entre 160 et 175 postes vacants dans l'ensemble du réseau. Ici, poste vacant signifie :

poste prévu à la structure de poste d'un établissement pour lequel il n'y a aucun titulaire nommé. Il faut considérer qu'à ces postes non pourvus s'ajoutent les postes qui deviennent vacants pour cause de départ volontaire (cessation), de départ à la retraite et de décès. Le nombre de ce type de « départ » est estimé à 130 à 140 par année.

En 2011, l'âge moyen des psychologues dans le réseau était de 44 ans et 78 % d'entre eux étaient des femmes. Qu'en est-il de la répartition des plus jeunes par rapport aux plus vieux? Commençons par la bonne nouvelle. Le groupe d'âge des 30 à 34 ans est celui qui comprend le plus grand nombre de psychologues, représentant près de 20 % de l'effectif total. La moins bonne nouvelle est du côté des psychologues les plus expérimentés, ceux qui ont bien souvent le rôle de former les plus jeunes. Les trois groupes d'âge 50 à 54 ans, 55 à 59 ans et 60 ans et plus, représentent 31 % de l'effectif. On voit bien ici le poids démographique des personnes âgées de 50 ans et plus dans le réseau. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une caractéristique unique au corps professionnel des psychologues, le message est sans équivoque, le tiers de l'effectif des psychologues dans le RSSS est indéniablement en direction de la retraite. De nombreux psychologues expérimentés agissent à titre de superviseurs d'internat dans le cadre de la formation doctorale de futurs psychologues. Leur départ massif au cours des 10 prochaines années pourrait devenir un enjeu important en matière de formation initiale donnant accès à la profession.

Quant aux statuts d'emploi, on note que seulement 55 % des psychologues employés par le réseau y sont à temps complet régulier (TCR). Le reste des employés occupe des postes à temps partiel régulier (TPR) ou temps partiel occasionnel (TPO). En termes de rétention, on note que les psychologues restent dans le réseau à un taux de 93 % après la première année d'embauche. Ce taux chute cependant à 63 % après 5 ans. Cette donnée est préoccupante. Il s'agit du taux de rétention le plus bas chez les professionnels dans le réseau. Concrètement, à titre d'exemple, de tous les psychologues embauchés dans le RSSS en 2006, près de 40 % ont quitté le réseau aujourd'hui. Ce type de données explique entre autres pourquoi le Ministère en tant qu'employeur a récemment implanté des stratégies visant l'attraction et la rétention dans le réseau.

Parmi les données prises en compte pour établir le nombre de psychologues requis pour répondre aux besoins du réseau, il faut tenir compte des personnes qui sont absentes pour cause de maladie et en congés parentaux. À cet égard, on note une hausse marquée des heures en congés parentaux, celles-ci représentant une hausse de 13 % entre 2004 et 2011. Cette année, les congés parentaux représenteront à eux seuls l'équivalent de 150 psychologues à temps complet, ce qui se traduit en un nombre équivalent de postes à combler pour répondre à la demande de services.

TOURNÉE QUÉBÉCOISE DE FORMATION

La tenue de dossiers

NOUVELLES DATES
TENUE DE DOSSIERS
Printemps
2012

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

Objectifs de la journée de formation

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

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

Méthode pédagogique

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

Formatrice

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



Tenue de dossiers

Les frais d'inscription sont de 172,46 \$ (taxes et repas du midi inclus). Si vous payez par chèque, il doit être daté d'au moins deux (2) semaines avant la date de la formation.

Identification (en lettres moulées s.v.p.)

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. bureau : () _____

Tél. rés. : () _____

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

Choix de session

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

- ☐ 18 mai 2012 **Laval**
- ☐ 8 juin 2012 **Trois-Rivières**
- ☐ 15 juin 2012 **Côte-Nord**
- ☐ 29 juin 2012 **Joliette**

Mode de paiement

Paiement par : _____ chèque (montant de 172,46 \$) _____ carte de crédit

Titulaire de la carte : _____

Numéro de carte de crédit (Visa ou MasterCard)

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

Expiration (mois/année) : ____/____/

Retournez le formulaire rempli (et votre chèque, s'il y a lieu) à l'adresse suivante :

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

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

_PRÉVISION DE LA MAIN-D'ŒUVRE D'ICI 2021

Comme mentionné précédemment, l'ancien facteur d'évolution utilisé était de 3 %. Ce facteur est maintenant estimé à 1,5 %, fondé sur le facteur de croissance démographique. Plusieurs indicateurs sont pris en considération pour établir ce facteur, notamment le vieillissement de la population, les sommes dépensées par le ministère pour offrir les services, les heures réelles travaillées, etc. Il faut savoir que dans l'ancienne méthode de calcul, le 3 % représentait le facteur d'évolution moyen pour tous les titres d'emploi tandis que la nouvelle méthode traite les facteurs d'évolution par titre d'emploi individuellement. À titre d'exemple, selon l'ancienne méthode de calcul, un titre d'emploi dont le facteur d'évolution réel était à 5 % se voyait attribué le facteur moyen de 3 % alors qu'un autre titre d'emploi, donc le facteur réel était de 1 %, se voyait aussi attribué le facteur de 3 %. Ceci avait pour effet d'accentuer ou de diminuer artificiellement les « effets de pénurie » pour certains titres d'emploi.

Le passage de 3 % à 1,5 % a un impact sur les prévisions de la main-d'œuvre pour les psychologues. Le déficit est encore présent, mais il est beaucoup moins important. Selon le modèle fondé sur un facteur d'évolution de 3 %, on estimait que le déficit de psychologues dans le réseau serait de 935 d'ici les 10 prochaines années, soit en 2021. Maintenant, le déficit est évalué à 445 pour la même période. Cette donnée « corrigée » est-elle plus réaliste? Difficile à dire à long terme. Il est clair que nous demeurons en situation de déficit. Le MSSS émet lui-même une mise en garde quant à la limite de ce nouveau modèle de prévision et il précise qu'il faudra demeurer vigilant quant au suivi afin d'assurer la meilleure adéquation possible entre l'offre et la demande. Ces données seront révisées dans trois ans.

_AU-DELÀ DES MODÈLES, LE TEST DE LA RÉALITÉ

Au-delà des différences entre les modèles prévisionnels, le défi est encore présent. Les départs à la retraite ne sont pas théoriques, ils sont bien réels. Bien qu'un modèle, aussi sophistiqué soit-il, ne puisse pas prévoir avec un degré d'exactitude à 100 % qu'un psychologue donné va prendre sa retraite en 2017, nous avons néanmoins la certitude qu'il va prendre tôt ou tard cette retraite. Que ce soit en 2017 ou en 2018, il va finir par laisser un poste

vacant derrière lui auquel il faudra pourvoir. Le résultat est que d'ici 2021, près de 40 % de l'effectif actuel aura quitté le réseau pour départ à la retraite. Le réseau devra alors recruter annuellement une moyenne de 163 nouveaux psychologues par année pour maintenir le système en équilibre.

Autre donnée intéressante, lorsqu'il s'agit de prévoir la relève, le MSSS émet l'hypothèse que le réseau absorbe annuellement à lui seul près de la moitié (45 %) des nouveaux diplômés. La bonne nouvelle est que le nombre de nouveaux diplômés augmente. Il faut savoir que plus de 90 % des étudiants qui s'inscrivent dans un programme de doctorat en ressortent avec le diplôme. Le calcul des nouveaux diplômés disponibles tient compte de cette donnée. En 2004, on estimait à 225 le nombre annuel de nouveaux diplômés, ce chiffre est passé à 242 pour 2012-2017 et sera de 300 à partir de 2018.

Lorsque nous atteindrons le chiffre de 300 nouveaux diplômés par année, la pression devrait théoriquement diminuer un peu sur le réseau. Mais le RSSS maintiendra-t-il sa capacité d'attirer 45 % des nouveaux diplômés? Le facteur d'évolution, qu'il soit de 1,5 %, 2,5 % ou 3 %, ne s'applique pas seulement au RSSS, il s'applique aussi au secteur de l'éducation et à la pratique privée. Ces autres secteurs auront eux aussi des besoins grandissants. Les récentes mesures d'attraction et de rétention mises en place par le MSSS visent à apporter des solutions à ce problème. Mais comme nous le mentionnions plus tôt, seulement 60 % des psychologues travaillent encore dans le réseau après 5 ans. Il ne suffit donc pas de les attirer, il faut aussi les garder en poste.

L'Ordre assiste aux travaux du Comité de main-d'œuvre du MSSS, c'est ce qui nous permet de dresser le tableau que nous venons d'exposer. Le MSSS étudie un ensemble de mesures qui pourraient contribuer à améliorer la situation. Nous continuerons à vous tenir informés.

_Note

- 1 Notre texte est inspiré d'un document de travail du MSSS intitulé « Portrait de la main-d'œuvre – Psychologues/Direction de l'analyse et du soutien informationnel ». La version finale de ce document devrait être disponible à compter du mois de mai 2012.

_NOMINATION AU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Le 27 février dernier, la psychologue Brigitte Bolduc s'est jointe à l'équipe du secrétariat général de l'Ordre en acceptant d'occuper le poste de secrétaire générale adjointe. Elle travaillera en étroite collaboration avec Stéphane Beaulieu, secrétaire général et traitera plus spécifiquement les dossiers relatifs à la formation initiale des psychologues, les admissions par équivalence et la délivrance des permis de psychothérapeutes.

Avant son arrivée à l'Ordre, M^{me} Bolduc occupait un poste de psychologue clinicienne au CSSS Jeanne-Mance à Montréal. Elle a œuvré pendant neuf ans au sein de cette organisation en intervenant auprès d'une clientèle en perte d'autonomie et elle a collaboré à l'équipe santé mentale adulte. Elle a siégé à différents comités dont le comité exécutif du conseil multidisciplinaire. Nous lui souhaitons la bienvenue dans l'équipe de l'Ordre!





Programmation Printemps | Automne 2012

Formation  Porte-Voix

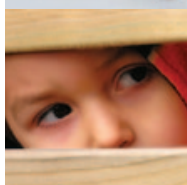
Printemps 2012



Thérapie cognitivo-comportementale de la dépression :
mise à jour des connaissances et présentation des techniques
d'interventions efficaces

Mtl : 10-11 mai 2012 • Qc : 7-8 juin 2012

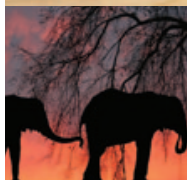
Par Dr Martin D. Provencher,
psychologue



**Traitement cognitivo-comportemental des troubles anxieux
chez les enfants et les adolescents :** séminaire clinique

Mtl : 31-1^{er} juin 2012 • Qc : 3-4 mai 2012

Par Dr^e Lyse Turgeon,
psychologue



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

Mtl : 15 juin 2012 • Qc : 27 avril 2012

Par André Renaud,
psychologue et psychanalyste



La négligence transgénérationnelle : évaluation et intervention
auprès des familles multiassistées

Mtl : 1^{er} juin 2012 • Qc : 18 mai 2012

Par Benoît Clotteau,
M. Sc., psychoéducateur



Automne 2012



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

Mtl : 1-2 novembre 2012 • Qc : 29-30 novembre 2012

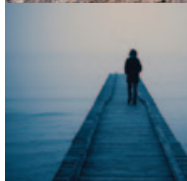
Par Dr^e Josée Rhéaume,
psychologue



**Intervenir auprès de personnes présentant un trouble
de personnalité limite :** initiation à l'approche
dialectique-comportementale

Mtl : 13-14 décembre 2012 • Qc : 8-9 novembre 2012

Par Hélène Busque,
psychologue



**Gestion de la crise suicidaire chez les personnes
présentant des troubles de santé mentale**

Mtl : 17-18 janvier 2013 • Qc : 11-12 octobre 2012

Par Dr^e Monique Séguin,
psychologue et suicidologue



**Intervenir auprès des enfants de 6 à 12 ans atteints
d'un TDAH en collaboration avec leur famille**

Mtl : 22-23 novembre 2012 • Qc : 18-19 octobre 2012

Par Dr^e Martine Verreault,
psychologue

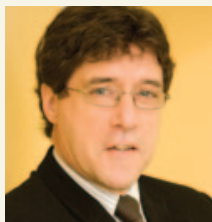


Informations et inscriptions www.porte-voix.qc.ca

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

Pratique professionnelle

Supervision, tenue de dossiers et responsabilité professionnelle



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

M^{re} Édith Lorquet, conseillère juridique de l'Ordre, a contribué à la rédaction de cette chronique notamment en ce qui a trait aux questions de responsabilité sur lesquelles elle donne avis.

La chronique portant sur la supervision, publiée en novembre dernier dans le magazine de l'Ordre (Dupuis, 2011), a soulevé chez plusieurs des questions quant aux responsabilités et obligations du superviseur. La présente chronique servira donc à apporter quelques précisions ou informations complémentaires. Rappelons d'entrée de jeu que la supervision est une activité professionnelle qu'exercent les psychologues et, à ce titre, elle fait l'objet des mêmes devoirs et obligations professionnelles, notamment en ce qui a trait aux responsabilités à assumer et dont il faut rendre compte.

LA SUPERVISION DES ÉTUDIANTS, STAGIAIRES OU INTERNES

Le superviseur a à s'assurer de la qualité des actes professionnels posés par le stagiaire ou l'interne en l'occurrence, et, pour ce faire, il doit se conformer aux ententes prises avec les universités et :

- évaluer les besoins du supervisé;
- identifier des objectifs d'apprentissage;
- élaborer un programme de supervision couvrant le savoir, savoir-faire et savoir-être (problématiques à l'étude, lectures suggérées et travaux à réaliser, habiletés à développer, techniques à maîtriser, particularités de la clientèle et du milieu, méthodes ou stratégies pédagogiques préconisées, fréquence et rythme des rencontres, nombre d'heures de supervision, modalités individuelle ou de groupe, responsabilités des parties, niveau de préparation et de participation attendu, modalités d'évaluation, etc.);
- apprécier et évaluer le travail du supervisé en tenant compte des objectifs fixés, des compétences à acquérir, et ce, à partir des modalités convenues;
- adapter ou ajuster le programme de supervision à l'évolution du supervisé et à ses besoins émergents;
- orienter, guider le supervisé (suggestions et recommandations).

Le niveau et les modalités de supervision varient en fonction des compétences dont disposent le supervisé et le superviseur, de la réalité et des exigences du milieu de stage ou d'internat et de la complexité des problématiques que présentent les clients. Ainsi, le superviseur peut agir comme co-intervenant¹ du supervisé, il peut aussi observer directement les entrevues menées par le supervisé ou encore travailler à partir du matériel rapporté par ce dernier (entrevue avec le supervisé, écoute ou visionnement d'enregistrements d'entrevue, en tout ou en partie, analyse et validation des observations effectuées par le supervisé, échanges à partir d'un rapport ciblé, partiel ou exhaustif présenté par le supervisé, correction du matériel psychométrique sur les plans qualitatif et quantitatif, lecture et correction des notes, rapports ou lettres à consigner au dossier du client, retour sur les entrevues réalisées auprès d'autres professionnels ou intervenants, du client ou de ses proches et autres). Le niveau de supervision est évidemment lié à l'évaluation initiale et aux observations en continu que doit faire le superviseur du supervisé. Le superviseur doit conséquemment pouvoir rendre compte de la pertinence des moyens qu'il a pris pour s'assurer de la qualité des actes posés par son supervisé.

Le dossier à tenir

La supervision est un acte professionnel posé par le psychologue et il doit en rendre compte dans un dossier qu'il tient de son client, le supervisé.

Desjardins (2008), donne un aperçu de ce que devrait contenir le dossier du supervisé pour que le psychologue se conforme aux dispositions de l'article 3 du *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues* :

Outre les données nominatives, les dates des rencontres et la signature professionnelle, le dossier devrait ainsi faire état du plan de supervision et de la démarche entreprise, des thèmes abordés, de l'évolution du supervisé au regard des objectifs définis, des évaluations effectuées, des ententes contractées. Y est versé également tout document relatif au consentement donné par le client supervisé.

Lorsque les services du superviseur ont été retenus par une université, il est probable que cette université ait un dossier au nom de l'étudiant. Toutefois, ce dossier constitué par l'université vise à rendre compte des progrès de l'étudiant, stagiaire ou interne, plutôt qu'à témoigner de la nature et de la qualité du travail du psychologue-superviseur. Outre le fait que ce dossier ne serve pas les mêmes fins, il ne répond pas aux exigences réglementaires propres à l'exercice des psychologues au regard de la supervision, notamment en ce qui a trait à la nature des informations consignées au dossier, aux règles relatives à la confidentialité et à la vie privée, à l'accès et à la divulgation de son contenu et aux normes de conservation. Par conséquent, il incombe au psychologue de colliger et consigner dans un autre

dossier l'information requise et pertinente, de voir à sa conservation, à son utilisation et à sa transmission, dans le cadre du contrat qui le lie au supervisé et à l'université. Il ne s'agit toutefois pas de dédoubler le travail ou de se conformer à des exigences bureaucratiques lourdes et inutiles. Ainsi, le contrat de supervision, pris avec l'université ou tout autre établissement, le formulaire ou la grille d'évaluation et autres documents pertinents peuvent être versés au dossier pour témoigner des objectifs et du programme de la supervision, de même que de l'évolution du supervisé. Soulignons que le client, en l'occurrence le supervisé, peut demander accès à ce dossier, de même qu'un inspecteur de l'Ordre chargé de vérifier les compétences des psychologues inscrits au programme annuel d'inspection professionnelle, notamment en matière de supervision.

La signature du superviseur

Il est d'usage courant chez les psychologues-superviseurs de contresigner les notes ou les rapports des stagiaires ou internes pour attester la supervision. Cette mesure, plutôt administrative, prend tout de même une importance clinique dans le milieu puisque cela permet d'identifier le psychologue responsable de même que le module, programme ou département auquel il est rattaché, ce qui facilite d'autant la communication entre intervenants, lorsque requis.

Toutefois, cette contresignature, sans autre information ou précision, pourrait prêter à équivoque ou entraîner une certaine

méprise au sens où elle lie le superviseur au contenu de la note ou du rapport. Ainsi, on pourrait comprendre à tort que ce dernier a agi en tant que co-intervenant ou encore qu'il confirme que tout ce qui est rapporté au dossier est vrai. Afin de réduire les risques à cet égard, l'Ordre recommande de faire précéder la contresignature de la mention *supervisée par...* Bien sûr, la simple signature du superviseur dans le dossier du client du supervisé ne lui suffit pas pour témoigner de son travail auprès du supervisé.

_LA SUPERVISION DES PSYCHOLOGUES OU AUTRES COLLÈGUES PROFESSIONNELS

Il est fréquent qu'un psychologue offre des services de supervision à un autre psychologue ou encore à un collègue membre d'un autre ordre professionnel. Avec l'entrée en vigueur prochaine du PL 21, étant donné l'obligation de s'engager dans des activités de formation continue en psychothérapie totalisant 90 heures sur cinq (5) ans, il est probable que les psychologues soient davantage sollicités à titre de superviseur.

Il va de soi, dans ce contexte, que le superviseur ouvre à l'intention du supervisé un dossier qui témoignera de son travail auprès de lui. Ce dossier fait état aussi des objectifs de la supervision, du programme mis en place et des modifications apportées en cours de route, de la teneur des échanges, de l'évolution du supervisé au regard des objectifs, de même que de ses suggestions et recommandations.

COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

50
ANS

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

- 25 mai et 22 juin 2012
- En anglais : 18 mai et 15 juin 2012

COMBIEN? 287,44 \$ (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

LA SUPERVISION D'ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES DANS LE CADRE D'UN EMPLOI

Dès l'entrée en vigueur du PL 21, des activités seront réservées aux psychologues. Afin que les étudiants en psychologie puissent exercer ces activités réservées dans le cadre de leurs stages ou internats et sous supervision, l'Ordre doit les autoriser par règlement à le faire.

L'Ordre étendra cette autorisation réglementaire aux doctorants² en psychologie qui exerceront les activités réservées sous la supervision d'un psychologue dans le cadre d'un emploi³. Ce règlement ne permet pas au doctorant d'avoir une pratique autonome. En effet, le doctorant n'est pas autorisé à recevoir sa propre clientèle ou à ouvrir son propre cabinet, même si ce faisant il s'engageait en supervision. Il est employé par un psychologue, qui agit à titre de superviseur ou qui le paire à un autre psychologue pour ce faire, ou par un organisme, établissement ou organisation, par exemple une commission scolaire, qui le rattache à un psychologue-superviseur. Le superviseur aura la responsabilité de déterminer si le doctorant possède les compétences pour exercer certaines activités réservées sous sa supervision auprès de la clientèle visée. Afin de déterminer le niveau de supervision qu'il doit lui offrir, il serait opportun qu'il s'entretienne avec le ou les superviseurs de stage ou d'internat du doctorant, notamment pour s'assurer de la correspondance entre les mandats couverts en stage ou en internat et ceux auxquels le doctorant aura à répondre en emploi et du degré d'autonomie dont celui-ci pourra disposer sans risque de préjudice à la clientèle.

La passation et la correction des tests

Il faut rappeler que l'utilisation des tests psychométriques n'est pas réservée (Desjardins, 2011), bien que ces outils prennent une place importante dans la réalisation d'activités réservées, notamment celles liées à l'évaluation des troubles mentaux et des troubles neuropsychologiques. Des psychologues se demandent si, dans le cadre de l'exercice de ces activités, il est possible de recourir à des doctorants qu'ils embaucheraient pour la passation et la correction de tests. Ils peuvent en effet le faire à la condition qu'ils s'assurent pour chaque cas que le doctorant possède les compétences requises à l'utilisation des tests pertinents, que celui-ci saisisse bien le mandat confié au psychologue-superviseur et qu'il reçoive la supervision nécessaire pour donner suite. Le résultat du travail du doctorant est ensuite intégré par le psychologue-superviseur, qui conserve la vue d'ensemble qu'il faut avoir et qui est alors en mesure de tirer ses conclusions sur le plan diagnostique.

Tel que dit, cette pratique doit être supervisée et il existe depuis près de 20 ans déjà des normes à cet égard réaffirmant clairement le rôle et les responsabilités du psychologue-superviseur. Pour ceux que cela intéresse, il se trouve dans la bibliographie

en fin de texte quelques références d'articles intéressants sur la question.

Le consentement libre et éclairé

Il est entendu que le client est au fait qu'une partie du travail d'évaluation sera faite par un doctorant à l'emploi du psychologue contractant, qu'il est informé du niveau de compétence de ce doctorant, du contexte de supervision et qu'il y consent. Il faut penser en effet que le client peut avoir choisi le psychologue pour sa notoriété et qu'il pourrait réagir au fait que ce ne soit pas celui-ci qui soit directement impliqué tout au long de l'évaluation. Rappelons à cet égard l'article 7 de notre Code de déontologie :

Le psychologue s'acquitte de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité, objectivité et modération.

Le psychologue évite toute fausse représentation en ce qui a trait à sa compétence, à l'efficacité de ses propres services ou de ceux généralement rendus par les membres de sa profession.

Il est important, enfin, que le dossier du client ou le rapport qui y est déposé rende compte de l'engagement et de la contribution du doctorant et du psychologue.

LE NIVEAU DE RESPONSABILITÉ DU SUPERVISEUR

Parmi les questions qu'a suscitées la chronique Dupuis (2011), il y a celles qui portent sur la responsabilité du superviseur. Voici quelques explications et précisions qui devraient permettre de voir plus clair.

La responsabilité professionnelle du psychologue-superviseur peut être engagée de deux façons⁴. Premièrement, il peut être tenu responsable de la faute commise par le supervisé, et ce, même sans faute de sa part. Il s'agit alors de la responsabilité du « commettant » envers son « préposé ». Ces règles varient en fonction du régime juridique en cause soit contractuel ou extracontractuel. Lorsqu'il y a un contrat liant le psychologue-superviseur à un client et que le supervisé intervient dans le cadre de la prestation convenue avec ce client, le « lien de préposition » entre le psychologue-superviseur et le supervisé n'a pas à être démontré. Il y a présomption de ce lien et la responsabilité du psychologue-superviseur pourra être engagée. Dans le cadre d'un régime extracontractuel, où il n'y pas de contrat liant le psychologue-superviseur à un client, ce lien de préposition, qui suppose de la part du superviseur un pouvoir de contrôle et de surveillance sur l'acte posé par le supervisé, devra être démontré si le dit client veut également poursuivre le psychologue-superviseur.

Le psychologue-superviseur, surtout lorsqu'il supervise un doctorant, peut être également tenu responsable de sa propre

faute si, par exemple, il délègue ou surveille de façon inappropriée, lorsqu'il n'obtient pas le consentement libre et éclairé du client quant à la participation du supervisé dans le cadre de la prestation de services ou encore lorsqu'il manque à son devoir d'enseignement.

Le psychologue-superviseur peut engager sa responsabilité pour une faute commise par lui ou par un doctorant qu'il supervise.

Enfin, un doctorant supervisé pourrait également être poursuivi civilement en cas de faute de sa part. Toutefois, n'étant pas un professionnel autonome et de ce fait ne pouvant contracter lui-même avec un client, seule sa responsabilité extracontractuelle, pourrait être engagée. Il nous apparaît toutefois important de mentionner que dans les faits rares sont les clients qui poursuivent les étudiants considérant particulièrement les autres possibilités de recours s'offrant à eux par le biais de la responsabilité du commettant envers son préposé.

Il est difficile, en quelques mots, de faire le tour de ce que le droit nous dit des responsabilités des superviseurs et nous sommes conscients que les quelques notions juridiques auxquelles nous référons puissent paraître rébarbatives pour le commun des psychologues. Toutefois, il faut retenir que le psychologue-superviseur peut engager sa responsabilité pour une faute commise par lui ou pour une faute commise par un doctorant qu'il supervise.

_CONCLUSIONS

Il est important de bien comprendre que superviser un étudiant ou un collègue c'est rendre un service professionnel au même titre qu'évaluer ou traiter un client. En effet, il faut reconnaître que le psychologue-superviseur est soumis aux mêmes obligations déontologiques et réglementaires que lorsqu'il réalise d'autres types de mandats. Parmi ces obligations, outre celles relatives à la qualité des services et à la tenue de dossier, le superviseur doit avoir une conduite irréprochable avec son client supervisé, prenant en considération qu'il occupe une position d'autorité et que son client pourrait être vulnérable ou relativement dépendant de lui.

_Références et bibliographie

- Bestawros, A. (2004). La responsabilité civile des résidents en médecine et de leurs commettants. *La Revue du Barreau*, 64, 1-56.
- Division 40 Task Force on Education, Accreditation, and Credentialing. (1989). Guidelines regarding the use of non-doctoral personnel in clinical neuropsychological assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 3(1), 23-24.
- Division 40 Task Force on Education, Accreditation, and Credentialing. (1991). Recommendations for education and training of non-doctoral personnel in clinical neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, 5(1), 20-23.
- Desjardins, P. (2008). Les ingrédients d'une supervision réussie. *Psychologie Québec*, 25(3), 13-14.
- Desjardins, P. (2011). À qui appartiennent les outils psychométriques? *Psychologie Québec*, 28(3), 8-9.
- Dupuis, D. (2011). La responsabilité du superviseur et la tenue de dossiers. *Psychologie Québec*, 28(6), 11-12.
- Festa, J. R., Barr, W. B., & Pliskin, N. (2010). The politics of technicians. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 506-517.
- Puente, A. A., Adams, R., Barr, W. B. et al., (2006). The use, education, training and supervision of neuropsychological test technician (psychometrists) in clinical practice. Official Statement of the National Academy of Neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*.

_Notes

- 1 Nous considérons que le superviseur est co-intervenant quand il est présent avec le supervisé auprès du client et qu'il intervient durant l'entrevue en alternance avec le supervisé ou à l'occasion, de façon spontanée ou concertée.
- 2 Le terme « doctorant » est utilisé dans ce texte pour désigner :
 - un étudiant inscrit à un programme d'études en psychologie qui conduit à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au permis délivré par l'Ordre des psychologues du Québec ou par un établissement d'enseignement situé hors du Québec de niveau équivalent et
 - une personne qui doit compléter un stage ou une formation aux fins de la reconnaissance d'une équivalence conformément au Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre des psychologues du Québec.
- 3 Il existe plusieurs documents normatifs sur la question de la supervision par les psychologues de non-psychologues et à qui on confie la passation et la correction des tests psychométriques. Par exemple : Standards for Psychologists Supervising Persons Not Regulated by the College of Alberta Psychologists, la quatrième section du code de déontologie des psychologues de l'Ontario, The ASPPB Guidelines for Supervision of Uncredentialed Personnel Providing Psychological Services, The CAP Standards for the Supervision of Provisional Registered Psychologists.
- 4 Les articles du Code civil auxquels il est intéressant de référer sont les suivants :

1457. Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.

Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel.

Elle est aussi tenue, en certains cas, de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde.
1463. Le commettant est tenu de réparer le préjudice causé par la faute de ses préposés dans l'exécution de leurs fonctions; il conserve, néanmoins, ses recours contre eux.



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 !

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

► NOUVELLES FORMATIONS: CAPSULES EXPRESS

Les capsules express sont des mini-informations de 3 heures.

Elle fournissent des balises et des outils concrets pour gérer différents aspects du travail avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité.

■ Troubles alimentaires et trouble de la personnalité

Gérer les particularités de l'évaluation et de la collaboration avec les médecins et les nutritionnistes. Choisir quand focaliser sur le comportement alimentaire et quand travailler sur les enjeux de personnalité.

■ Vos clients qui ont un proche souffrant de trouble de la personnalité

Mieux aider son client à comprendre la pathologie autrement qu'à travers les préjugés et les clichés, à mieux communiquer, à travailler son ambivalence entre la surprotection et le rejet et à connaître les mécanismes légaux qui encadrent la dangerosité.

■ Suicide et trouble de la personnalité

Balises pour identifier les signes d'une crise aiguë nécessitant des interventions inhabituelles qui sortent du cadre quand l'hospitalisation n'est pas indiquée, ainsi que les situations qui justifient une intervention d'urgence (loi P38).

■ Interventions psychoéducatives et trouble de la personnalité

À partir des connaissances cliniques et scientifiques les plus récentes issues de différentes approches (cognitivo-comportementale; psychodynamique; systémique), cette capsule suggère des explications vulgarisées à l'intention des clients.

■ Plan de traitement hiérarchisé et trouble de la personnalité

Choisir les cibles d'intervention prioritaires parmi la profusion et l'alternance des pathologies, symptômes et crises récurrentes que présente cette clientèle.

www.institut-victoria.ca

**Consultez notre site web ou contactez-nous
pour connaître les dates des différents ateliers.**

Formation continue

La reconnaissance des activités de formation continue en psychothérapie



Yves Martineau / Psychologue
Conseiller à la formation continue
ymartineau@ordrepsy.qc.ca

LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

La section III du règlement sur le permis de psychothérapeute¹, ci-après le règlement, qui édicte le cadre des obligations de formation continue prévoit que les membres de l'Ordre pratiquant la psychothérapie et les titulaires du permis de psychothérapeute (ci-après titulaires) doivent accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de cinq ans. Ce cadre leur impose aussi de choisir les activités de formation continue parmi celles prévues au programme d'activités de formation continue en psychothérapie adopté par l'Ordre des psychologues du Québec. Le conseil d'administration de l'Ordre a adopté par résolution² les modalités d'application du cadre réglementaire relatif à la formation continue en psychothérapie. Y sont notamment décrits, les types d'activités qui pourront être inscrites au programme ou reconnues autrement, le contenu et les caractéristiques des formations ainsi que les renseignements nécessaires à l'examen d'une activité de formation en vue de sa reconnaissance. En ce qui a trait au contenu, les activités de formation qui pourront être reconnues portent sur des sujets pertinents à la psychothérapie, par exemple les processus et les méthodes d'évaluation et d'intervention, les facteurs communs (la suggestion, les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle et les habiletés de communication), les outils critiques (les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative, les statistiques ainsi que la recherche qualitative, dont les modèles épistémologiques, entre autres, l'herméneutique et la phénoménologie), le développement humain et ses problématiques, la classification des troubles mentaux et la psychopathologie, le lien entre la biologie et la psychothérapie, incluant la psychopharmacologie, les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie et l'éthique et la déontologie.

Lorsqu'applicable, s'il s'agit de formation portant sur les approches d'intervention, par exemple, le contenu de l'activité devra être fondé sur les modèles théoriques d'intervention scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine, ce qui est le cas des modèles

cognitivo-comportementaux, psychodynamiques, systémiques et des théories de la communication ainsi qu'humanistes. Comme on peut le constater, les sujets peuvent être assez variés, mais c'est leur pertinence et leur utilité du point de vue du psychothérapeute qui seront considérées au moment de l'examen d'une demande de reconnaissance. Il incombe au dispensateur qui désire faire reconnaître une activité de formation continue d'en faire la démonstration, notamment en soumettant un descriptif de son activité.

La résolution du conseil d'administration de l'Ordre clarifie en outre que les heures de supervision seront aussi reconnues. Qu'il soit exigé que le psychothérapeute réalise un minimum de cinq heures de supervision sur une période de cinq ans tient au fait que la supervision est essentielle au maintien et au développement de la compétence du psychothérapeute, et ce, quelles que soient ses expériences ou qualifications. En effet, l'importance de la supervision n'est plus à démontrer considérant, par exemple, les difficultés à offrir des services à certains clients en raison de leur dynamique, parfois en raison du retentissement que certains autres pourraient avoir sur nous ou encore en raison de circonstances particulières. Dans un autre ordre d'idées, les heures de supervision de groupe pourront être reconnues à la condition que le contrat de supervision permette de distinguer les heures de supervision consacrées à soi et celles consacrées aux autres membres du groupe. Prenons l'exemple d'une supervision de groupe où sont engagés 4 participants ayant profité de 16 heures de supervision au total. De ce total, les 4 heures de supervision qui auront été consacrées personnellement à chacun pourront être cumulées pour répondre à l'obligation de compléter 5 heures de supervision par période de référence. Les 12 heures de supervision personnelle consacrées aux 3 autres membres du groupe pourront quant à elles être cumulées pour compléter l'obligation des 85 heures de formation continue restantes pour cette même période de référence.

Dans le calcul des heures à accumuler durant la période de référence de cinq ans, les superviseurs et les formateurs pourront se voir reconnaître leur contribution parce que la préparation d'une formation et l'activité consistant à offrir de la supervision requièrent le maintien de compétences spécialisées et qu'elles sont formatrices. En effet, la formation exige la mise à jour continue des connaissances et la supervision demande le maintien des compétences affective, réflexive et interpersonnelle. La résolution précise enfin certaines mesures d'encadrement (les mesures de contrôle, l'obtention d'une dispense, etc.) découlant de l'application du règlement.

_LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

La période de référence est la période fixée par le règlement qui détermine clairement pour tous à quel moment il sera possible de commencer à cumuler des heures de formation continue en psychothérapie et aussi à quel moment elle se termine. Cette période a été fixée par l'Office des professions, non par l'Ordre, et débute à la date d'entrée en vigueur des dispositions du PL 21 sur l'exercice de la psychothérapie. Les dates de début et de fin de période de référence sont importantes pour le calcul des heures de formation continue en psychothérapie devant être cumulées par chacun des membres. Il ne sera pas possible de considérer des formations hors période de référence lorsque viendra le temps de déterminer si un membre ou un titulaire a satisfait à l'exigence réglementaire. Un membre qui ne répond pas aux exigences de formation continue pourrait devoir faire face à une limitation de son droit d'exercer la psychothérapie alors qu'on pourrait suspendre le permis de psychothérapeute du titulaire en pareille situation. La période de référence étant la même pour tous, l'Ordre déterminera au prorata les exigences des membres et des titulaires après le début de la période de référence.

_MISE À JOUR DU SITE

Les sections du site Web de l'Ordre pour les psychologues et les titulaires sont en révision afin de mettre à leur disposition l'information et les documents pertinents. Un formulaire pour la reconnaissance de leur activité devra être rempli par les dispensateurs de formation continue en psychothérapie. Celui-ci, accompagné d'un guide, sera accessible en ligne sous peu. Des frais d'examen de la demande de reconnaissance sont à envisager ainsi que des frais pour l'inscription au programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre. Quant aux membres, ils pourront rendre compte des activités de formation continue réalisées en se servant d'un formulaire qui sera rendu accessible à cette fin après l'entrée en vigueur de la période de référence.

_PÉRIODE TRANSITOIRE DE SIX MOIS

Une période de transition de six mois permettra entre autres aux dispensateurs de formation continue de faire reconnaître leurs activités auprès de l'Ordre. Durant cette période, les membres et titulaires pourront enregistrer jusqu'à neuf heures de formation continue pertinente pour la psychothérapie sans que ces activités aient été préalablement reconnues par l'Ordre, pour autant que ces activités respectent les règles édictées dans la résolution. Après cette période de transition, seules les activités reconnues, soit celles apparaissant au programme de formation continue de l'Ordre, pourront être comptabilisées pour rendre compte des obligations réglementaires relatives à la formation continue en psychothérapie. Les membres et titulaires devront donc planifier leurs activités de formation continue en psychothérapie en consultant le programme de l'Ordre.

_LA RECONNAISSANCE DES FORMATIONS PAR L'ORDRE

Avant d'apparaître au programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre, les dispensateurs devront présenter une demande, laquelle sera examinée pour s'assurer que l'activité offerte respecte les critères prédéfinis pour la formation continue en psychothérapie. Pour être inscrite au programme de formation continue en psychothérapie, l'activité devra répondre à des critères qui sont dérivés de la résolution du conseil d'administration de l'Ordre sur les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie. Ceci implique que la formation a été préparée en considérant les besoins du psychothérapeute. Prenons l'exemple de la psychopharmacologie. Une formation portant sur l'effet des psychotropes sur le système nerveux central devient pertinente dans la mesure où le formateur s'intéresse aux besoins du psychothérapeute et à sa pratique. Ce lien n'a pas à être inféré par l'Ordre lors de l'examen de la demande, ni par le participant lors de la

**Psychologie
Corporelle
Intégrative**

www.institutpci.com



Montréal
(514) 383-8615

Extérieur de Montréal
1-877-383-8615

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

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

Début de la formation

Montréal
13 septembre 2012

Soirées d'information

Montréal
Vendredi, 27 avril 2012
Vendredi, 15 juin 2012

Développée depuis 1985

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

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

Programme offert au Québec et en Belgique.

André Duchesne, M. Ps., directeur de l'IPCI

Du même auteur que :

Des tout-petits jouent, parlent et... se transforment

Initiation à la pratique psychothérapeutique auprès de l'enfant

Le sexe du psychothérapeute et son influence en pratique infantile

« Pourquoi j'irais chez la psy, maman?... »

Voici :

Le mode de fonctionnement affectif de l'enfant

Son analyse par le jeu spontané

ISBN : 978-2-923656-26-7

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

www.groupeditions.com

ou

www.psychotherapieparlejeu.com

(onglet Ouvrages)



I N S T I T U T D E F O R M A T I O N
P S Y C H O T H É R A P I E P A R L E J E U
A U P R È S D E L ' E N F A N T

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

Durée : 24 heures

**Les 8 et 22 septembre &
6 et 20 octobre 2012**

**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

**Les 15 et 29 septembre &
les 13 et 27 octobre 2012**

RENSEIGNEMENTS ET PROCÉDURES D'INSCRIPTION :

www.psychotherapieparlejeu.com

formation. On devrait donc voir clairement dans le montage du descriptif de la formation (ou plan de cours) et le contenu abordé en cours d'activité ce lien avec la pratique de la psychothérapie.

_CONDITIONS OU EXIGENCES PARTICULIÈRES

À noter qu'il revient au dispensateur de décider de limiter l'accès à l'activité de formation continue qu'il compte voir reconnaître à des participants qui détiennent des compétences particulières, celles-ci pouvant être liées à un champ d'exercice, à une activité réservée ou à certain niveau d'expérience ou d'expertise.

_LA RECONNAISSANCE N'EST PAS UNE GARANTIE DE LA VALEUR SCIENTIFIQUE DU CONTENU DE L'ACTIVITÉ

Il faut aussi comprendre que la reconnaissance n'implique pas d'agréer, approuver ou reconnaître la qualité du matériel ou de la preuve scientifique sur lesquelles s'appuie le formateur pour offrir la formation. Alors qu'on sait qu'il y a autant de systèmes pour juger du niveau de preuve scientifique que de lignes directrices et d'organisations professionnelles intéressées, il n'est pas du mandat d'un ordre professionnel de statuer sur ces questions. C'est toutefois une bonne pratique de témoigner du niveau de preuve empirique atteint par les méthodes ou techniques d'évaluation ou d'intervention enseignées, des sources retenues, etc. Enfin, l'Ordre prend les dispositions pour obtenir des dispensateurs un descriptif (ou plan de cours) des activités de formation continue suffisamment détaillé pour permettre aux participants potentiels de faire un choix éclairé et judicieux parmi les activités apparaissant à son programme.

_LA VALEUR DES ACTIVITÉS DE FORMATION NON RECONNUES

Tout engagement en formation continue autre qu'en lien avec l'exercice de la psychothérapie n'est pas encadré de façon réglementaire. Par ailleurs, seul le code de déontologie oblige au maintien et au développement des compétences sans que cela ne soit formalisé autrement. Ainsi, une activité de formation continue peut être tout à fait pertinente pour la pratique professionnelle de la psychologie et ne pas être reconnue dans le cadre des obligations relatives à la formation continue en psychothérapie.

_PUBLICITÉS DANS *PSYCHOLOGIE QUÉBEC*

Les activités de formation annoncées dans le magazine *Psychologie Québec* n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une reconnaissance en tant que tel. Seules les activités de formation arborant le sceau de reconnaissance de l'Ordre sont « reconnues » pour le calcul des heures de formation continue en psychothérapie à cumuler.

_DEMANDE INDIVIDUELLE DE RECONNAISSANCE D'ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE ET GESTION DES EXCEPTIONS

Comme précisé précédemment, ce sont les dispensateurs qui devront présenter une demande de reconnaissance pour que leur activité de formation continue soit reconnue, puis inscrite au programme de l'Ordre. Les membres et titulaires pourront cependant, exceptionnellement, présenter une demande individuelle de reconnaissance pour :

- des activités réalisées dans des institutions d'enseignement reconnues, comme les collèges et universités, qui mènent à l'obtention de crédits et d'un relevé de notes officiel;
- des activités réalisées en dehors du Québec et offertes, par exemple, par la Société canadienne de psychologie ou encore par l'American Psychological Association sauf s'il s'agit d'activités de lecture et d'écriture qui ne répondent pas aux critères établis.

À ce titre, toute demande de reconnaissance individuelle, pour être recevable, doit pouvoir être appuyée par des pièces justificatives en français ou en anglais. Il incombe au demandeur de produire le cas échéant les traductions nécessaires.

_CONSERVATION DES PIÈCES

Afin que l'Ordre puisse réaliser les vérifications d'usage, les membres et titulaires doivent conserver les pièces justificatives à l'appui de leurs demandes de reconnaissance individuelle ou de leurs déclarations. On pense en particulier aux relevés de notes et aux contrats convenus avec des supervisés et des superviseurs.

_Notes

- 1 Code des professions; L.R.Q., c. C-26, a. 187.1, 3^e al., a. 187.3.1, a. 187.3.2 et a. 12.2
- 2 <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/projet-de-loi-21/formation-continue-obligatoire.sn>

Portrait

Nelson Tardif, un psychologue au nord du 55^e parallèle

Il avait prévu partir pour 2 ans. Après 18 ans, il est toujours au nord du 55^e parallèle. Natif de la Rive-Sud (Montréal), Nelson Tardif réside dans le village de Kuujuaq au Nunavik. Psychologue pour le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava depuis 1994, il travaille actuellement pour le programme Famille, Enfance, Jeunesse du CLSC. Dans une entrevue téléphonique, il nous a parlé de son parcours atypique et des conditions d'exercice de sa profession là où sifflent les blizzards et où l'imprévu est la norme.

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

Nelson Tardif nous informe d'emblée qu'il est assez volubile. Sur son parcours étonnant, il en a effectivement long à dire. Il a d'ailleurs pris l'initiative de nous acheminer un document de son cru intitulé *Petit lexique d'un psychologue oeuvrant dans le Grand Nord québécois*. Voici la définition qu'on retrouve à la lettre « P » :

Peut-être (*Maybe*) : terme à utiliser dans le Grand Nord pour celui qui veut passer du bon temps et éviter autant que possible les frustrations et le stress.

D'une certaine façon, cette philosophie caractérise le cheminement de Nelson Tardif, un professionnel qui s'est laissé guider par ses instincts et par les opportunités. Expatrié depuis tant d'années, compte-t-il terminer sa carrière au Nord? Peut-être que oui. Peut-être que non.

_LA CURIOSITÉ ET LES DIFFÉRENCES CULTURELLES COMME FIL CONDUCTEUR

« Ce qui m'intéresse, c'est le petit mécanisme derrière toute chose », explique Nelson Tardif. Enfant, il aimait démonter des appareils pour en saisir le fonctionnement. Aujourd'hui, il lit des biographies pour comprendre comment des gens en arrivent à faire ce qu'ils font. Il s'intéresse aussi aux différences culturelles et en particulier à leurs impacts sur la prestation de services chez les enfants et adolescents inuits qui consultent un psychologue dans un milieu nordique.

Même loin des grands centres, le professionnel tient à garder ses connaissances à jour : lecture de livres et magazines spécialisés, fréquentation du site Web de l'APA et, lorsqu'on lui permet, participation à des ateliers de formation durant ses vacances trimestrielles.

À Kuujuaq, où il y a un seul restaurant et un cinéma, les possibilités de divertissement sont limitées, de même que les activités sportives. « On se fait des soupers entre amis », dit-il. Mais sa vie demeure solitaire, centrée sur l'écriture, la musique et le travail. Or du travail, il n'en manque pas. C'est d'ailleurs ce qui explique le fait qu'il ne soit jamais reparti. Il y a trop à faire dans le Nord. Trop à bâtir. Trop à réparer...

_AU GRÉ DU HASARD

Nelson Tardif a grandi à Ville Jacques-Cartier – un quartier ouvrier qui fait aujourd'hui partie de Longueuil. Il qualifie lui-même son

parcours « d'hétéroclite ». Ses parents étant peu scolarisés, il a dû s'organiser seul pour faire ses devoirs lorsqu'il était petit. « Ça m'a amené, dit-il, à développer ma débrouillardise. » À 18 ans, il s'est enrôlé dans l'aviation et a été formé comme contrôleur de trafic aérien. Mais il a quitté ce domaine deux ans plus tard, notamment parce qu'un psychologue de l'armée l'avait convaincu de poursuivre ses études.

Les années suivantes, il a étudié tout en occupant divers postes choisis au hasard des opportunités. Il a été aide-cuisinier et même enquêteur pour l'Ordre des optométristes et des podiatres. Intéressé par la criminologie, la biologie et la psychologie, Nelson Tardif avait fait des demandes d'admission dans les trois disciplines. C'est le destin qui l'a conduit vers le Département de psychologie de l'Université de Montréal : « Je m'étais dit que j'accepterais la première réponse que je recevrais. »

Il a confirmé son intérêt pour le domaine en travaillant, parallèlement à ses études, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu comme préposé aux bénéficiaires et éducateur. Les notions présentées dans le cours de psychopathologie n'étaient pas abstraites pour lui. « J'ai déjà fait un service privé pendant 7 heures à l'hôpital dans une petite chambre en compagnie d'un bipolaire en phase maniaque », relate celui qui a obtenu sa maîtrise en 1981 et complété sa scolarité doctorale en 1993.

_PARTIR POUR LE NORD. SANS PLAN PRÉCIS.

De 1984 à 1994, Nelson Tardif a pratiqué comme psychologue dans le milieu scolaire, dans le milieu carcéral et dans le secteur privé. Formé dans le domaine des toxicomanies, il a été coordonnateur dans un centre de réadaptation en toxicomanie avec les adolescents et les adultes en plus d'avoir été l'un des deux intervenants sélectionnés au Québec pour participer à des formations pancanadiennes en toxicomanies à Dartmouth en Nouvelle-Écosse.

Son départ dans le Grand Nord s'est organisé à peu près de la même manière que le reste de son parcours, c'est-à-dire spontanément. L'idée lui est venue en voyant l'affichage d'un poste de psychologue pour la protection de la jeunesse. « J'ai passé l'entrevue et j'ai eu le poste », résume Nelson Tardif. Il s'est envolé vers Kuujuaq en 1994. Ses premières impressions en sortant de l'avion? « Il faisait chaud », se souvient le psychologue. Son baptême du Nord s'est effectué un 6 septembre, avant les grands froids.

_LES DISTANCES

Nelson Tardif a assumé diverses responsabilités pour le même employeur, dont un poste de psychologue au centre de réadaptation pour adolescents à Salluit – avant-dernier village au Nord-du-Québec, à cinq heures de vol de Kuujuaq. De 1999 à 2007, il a vécu dans ce milieu très isolé. Il n'y a aucune route qui relie Salluit ou Kuujuaq aux autres communautés du Nord ou aux autres régions du Québec. Les déplacements se font toujours en avion. L'éloignement des proches n'est pas toujours facile. « C'est beaucoup de sacrifices », résume Nelson Tardif.

De son point de vue, une certaine distance existe aussi entre les « gens du Sud » et les Inuits. Il explique : « En général, ce n'est pas facile pour un Inuit de se lier d'amitié avec une personne qui vient d'ailleurs, car ces personnes restent quelques mois, quelques années, puis quittent pour de bon. »

Mais lui n'est pas reparti. Et au fil du temps, il a constaté des changements au sein des communautés. Mais entre l'idée et la concrétisation d'un projet, des années peuvent s'écouler. Par exemple, un premier *Group Home* – l'équivalent d'un petit centre jeunesse – vient d'être ouvert et peut accueillir environ 4 enfants de 6 à 12 ans dont les parents ne peuvent plus s'occuper. Or il entend parler de ce projet depuis son arrivée dans le Nord. Il y a 18 ans.

_UN PEUPLE EN MUTATION

Depuis la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois en 1975, le paysage nordique a changé, de l'avis de ce témoin privilégié. Des entités comme l'Administration régionale Kativik, la Société Makivik, la Commission scolaire Kativik ont été créées dans la foulée de la Convention. Les services de santé ont été restructurés avec la mise sur pied d'un hôpital à Kuujuaq et à Puvimituq et la construction d'habitations dans la plupart des villages nordiques. D'après Nelson Tardif, ces changements ont eu un effet non négligeable sur le mode de vie des Inuits, leur culture, leur identité, leurs traditions et leurs valeurs.

Il y a eu aussi tous ces travailleurs et ces professionnels du Sud qui se sont joints progressivement à une main-d'œuvre locale non qualifiée et peu instruite, emportant avec eux leurs propres cultures, leurs normes et leur langue. Nelson Tardif considère que, sans s'en rendre compte, le peuple inuit est embarqué de plain-pied avec le XX^e siècle et que cela exigera un effort d'adaptation malgré des remparts de protection instaurés pour protéger la langue et la culture.



Nelson Tardif, psychologue

« De nos jours, les Inuits plus âgés peinent à suivre le mouvement effréné de la modernisation qui les remet en question, tandis que les plus jeunes saluent les nouvelles technologies et leurs dérivés de même que l'ouverture sur le monde en voyageant et en suivant la mode », observe-t-il.

_SE COMPRENDRE, AU-DELÀ DES MOTS

La majorité des Inuits parlent anglais et Inuktitut. Quelques-uns parlent français. Nelson Tardif fait la plupart de ses entrevues en anglais. Il lui arrive d'avoir recours à un interprète. Mais l'intervention dans ce contexte n'est pas facile : « Souvent, il faut attendre plusieurs minutes avant d'avoir une réponse de l'interprète à une question toute simple. » Et c'est sans compter les possibles distorsions inhérentes aux traductions qui peuvent fausser la pensée de l'enfant ou l'adolescent, ou encore les résultats de tests qu'il dit devoir interpréter avec prudence.

Dans le cadre de sa pratique, Nelson Tardif réalise des évaluations psychologiques à la demande des médecins, des travailleurs sociaux et des assistantes sociales des diverses communautés desservies. Le psychologue doit souvent faire preuve de créativité pour parvenir à effectuer sa cueillette de données. Parfois, il doit bâtir lui-même ses propres questionnaires pour faire des entrevues semi-structurées. Il décrit son approche thérapeutique comme étant « éclectique et taillée suivant le développement de l'enfant, sa maturité, la langue parlée et les troubles psychologiques qu'il manifeste ». Elle englobe la thérapie par le jeu et une approche cognitive-behaviorale.

Il utilise des tests standardisés, mais les protocoles doivent parfois être adaptés selon les besoins de l'enfant. Par exemple, suite à son entrevue clinique, il peut choisir de n'utiliser que la partie non verbale d'un test d'intelligence avec un enfant qui parle peu anglais. Les tests projectifs comme le Rorschach, d'après son expérience, donnent des réponses minimales. Mais il y a des exceptions : « Les enfants aiment dessiner et parfois raconter des histoires avec le C.A.T. »

_APRÈS LES CLICHÉS : LA (DURE) RÉALITÉ

« En 18 ans, j'ai vu un seul igloo construit par un Inuit dans une communauté lors de festivités », lance Nelson Tardif. Mais il confirme ce qu'on entend souvent, à savoir que vivre dans le Grand Nord est très couteux. « En gros spécial, une cannette de boisson gazeuse peut se vendre deux dollars », illustre-t-il. Lors de la discussion, le psychologue s'attarde peu à ces stéréotypes à propos du Nord. C'est la dimension humaine qui l'intéresse.

Comme on peut s'y attendre, sa réalité de travail comporte de nombreux défis. L'un d'eux consiste à mobiliser les parents dans les plans d'intervention. « La thérapie familiale, dit-il, il ne faut pas trop y penser. » Il explique que plusieurs parents ne se présentent pas aux rendez-vous ou ne comprennent pas que leur conduite a une influence sur le bien-être de leurs enfants. Il y a aussi la langue qui peut empêcher les parents de s'impliquer. Et les problèmes personnels.

D'après Nelson Tardif, la promiscuité créée par le manque de logements n'est pas étrangère au maintien des difficultés dans certaines familles. L'alcool est un autre facteur fragilisant pour les parents, mais certains aspects culturels peuvent aussi entrer en jeu selon lui. Il croit que l'exposition aux sévices, à la violence ou à la consommation d'alcool, de drogue dans la famille peut accroître le risque que des *patterns* se reproduisent d'une génération à l'autre. La patience et la persévérance sont indispensables dans son travail : « J'essaie de démontrer aux enfants et aux

adolescents que les choses peuvent se passer autrement. Mais ça peut prendre un certain temps avant de gagner leur confiance et qu'ils se sentent en sécurité. »

_LE BRUIT DES BLIZZARDS. LA LUMIÈRE DES SOURIRES.

C'est à Salluit que Nelson Tardif dit avoir expérimenté les plus beaux blizzards. « À 50 pieds, dit-il, on ne peut apercevoir un avion. » Mais les tempêtes peuvent être dangereuses dans un milieu aussi rude : « Un soir, le vent a soufflé tellement fort qu'il a coupé le fil électrique qui raccordait l'immeuble où j'habitais au poteau de téléphone. » Résultat : panne d'électricité pendant 3 jours alors qu'il faisait près de - 40 degrés dehors. Donc, trois jours sans se laver, sans pouvoir manger ni se chauffer dans son appartement...

« Le peuple inuit a une histoire de survie à raconter », soutient Nelson Tardif. Il considère que les gens du Nord ont beaucoup à apprendre aux gens du Sud ou, du moins, à certains d'entre eux, la première leçon étant le respect d'une autre culture et de ses gens. Le psychologue est fasciné par le sourire lumineux des Inuits. Il lui arrive de croiser d'anciens patients, et quelques-uns l'interpellent parfois par son prénom en lui souriant. Il dit se satisfaire de ces petites marques de reconnaissance et de complicité : « Je suis *peut-être* naïf, mais je me dis que j'ai *peut-être* pu leur insuffler quelque chose de bien... »



Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Formation en hypnose clinique

FORMATION DE BASE

29, 30 SEPTEMBRE ET 13, 14 OCTOBRE 2012

À MONTRÉAL

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

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

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

Intégration du cycle de la vie

Avec **Peggy Pace**, MA, LMHC, LMFT

FORMATION AVANCÉE - 21 ET 22 SEPTEMBRE 2012

À MONTRÉAL

Formation de base en ICV requise.

Membres et non membres de la SQH sont les bienvenus.

25^e Congrès de la SQH

16 ET 17 NOVEMBRE 2012

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

Visitez notre site : www.sqh.info

Renseignements : 514 990-1205



L'Institut de formation
en thérapie comportementale
& cognitive

INSTITUT D'ÉTÉ



Matthieu Villatte, Ph.D.,
Université de Louisiane à Lafayette
(États-Unis)

Maîtriser la pratique expérimentielle de l'ACT avec la Théorie des Cadres Relationnels

Cette formation d'un ou deux jours présente la Théorie des Cadres Relationnels (TCR), une approche comportementale du langage et des cognitions à la base de la **Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT)**, qui permet de développer une pratique expérimentielle à la fois scientifique, efficace et humaniste.

● **Dates et lieu:** Le(s) 12 et/ou 13 juillet 2012 à **Montréal**

1^{ère} journée (12 juillet) : L'apprentissage de la TCR et de son utilisation pratique.

2^e journée (13 juillet) : Exercices pratiques, jeux de rôle.

1 jour : 150,00 \$ + taxes 110,00 \$ + taxes (étudiant)

2 jours : 275,00 \$ + taxes 190,00 \$ + taxes (étudiant)

*S'adresse à un **public avancé** dans le domaine de la thérapie comportementale et cognitive, ayant une connaissance de l'ACT.*

AUTRES FORMATIONS

- Thérapie de couple (17-18 mai à Québec), par Jean-Marie Boisvert, Ph.D. & Madeleine Beaudry, Ph.D.
- Troisième vague et troubles anxieux (7-8 juin à Sherbrooke), par Frédérick Dionne, Ph.D.

Information et inscription au:

 **IFTCC.COM**

NOUVEAU

SUPERVISION

L'IFTCC offre de la supervision professionnelle!

Visitez notre site pour consulter notre banque de superviseurs.
Inscrivez-vous en tant que superviseur sur **www.iftcc.com**.

Congrès 2012

50 ans à changer le monde, ça se fête!

Du 25 au 27 octobre prochain, à l'hôtel Hilton Bonaventure de Montréal, se tiendra le congrès de l'Ordre des psychologues, qui soulignera à cette occasion les 50 ans d'existence de la profession au Québec.

Le comité organisateur et le comité scientifique vous réservent une programmation riche, variée, et festive! Un prix forfaitaire inclura tous les repas, toutes les activités de formation continue et les activités de célébration.

Le programme du congrès vous sera envoyé en même temps que l'édition de juillet du magazine *Psychologie Québec* et sera également accessible sur le site Web de l'Ordre.

_UN VISUEL QUI NE PASSERA PAS INAPERÇU!

Le visuel développé pour représenter le thème *50 ans à changer le monde* se veut coloré, joyeux et animé. Les éléments graphiques en superposition rappellent le mouvement et l'évolution de la profession de psychologue. Bien que le « 50 » soit bien en évidence, le graphisme choisi mise sur le modernisme : une image éclatante, pleine de vitalité, qui sera prochainement exploitée dans toutes les communications entourant le congrès.

_25 OCTOBRE

SÉMINAIRE PRÉCONGRÈS SUR LA PLEINE CONSCIENCE (*MINDFULNESS*)

Lors du sondage réalisé auprès de tous les membres en novembre dernier, vous avez été nombreux à nous proposer de tenir un atelier sur la pleine conscience (*mindfulness*). Le comité scientifique vous a entendu et vous propose un séminaire précongrès de grande qualité le 25 octobre avec le Dr Pierre Philippot, psychologue belge reconnu internationalement pour ses travaux sur la pleine conscience, professeur à l'Université de Louvain et président de l'Institut des sciences psychologiques. La pleine conscience est une intervention psychologique qui peut être utilisée à l'intérieur de toutes les approches théoriques. Elle vise à favoriser une meilleure régulation émotionnelle et peut être bénéfique dans le traitement de différentes problématiques, dont le stress et la dépression.

_26 ET 27 OCTOBRE

LES CONFÉRENCES MATINALES, POUR DES DÉJEUNERS INSPIRANTS

Les 26 et 27 octobre, tous les congressistes seront invités à entendre une conférence matinale tout en déjeunant. Ces conférences vous livreront une réflexion autour de la profession ou de la santé mentale. Elles vous inspireront, tout simplement, pour bien commencer la journée!

DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE RÉPONDANT À VOS BESOINS

Les activités de formation qui concerneront la psychothérapie seront toutes reconnues par l'Ordre, ce qui vous permettra d'accumuler une partie de vos 90 heures de formation continue sur cinq ans. Différents types d'activité vous seront présentés : le séminaire précongrès, les ateliers de Grands maîtres, les ateliers État des connaissances, les ateliers Pratique professionnelle et les ateliers de formation.

• ATELIERS DE GRANDS MAÎTRES

Le Québec peut compter sur des formateurs d'expérience, qui sont reconnus pour leur expertise particulière et qui possèdent une importante renommée internationale. Les ateliers de Grands maîtres vous proposent cinq heures de formation avec l'un de ces psychologues de vocation : les D^{res} Monique Brillon et Estelle Morin et les D^{rs} Pierre Cousineau, Gilles Delisle et John Wright. Le sujet de leurs ateliers sera révélé dans la programmation complète!

• ATELIERS ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce type d'atelier, d'une durée de deux heures, vous convie à rencontrer des chercheurs qui vous livreront leurs résultats de recherche appliquée à vos considérations cliniques. Vous serez ainsi mieux informés sur l'état des connaissances dans différents domaines. La synthèse qui vous sera présentée vous évitera peut-être des heures et des heures de lecture!

• ATELIERS PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Puisque vous êtes nombreux à vous questionner sur différents dossiers de nature professionnelle, ce type d'atelier vous permettra de venir non seulement entendre des représentants de l'Ordre livrer leur mise à jour, mais aussi de poser vos questions aux intervenants qui pourront y répondre. Bien entendu, la loi 21 fera partie du lot d'ateliers proposés!

• ATELIERS DE FORMATION

Les ateliers de formation traditionnels seront évidemment au cœur de la programmation. Afin de satisfaire les psychologues de tous les secteurs de pratique, le comité scientifique a retenu les ateliers les mieux notés lors du sondage envoyé en novembre dernier ainsi que les suggestions les plus fréquentes. Ces ateliers seront offerts en format de trois et cinq heures.

25 OCTOBRE

LA SOIRÉE D'OUVERTURE : CONFRONTEZ VOTRE OPINION À CELLE DU PUBLIC!

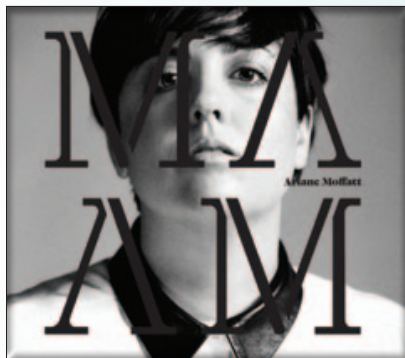
La soirée d'ouverture promet d'être un moment fort du congrès 2012. Un court hommage à l'histoire de la profession lancera les festivités du 50^e anniversaire. Par la suite seront présentés les résultats d'un sondage réalisé à la grandeur de la province sur les perceptions du public à l'égard des psychologues et de la santé mentale. À l'aide de télévotants, vous serez appelés à confronter votre opinion à celle du public. Que croyez-vous que répondront les Québécois à la question « Combien coûte une séance de psychothérapie? » ou encore « Combien de séances sont-elles nécessaires pour traiter une dépression? » Étonnements et rires seront au rendez-vous!



26 OCTOBRE

LA SOIRÉE DU 50^e ANNIVERSAIRE

REMISE DE PRIX MAGISTRALE, GRANDIOSE BANQUET ET SPECTACLE D'ARIANE MOFFATT



C'est dans une salle de bal pouvant accueillir près de 1000 personnes que se tiendra cette grande soirée du 50^e anniversaire de l'Ordre. Les congressistes auront d'abord le plaisir de souligner l'excellence de la profession en assistant à la remise des Prix de l'Ordre. Le Prix professionnel, récompensant un psychologue pour une ou des réalisations remarquables, le Prix de la santé et du bien-être psychologique, remis à une personne ou une organisation pour sa contribution significative à l'amélioration de la santé mentale dans la population, le Prix du Conseil interprofessionnel du Québec, attribué à un psychologue pour son engagement auprès du système professionnel, ainsi que le prix Noël-Mailloux, décerné à un psychologue pour l'ensemble de sa carrière marquée par l'excellence, seront à l'honneur. La soirée se poursuivra avec un banquet quatre services où les saveurs éveilleront vos esprits. Ce moment vous permettra de discuter allègrement avec vos collègues! Enfin, un spectacle privé d'Arian Moffatt présentera ses succès radiophoniques ainsi que les compositions de son plus récent album. Le son et l'éclairage vous transporteront littéralement dans un tout autre univers!

> La supervision efficace : LA PRIMAUTÉ DU SAVOIR-ÊTRE

_La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique



Dr Conrad Lecomte / Psychologue

Professeur honoraire, Université de Montréal, professeur associé
à l'Université du Québec à Montréal et à l'Université de Paris 8

Tôt ou tard, tout psychothérapeute, quelle que soit son approche, est confronté à des impasses thérapeutiques ou à des situations complexes qui l'amènent à s'interroger sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation thérapeutique (Lecomte, 1999). Des situations complexes où le psychothérapeute a l'impression d'avoir tout essayé avec peu ou pas de progrès. De telles expériences invalidantes sont des plus déstabilisantes. Quand le doute, la honte, l'impuissance et l'incertitude viennent hanter le psychothérapeute, les risques de découragement, d'épuisement émotionnel ou encore de désabusement sont fréquents. Peu de recherches ont porté sur cette problématique. Les quelques enquêtes réalisées auprès de psychothérapeutes offrent des résultats déroutants. L'une d'entre elles, réalisée par l'APA (2010), indique que 50 % des psychothérapeutes rapportent avoir vécu de grandes difficultés professionnelles accompagnées d'expériences d'épuisement professionnel, d'anxiété et de dépression et 18 % rapportent avoir eu des idées suicidaires. Dans d'autres enquêtes, plus de 60 % dans deux échantillons de 1000 et de 800 psychothérapeutes rapportent avoir vécu des expériences de dépression et eu des

pensées suicidaires variant de 29 % à 42 %, et 4 % rapportent avoir fait des tentatives de suicide (Gilroy, 2002; Pope et Tabachnick, 1994). Plus troublant, pendant qu'ils vivaient des expériences personnelles et professionnelles incapacitantes et déstabilisantes, 60 % des psychothérapeutes ont maintenu leur pratique professionnelle (Pope *et al.*, 1987). Ces expériences sont souvent vécues dans la solitude et l'isolement (Guy, 1985). Face à leurs difficultés professionnelles, peu de psychothérapeutes consultent, soit par manque de temps ou par honte, d'autres sont inquiets des enjeux de la confidentialité et d'autres encore disent ne pas connaître de ressources fiables (APA, 2010).

_QUELS SONT CES MOMENTS ET CES SITUATIONS DIFFICILES?

Un des défis, souvent mésestimé, qui attend le psychothérapeute est d'établir une alliance thérapeutique avec des personnes qui n'ont pas ou peu vécu l'expérience de liens émotionnels fiables, qui de surcroît ont parfois accumulé des expériences d'exclusion, de marginalisation et de désaffiliation, voire de stigmatisation. Ces expériences peuvent varier considérablement et affecter leurs

LES PSYCHOLOGUES NOUS DISENT COMMENT Y ARRIVER



perceptions de ce qui est, ou non, fiable, aidant et utile. Il n'est pas simple d'établir et de maintenir un lien émotionnel de confiance avec une personne qui, suite à des expériences négatives, a élaboré un système de survie fondé sur des convictions émotionnelles autoprotectrices rigides. Des clients qui ont la conviction profonde que les autres vont les trahir ou les abandonner tôt ou tard, ou encore qui n'ont connu que des relations d'imprévisibilité ou d'exploitation et de sévices auront tendance à exclure ce qui est ressenti comme inacceptable, intolérable ou trop dangereux dans leur interaction avec le psychothérapeute. Comment alors établir et maintenir une alliance thérapeutique? C'est à travers des expériences mutuelles de dialogue émotionnel fondé sur des expériences de régulation interactive verbales et non verbales dans lesquelles le client se sent compris, entendu, respecté et validé que le lien émotionnel de confiance se construit et que des objectifs et des tâches thérapeutiques sont négociés. Ce processus repose sur la capacité du psychothérapeute à parvenir à une synchronisation harmonieuse et authentique, et ce, tant sur les plans des modalités explicites et implicites, verbales et non verbales que des rythmicités qui leur sont attachées, au travers de l'accomplissement de tâches et de la réalisation d'objectifs souvent renégociés. Y parvenir et, dans le même temps, demeurer réflexif, voilà un processus complexe. Reconnaître que toute relation thérapeutique est un processus dynamique non linéaire où deux personnes tentent d'être en « accordage » émotionnel pour réaliser des objectifs et des tâches thérapeutiques correspond bien à la réalité de ce processus.

L'interaction complexe entre l'expérience subjective du client et celle du psychothérapeute conduit inévitablement à des moments de tension, voire de ruptures et d'impasses relationnelles (Lecomte *et al.*, 2004). Disponibilité émotionnelle à soi et disponibilité à l'autre occupent une place centrale dans ce processus d'accordage avec le client et cette recherche d'un lien émotionnel avec lui. L'alliance thérapeutique n'est jamais établie une fois pour toutes. En tout temps, le psychothérapeute et le client se doivent d'être attentifs à la régulation mutuelle du lien. En effet, dès que l'accordage émotionnel fluctue, dès que le client se sent bousculé par un changement de rythme par le psychothérapeute, l'alliance est perturbée. Comme le démontrent les recherches et la pratique clinique, des fluctuations et des ruptures relationnelles sont inévitables (Lecomte *et al.*, 2004). Il est en

effet impossible à un psychothérapeute de répondre à tous les espoirs relationnels d'un client. En particulier lorsque l'on sait que la majorité d'entre eux n'ont que peu, voire jamais, vécu de tels liens fiables. En ce sens, l'alliance thérapeutique a donc aussi un potentiel de faire revivre des expériences traumatisantes quand le psychothérapeute déçoit les espoirs relationnels du client et, plus encore, quand il n'arrive pas à restaurer un lien de confiance qui avait été établi.

La majorité des psychothérapeutes éprouvent beaucoup de difficultés à gérer ces fluctuations dans l'alliance. De plus en plus de recherches viennent souligner que la plupart éprouve d'énormes difficultés dans les situations de conflits ou de tensions interpersonnelles liées à l'érotisation de la relation ou à la passivité et l'évitement (Binder et Strupp, 1997, dans Lecomte *et al.*, 2004). Quelle que soit l'approche théorique, plusieurs études démontrent que les thérapeutes éprouvent de la difficulté à répondre de façon optimale à des réactions négatives soutenues de clients (ex. : colère, critiques, revendications, méfiance). Dans l'idéal, un psychothérapeute espère arriver à maintenir – ou à la restaurer quand il la perd – une position de respect, d'empathie, de disponibilité émotionnelle et de chaleur tout au long du processus thérapeutique. Les recherches nous informent pourtant que la majorité des psychothérapeutes réagissent de façon émotive en exprimant ouvertement leur colère, ou en n'étant plus disponibles, ou en ayant des conduites d'évitement, ou en exprimant subtilement leur rejet ou, plus fréquemment encore, en manifestant une attitude dépréciative (Lecomte *et al.*, 2004). D'autres vont se sentir dépassés, voire honteux. Ce sont les comportements hostiles des clients qui semblent les plus problématiques pour les psychothérapeutes, la plupart d'entre eux réagissant alors avec hostilité à l'hostilité (Lecomte *et al.*, 2004). Craignant les réactions de leurs psychothérapeutes, plusieurs clients préfèrent dissimuler ou éviter de leur faire part de leurs expériences négatives. Les clients qui ont osé aborder ces expériences négatives en thérapie rapportent pour la majorité ne pas s'être sentis entendus. Ces profondes incompréhensions aboutissent souvent à des impasses, des abandons et à des résultats désastreux (Lecomte *et al.*, 2004). Dans de tels moments de tension, certains psychothérapeutes se réfugient dans l'application rigide d'une approche ou de procédures et de techniques. Des recherches associent ces comportements soit à l'abandon, soit à des effets négatifs. Il faut

peut-être rappeler que le taux d'abandon du processus thérapeutique est évalué à 47,2 %. Il varie de 50 à 70 % pour les troubles mentaux graves, les troubles alimentaires et le stress post-traumatique. On évalue que 5 à 10 % de clients ont vécu des effets de détérioration suite à un processus thérapeutique (Lecomte, 2012).

Un autre défi est d'arriver à ce que le client se sente validé et compris de façon soutenue dans le processus thérapeutique en recherchant une position au plus près de lui pour en arriver à considérer avec lui les enjeux et les risques du changement. Arriver à donner du sens à des communications ambiguës, difficiles à déchiffrer en recherchant leur contexte exige un haut degré d'engagement et de disponibilité émotionnelle et cognitive. Cette expérience devient encore plus difficile lorsqu'il s'agit d'écouter des mises en récit de vécus parfois à la limite du supportable, voire de l'indicible. Au cœur de ce travail thérapeutique se dégage de façon centrale et déterminante la capacité du thérapeute de s'engager dans des relations intenses et chargées émotionnellement qui, tout en précisant un cadre essentiel, cherche à demeurer ouvert, flexible et réflexif. Dans des situations et des moments difficiles, le thérapeute doit être capable de tolérer, contenir des expériences émotionnelles intenses de l'autre et de soi, tout en demeurant réflexif, flexible et disponible. Comment accompagner et aider l'autre dans sa détresse, sa souffrance compte tenu de sa propre histoire de souffrance émotionnelle? Comment arriver à apprivoiser sa souffrance pour l'utiliser en thérapie afin d'accompagner la souffrance de l'autre? Comment le thérapeute peut-il arriver à s'utiliser surtout émotionnellement quand fondamentalement, comme le souligne si bien Alice Miller (Lecomte, 2011), la plupart des psychothérapeutes se sont chacun à leur manière construits en se dissociant de leur monde propre expérientiel pour survivre dans des situations émotionnelles intenses et maintenir leur lien avec des êtres significatifs? Comme on le découvre tôt ou tard, l'empreinte d'expériences aussi fondamentales est inscrite à jamais et laisse une trace indélébile (Lecomte, 2011). À des moments particulièrement chargés d'intensité émotionnelle ou de stress, cette empreinte s'exprimant sous diverses formes risque de devenir envahissante et d'empêcher une démarche réflexive, recréant ainsi un état de survie émotionnelle (Lecomte, 2011).

_PISTES DE RÉFLEXION

Face à la complexité de la psychothérapie où des moments et des situations difficiles sont incontournables, il n'est pas surprenant que des psychothérapeutes rapportent vivre des expériences d'impuissance et d'incompétence. Malheureusement, ces expériences de détresse cumulatives se transforment en épuisement émotionnel et professionnel pour plusieurs d'entre eux. Pour tenter d'expliquer ces expériences, des auteurs parlent de fatigue de compassion, de contre-transfert ou encore d'expérience traumatisante vicariante ou secondaire. La plupart de ces pistes d'explication semblent suggérer que les psychothérapeutes vivent une fatigue d'avoir été trop empathiques et/ou de vivre

l'expérience traumatique de clients dits difficiles, voire jugés intraitables. Les données récentes portant sur les caractéristiques des psychothérapeutes efficaces et sur l'alliance thérapeutique indiquent plutôt qu'ils sont en difficulté lorsqu'ils ne parviennent plus à établir ou à maintenir un lien émotionnel fiable avec leurs clients. Ils ont perdu leur position empathique. Au lieu d'une fatigue de compassion, le psychothérapeute est plutôt en perte de compassion pour soi et pour le client. Cette perte du lien émotionnel avec le client s'accompagne souvent d'une pénible expérience d'invalidation et de difficulté à réguler ses états internes émotionnels, cognitifs et somatiques. Au-delà des prescriptions de repos et des activités d'équilibre de vie, cette situation invite à de nouvelles considérations sur les besoins des psychothérapeutes en difficulté pour retrouver leur capacité empathique et pour restaurer un lien émotionnel essentiel avec le client (Pope et Vasquez, 2005, Kaslow *et al.*, 2009, Lecomte, 2011).

Face à leurs difficultés professionnelles, peu de psychothérapeutes consultent, soit par manque de temps ou par honte.

Plusieurs résultats de recherche suggèrent que c'est à partir d'une position réflexive où il est attentif et sensible à l'expérience subjective du client et à sa propre expérience, attentif au mouvement intersubjectif de la relation que le psychothérapeute arrive à demeurer disponible pour ajuster sur mesure ses interventions aux besoins thérapeutiques du client (Lambert, 2007; Jennings et Skovolt, 1999, dans Lecomte et Savard, 2012). Des résultats de recherche suggèrent que, quelle que soit l'approche, ce sont les psychothérapeutes qui manifestent cette conscience réflexive de soi en interaction qui obtiennent le plus de résultats positifs et qui présentent le plus faible taux d'abandon et d'effets négatifs (Lecomte, 2012). Même si les psychothérapeutes soupçonnent que leurs difficultés les plus importantes dans leur pratique ont comme origine : l'interaction complexe, qui ils sont (caractéristiques et histoire relationnelle), avec qui ils sont leurs clients (caractéristiques et histoire relationnelle du client), leur façon d'entrer et de réguler la relation et d'intervenir, développer une conscience réflexive de ces enjeux demeure complexe (Perlman, 1999, dans Lecomte, 2011).

_LA SUPERVISION CLINIQUE COMME LIEU D'INTÉGRATION ET DE RÉFLEXION

Le but ultime de toute démarche de supervision est le développement de la compétence professionnelle du psychothérapeute à faciliter le changement positif chez le client. Pour la plupart des psychothérapeutes, la supervision clinique demeure une expérience déterminante dans le développement de leur identité et de leur compétence professionnelle. La décision de choisir de s'engager dans un processus de supervision est complexe.

C'est d'abord choisir de se montrer vulnérable et maladroit face à quelqu'un d'autre, risquer d'être évalué, voire jugé. Soumettre ses questions, son point de vue, ses doutes sur sa pratique, c'est s'ouvrir à des remises en question et s'exposer à d'autres points de vue. Malheureusement, force est de constater que la plupart des psychothérapeutes ont vécu des expériences de supervision négatives et invalidantes. Pendant leurs années de formation à la psychothérapie, plus de 51,5 % des psychothérapeutes rapportent des expériences de supervision invalidantes et destructives pour eux et leurs clients (Ellis, 2010). Quand ils sont interrogés sur leur expérience portant sur l'ensemble de leur carrière professionnelle, ce chiffre grimpe à 75 % (Ellis, 2010). Plus de 50 % des supervisés en psychologie clinique en milieu universitaire rapportent avoir vécu des expériences de relation nuisibles et invalidantes (Ladany *et al.*, 1996; D'Errico, 2011, dans Lecomte et Savard, 2012).

Considérant la complexité et l'importance de la supervision, il est pour le moins paradoxal de constater qu'à peine 10 à 15 % des superviseurs sont spécifiquement formés à la supervision clinique en Amérique du Nord. C'est souvent à partir d'une bonne expérience clinique et d'un goût pour la transmission de connaissances cliniques que plusieurs psychothérapeutes cliniciens sont devenus des superviseurs. D'autres ont été formés spécifiquement pour superviser une approche thérapeutique spécifique.

La plupart des approches en supervision dérivent directement d'approches thérapeutiques (Bernard et Goodyear, 2009, dans Lecomte et Savard, 2012). Il en découle souvent une confusion entre les processus thérapeutiques et les processus de supervision. Peu ont été formés à considérer la supervision comme un processus d'apprentissage unique qui se singularise par ses objectifs, ses procédures, ses méthodes et ses modalités spécifiques d'évaluation. On omet trop souvent l'importance des enjeux fondamentaux déstabilisants de tout processus significatif d'apprentissage. Sans une compréhension profonde de ces enjeux, la supervision risque de devenir un processus invalidant sans issue. Il est crucial pour le superviseur de bien saisir et comprendre les tensions chez le psychothérapeute entre

son besoin d'apprendre, son besoin d'améliorer le processus d'intervention et simultanément, son besoin de maintenir sa perspective, sa cohésion interne et l'organisation de son expérience pour ne pas perdre pied. Ces tensions plus ou moins tolérables revêtent différentes significations selon l'expérience unique de chaque psychothérapeute. Comprendre que la recherche de dialogue entre le superviseur et le psychothérapeute se déploie souvent dans l'imprécision et dans la faillibilité. Reconnaître la pluralité des mondes expérientiels. Avoir la conviction profonde que dans le processus thérapeutique il n'y a pas de position objective, mais plutôt un effort de dialogue entre deux subjectivités organisées différemment. L'effort de dialogue émotionnel entre deux subjectivités organisées de façons différentes n'est pas sans passer par des moments de fluctuations et de perturbations relationnelles. Il est illusoire de penser que le superviseur peut arriver à offrir une écoute et une compréhension empathique sans failles. Prendre conscience de ces moments de « désaccordage » où l'alliance de travail en supervision est plus ou moins compromise devient alors déterminant de l'évolution du processus de supervision. Sans un tel dialogue, le travail significatif et authentique d'apprentissage en supervision devient difficile, voire impossible. Ce qui peut expliquer pourquoi 50 % des stagiaires en psychologie clinique a vécu des expériences de relation nuisibles et invalidantes (Lecomte et Savard, 2012).

Conséquemment, la compétence professionnelle d'un superviseur repose sur une interaction complexe d'aspects thérapeutiques et pédagogiques. Au-delà du fait d'être un psychothérapeute compétent, le superviseur doit posséder des connaissances pratiques et techniques de supervision et démontrer une expertise pédagogique d'intégration du savoir théorique, du savoir-faire et du savoir-être pour favoriser le développement de la conscience réflexive de soi en interaction (Lecomte et Savard, 2004, 2012). Peu de superviseurs ont été formés à ces compétences essentielles pour faciliter le développement d'une conscience réflexive de soi en interaction, en particulier face à des situations difficiles. Nombre de supervisés, suite à des expériences de peur de réactions négatives, d'humiliation et de honte, avouent avoir décidé de ne plus dévoiler leurs difficultés réelles, optant pour ce qui

JEAN-FRANÇOIS, 32 ANS

MON MÉTIER,
C'EST ÉCOUTER

J'aime être confronté à des problématiques diversifiées, à des clientèles variées. En Montérégie, j'ai découvert une multitude d'établissements qui favorisent le travail d'équipe et l'interdisciplinarité.

MA PASSION,
C'EST LE SPORT

En habitant la Montérégie, je perds moins de temps dans le transport, ce qui me permet de pratiquer plus de sports. Vive le vélo, le hockey et le golf!

MON MÉTIER + MA PASSION = MONTÉRÉGIE www.santemonteregie.qc.ca/carrieres

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec

est plus socialement désirable, soit des apparences d'initiative, d'autonomie et de compétence. Ces raisons expliquent en bonne partie pourquoi 97,2 % des supervisés en psychologie clinique dissimulent à leurs superviseurs des aspects significatifs de leur expérience avec leurs clients (Ladany, 1996, dans Lecomte et Savard, 2004, 2012).

Sans doute, la question la plus complexe et cruciale consiste à savoir comment favoriser l'intégration du savoir théorique et du savoir-faire avec le savoir-être en établissant des liens et des significations entre les techniques, les variables du client, les caractéristiques du psychothérapeute et la relation thérapeutique. Au lieu de considérer l'expérience du psychothérapeute de façon morcelée et linéaire, selon une démarche cartésienne s'appuyant sur des postulats de développement logique en catégories distinctes, accepter d'explorer l'expérience du supervisé souvent dynamique, non linéaire et chargée d'affectivité devient l'objectif fondamental. Trop souvent, le processus de supervision se limite à une démarche centrée sur la compréhension du client et les aspects théoriques et techniques, comme si la compétence professionnelle et l'efficacité se réduisaient à la maîtrise des savoirs théoriques et techniques. Évacuer ou ignorer le savoir-être, c'est réduire le processus d'intervention à des aspects techniques et théoriques. C'est aussi ignorer le facteur le plus explicatif de la variabilité des résultats thérapeutiques : le psychothérapeute. L'expérience du psychothérapeute se manifeste en fait par des interrogations portant sur les interactions complexes circulaires entre sa compétence théorique, technique et personnelle. Au-delà des aspects théoriques et techniques, les expériences les plus déstabilisantes impliquent des enjeux relationnels et personnels. Pour soutenir le psychothérapeute dans sa quête de régulation de ses états internes et de régulation interactive avec le client, une approche de supervision intégrée des savoirs, axée sur le développement de la conscience réflexive de soi en interaction, s'impose.

La découverte la plus déstabilisante pour le psychothérapeute en formation est sans contredit celle de la complexité du processus de changement (Lecomte, 1999). Les demandes du client sont ambiguës, et dans leur quête de compétence et d'identité professionnelle, la plupart des psychothérapeutes passent par une recherche d'appuis techniques et théoriques, pour graduellement découvrir la centralité de la relation thérapeutique et l'influence de leurs propres caractéristiques. Cette reconnaissance du caractère éminemment subjectif et intersubjectif de la situation thérapeutique implique une perspective contextuelle constamment révisée selon le caractère unique de l'interaction. Utilisant ses théories de façon légère et considérant qu'aucune technique précise ne saurait répondre aux exigences de chaque situation, le psychothérapeute en supervision est invité à développer une conscience réflexive des modalités de régulation de ses états internes et de régulation interactive pour arriver à offrir des réponses et des

interventions optimales. Plus le psychothérapeute arrivera à une intégration cohérente de son modèle théorique choisi, de sa théorie personnelle de la souffrance et de la guérison, de sa personnalité, de ses valeurs, de ses croyances, de ses expériences de vie, plus il donnera de la profondeur à son engagement et plus il pourra éclairer ses choix cliniques, ses modalités d'intervention et sa participation relationnelle. Ce travail de développement de la conscience réflexive de soi en interaction s'élabore et, on pourrait dire, est toujours à revisiter tout au long de la carrière du psychothérapeute en fonction de différents contextes et de différents clients.

Bibliographie

- American Psychological Association (2010). *Survey of findings emphasizing the importance of self care for psychologists*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.apapracticecentral.org/update/2010/08-31/survey.aspx2010/08-31/survey.aspx>>.
- Ellis, M. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision : Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29, 95-116
- Gilroy, P.J., Carroll, L. et Murra, J. (2002). A preliminary Survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology : Research and Practice*, 33, 402-407.
- Guy, P. et Liaboe, G. (1985). Suicide among psychotherapists : Review and discussion. *Professional Psychology : Research and Practice*, 16, 476-472
- Kaslow, N.J., Rubin, N.J., Forrest, L., Elman, N.S., Van Horne, B.A., Jacobs, S.C., Huprich, S.K., Benton, S.A., Thorn, B.E (2009). Recognizing, assessing and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology : Research and Practice*, 30, 479-491.
- Pope K. et Vasquez, M. (2005). *How to survive and thrive as therapist : Information, ideas and resources for psychologists in practice*. Washington : APA Book.
- Pope, K. et Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as patients : A national Survey of psychologists' experiences, problems and beliefs. *Professional Psychology ; Research and Practice*, 25, 247-258.
- Pope, K.S., Tabachnick, B.G. et Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice : The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 992-1006.
- Pour approfondir le sujet, le lecteur est invité à consulter les publications suivantes. Le lecteur y trouvera les références du texte non citées ci-haut.**
- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique : une composante essentielle dans le traitement de la personnalité dite limite, p. 152-181. In C. Leclerc et C. Labrosse (dir.), *Trouble de personnalité limite : points de vue de différents acteurs*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. (2012). Fondements de la psychothérapie. Dans P. Lalonde et G.F. Pinard; *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-social*. Montréal : La Chenelière.
- Lecomte, C, Savard, et Guillon, V. (2011). Alliance de travail : élément pivot de la réadaptation au travail. In M. Corbière et M.J. Durand. *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. (2009). La supervision clinique : une composante essentielle dans le traitement de la personnalité dite limite, p. 152-181. In C. Leclerc et C. Labrosse (dir.), *Trouble de personnalité limite : points de vue de différents acteurs*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., et Savard, R. (2012). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle, p. 315-348. In T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Montréal : Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecomte, C. (1999). Face à l'incertitude et la complexité humaine: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(2), 37-63.

La perspective de stagiaires en psychologie sur la relation de supervision



Julie D'Errico

Doctorante en psychologie à l'Université de Montréal (D. Psy.), Julie D'Errico s'est intéressée à la relation de supervision dans le cadre de son essai doctoral dirigé par Marc-André Bouchard, dont elle livre ici les principaux résultats.



Magali Purcell Lalonde

Doctorante en psychologie à l'Université de Montréal (Ph. D.), Magali Purcell Lalonde poursuit des travaux supervisés par le Dr Kieron O'Connor sur le traitement du spectre des troubles obsessionnels-compulsifs et des troubles alimentaires au Centre de recherche Fernand-Séguin.



Dr Marc-André Bouchard

Psychologue et psychanalyste, le Dr Bouchard est professeur titulaire à la retraite du Département de psychologie de l'Université de Montréal. Il maintient une pratique clinique active de psychothérapie en cabinet privé.

En dehors de l'expérience pratique avec les clientèles, la supervision clinique constitue le moyen privilégié de préparation à la pratique de la psychothérapie (Bernard & Goodyear, 2009). Puisque la psychothérapie est reconnue comme efficace, il semble raisonnable de conclure par extension que « certaines choses » fonctionnent dans la supervision des psychothérapeutes. Or les ingrédients les plus efficaces et les moins efficaces de la supervision demeurent encore bien mal connus (Boswell & Castonguay, 2007). La qualité de la relation superviseur-supervisé (RS) semble toutefois ressortir de la documentation comme un ingrédient important dans la supervision (voir p. ex. Bernard & Goodyear, 2009; Melton, 2005; Wosket, 2006). Malgré cela, 47 % des supervisés rapportent avoir eu au moins une expérience de RS inefficace pendant leur formation (Galante, 1987) et 50 %, une mauvaise alliance de supervision (Ladany, Hill, Corbett & Nutt, 1996).

_ÉCRITS SUR LA RELATION SUPERVISEUR/SUPERVISÉ

Quelques travaux portant sur la RS ont été menés dans le passé, soulignant l'importance pour un superviseur d'adopter les attitudes mêmes que recommande Rogers aux psychothérapeutes (Greben & Ruskin, 1994; Schacht, Howe & Berman, 1989). Dans cette perspective, la RS est une occasion pour les supervisés de vivre en direct, et en quelque sorte d'avoir sous leurs yeux un modèle d'apprentissage (Borders & Brown, 2005; Watkins, 1997; Doherty, 1976). Cette vision souligne aussi l'importance de l'alliance (Ladany, Friedlander & Nelson, 2005), de la gestion des conflits de

rôles (Nelson & Friedlander, 2001), de la perception subjective des supervisés (Worthen, 2006) ainsi que de la perspective développementale permettant aux superviseurs de s'ajuster aux besoins des supervisés (Greben & Ruskin, 1994). Malgré ces contributions initiales, les écrits sur la RS sont demeurés incomplets. De multiples études soulignant l'importance de la RS et de ses composantes n'ont pas été conçues pour étudier la RS en particulier. De plus, les caractéristiques précises qui font en sorte qu'une RS est aidante et nuisible sont encore peu connues, l'alliance n'étant qu'une composante de la RS et la référence aux conditions facilitantes rogériennes demeurant trop restrictive. La présente recherche vise à revoir certaines bases de ce domaine de recherche en donnant une voix aux stagiaires, jusqu'ici paradoxalement peu pris en considération (Nerdrum & Rønnestad, 2002). De nature qualitative, ce travail décrit avec précision les caractéristiques des RS aidantes et nuisibles et les effets de chacune d'elles.

_MÉTHODOLOGIE

Six doctorants supervisés en psychologie clinique ont participé à des entrevues semi-dirigées dont le matériel a été soumis à une analyse interprétative phénoménologique. L'échantillon était composé de six supervisés, soit un nombre qui correspond aux recommandations pour ce type d'études (Lyons & Coyle, 2007). Les participants sont inscrits au Ph. D. recherche et intervention à l'Université de Montréal et au moment des entrevues, ils avaient commencé ou terminé leur troisième année de stage à l'interne, sans avoir entrepris leur internat. Parmi les participants, on retrouve trois hommes et trois femmes, quatre personnes oeuvrant auprès d'adultes ou de couples et deux auprès d'enfants ou de familles selon des approches systémique, psychodynamique, humaniste et cognitive-comportementale.

CARACTÉRISTIQUES AIDANTES ET NUISIBLES

_VALIDATION ET INVALIDATION

Comparativement aux relations perçues comme aidantes, où les superviseurs ont validé leurs stagiaires de différentes manières, les RS perçues comme nuisibles sont caractérisées par des expériences clairement identifiées d'invalidation. Que le supervisé sente que son superviseur croit en ses capacités personnelles est l'un des thèmes les plus importants de la validation. Tous les participants ont indiqué l'importance de se sentir rassuré (p. ex. se faire dire qu'ils ne sont pas si mauvais qu'ils le croient, qu'on normalise leurs difficultés). Par contraste, certains supervisés ont senti que les besoins des clients primaient sur les leurs et que les superviseurs ne les protégeaient pas des situations d'échec. Le favoritisme dans le traitement des supervisés d'un même groupe a aussi été nommé comme étant nuisible. D'autres superviseurs avaient des attentes trop élevées ou minimisaient les difficultés de leurs supervisés, ce qui avait pour effet d'invalider leur expérience subjective.

_CLIMAT DE LA RELATION

Le climat général d'une RS aidante se caractérise par une confiance que le supervisé porte envers son superviseur, qu'il est possible d'être soi-même, de se sentir à l'aise et que la spontanéité soit encouragée. Y contribuent également le sentiment d'une proximité affective et le constat d'une atmosphère détendue. Il semble aussi crucial pour les supervisés de savoir qu'ils peuvent échanger avec leurs superviseurs, que ceux-ci ne sont pas les seuls juges de leurs compétences et que leurs superviseurs souhaitent connaître leur point de vue. Finalement, le fait de parler ouvertement de la RS ou des insatisfactions possibles chez le supervisé, tel qu'un superviseur manifestant se préoccuper de ses RS et des relations entre ses supervisés ou faisant un retour sur un événement difficile, semble contribuer aussi à définir et à influencer un climat de confiance.

Au contraire, les RS nuisibles sont caractérisées par un climat général de fermeture. Celui-ci se définit entre autres par une inconscience chez le superviseur face aux tensions relationnelles au sein du groupe ou par le maintien d'un tabou à cet égard. Plusieurs participants étaient en colère qu'un superviseur ne semble pas réaliser son impact sur ses supervisés ou qu'il ne s'occupe pas d'un problème évident dans l'équipe. Dans le même ordre d'idées, le fait de ne pas parler ouvertement de la supervision et de la RS était vécu comme étant néfaste par les participants : certaines situations qu'on ne saurait qualifier de gravement nuisibles en elles-mêmes, par le fait d'avoir été ignorées, le sont devenues par la suite. Par exemple, si aucun supervisé n'a apprécié qu'un superviseur entre dans la salle d'entrevue ou qu'il frappe à la porte alors que le stagiaire est en présence de son client, un tel événement s'est avéré très délétère pour ceux qui n'ont pu en reparler par la suite, par exemple pour expliquer comment ils s'étaient sentis. Le climat général de fermeture se caractérise

aussi par un manque de confiance ou d'aise en présence du superviseur, un désinvestissement de sa part (oubli d'informations centrales sur les clients des supervisés, retards, départs hâtifs, supervisés qui ont l'impression que leur superviseur n'a pas de plaisir à superviser), une distance (froideur émotive, peu ou pas d'échanges, superviseur se dévoilant très peu) et une atmosphère floue (supervisé ne sachant pas de quoi il doit ou peut parler en supervision, ne sachant pas à quoi s'attend son superviseur de lui, rôles flous entre superviseurs, thérapeute et évaluateur). Finalement, la supériorité explicite du superviseur a été vécue difficilement par les supervisés. L'un d'eux a même comparé sa RS à une relation avec un patron autoritaire. Cette supériorité crée une relation entre un « connaisseur supérieur » et un « inférieur/obéissant/subissant ».

_CARACTÉRISTIQUES DES SUPERVISEURS

Il semble que certaines attitudes adoptées et incarnées par les superviseurs favorisent un climat d'ouverture, devenant des qualités, d'ailleurs perçues par la majorité des participants comme étant grandement aidantes. Parmi elles, on trouve l'empathie, la bienveillance, la sensibilité aux besoins parfois changeants des supervisés ainsi que l'ouverture (les supervisés sentent qu'ils peuvent parler de leurs insécurités, que leurs superviseurs veulent s'améliorer et qu'ils démontrent une flexibilité et une ouverture quant aux différents types d'interventions). Enfin, même si peu de participants ont explicitement parlé de leurs superviseurs comme des modèles, il est plausible de croire que c'est ce qu'ils disaient de ces caractéristiques aidantes de leurs superviseurs : ceux-ci ont incarné un modèle bienveillant, ouvert, respectueux et avenant duquel ils profitaient et duquel ils pourraient eux-mêmes s'inspirer comme thérapeutes.

Le climat de fermeture, l'invalidation ou la rétroaction nuisible (voir plus bas) caractérisent le mieux les RS nuisibles, tandis que peu de caractéristiques nuisibles précises attribuables aux *superviseurs eux-mêmes* émanent des propos des participants, avec une exception notable, quoique marginale, à savoir les intentions persécutrices perçues chez le superviseur. Un supervisé parlait de quelques moments où son superviseur a interrompu la séance avec son client. Il trouvait cela déroutant, mais surtout, il n'avait pas l'impression que c'était pour son bien ou celui du client, mais que l'objectif était plutôt d'humilier le supervisé. Ce témoignage nous est apparu convaincant et représentatif, d'une attitude et d'un comportement manifestement contre-productifs, voire destructeurs, de la part d'un superviseur.

_RÉTROACTION

L'évaluation des supervisés est un enjeu supplémentaire qui fait partie intégrante de la RS. La rétroaction qui a été la plus aidante était équilibrée, soulignait explicitement des forces, proposait des pistes d'intervention, tout en validant les essais et le style des

supervisés, et elle était précise. Toutefois, même si les supervisés apprécient se faire dire avec précision quelles sont leurs forces et comment corriger leurs faiblesses, une rétroaction *trop* technique a comme effet de les surcharger; ils se mettent à porter attention aux détails. Finalement, le manque de rétroaction est ressorti de façon massive des entrevues. Ces participants reprochaient à leurs superviseurs de leur donner une rétroaction sur leur travail seulement à la moitié et à la fin de l'année. Entretemps, ils ne savaient pas où ils se situaient dans l'esprit des superviseurs, ce qui faisait aussi en sorte que les moments d'évaluation formelle devenaient source d'anxiété. Cette évaluation « encapsulée » a nui aux supervisés.

_EFFETS DES RS

Les RS qui ont été aidantes ont eu plusieurs effets favorables. De différentes façons, elles ont construit une meilleure estime professionnelle chez ces supervisés en début de parcours. Les supervisés se sont également sentis plus à l'aise, ouverts et honnêtes envers leurs superviseurs, plus à même de parler de leurs difficultés relationnelles, personnelles ou contre-transférentielles. Cette ouverture plus grande rappelle l'ouverture du superviseur, qui vraisemblablement incite le supervisé à plus d'authenticité. Le simple fait d'acquiescer une plus grande expérience clinique aide sans doute à ce que les supervisés définissent leur identité professionnelle. Or selon eux, il semble que les RS aidantes contribuent aussi à cet objectif central en faisant en sorte que peu à peu, le supervisé reconnaisse que son style naturel comme clinicien a du bon, qu'il le peaufine et définisse davantage, qu'il « se sente thérapeute » et que ce rôle devienne intégré à son identité.

Parmi les différentes facettes abordées au cours des entretiens, la section qui portait sur les effets des RS nuisibles a spontanément et naturellement produit le plus de thèmes et de sous-thèmes, accompagnés d'une grande intensité. Les participants semblaient avoir été très marqués par les RS qui leur avaient nui et tous ont éprouvé des émotions difficiles à gérer. Les plus répandues sont le sentiment d'incompétence et de dévalorisation ainsi que l'anxiété. La frustration et le découragement ont aussi largement été vécus et plusieurs rapportent que ces expériences nuisibles ont sapé le plaisir qu'ils avaient eu jusqu'alors à faire de la clinique tout en minant de façon assez brutale leur confiance professionnelle et personnelle. De plus, plusieurs supervisés ont eu tendance à se « surconformer » à leurs superviseurs et à répondre docilement à leurs attentes perçues, soit de façon active (p. ex. appliquer exactement ce que le superviseur dit avec ses clients même si cela ne concorde pas avec son style), soit de façon passive (s'effacer dans la RS, p. ex. en évitant à tout prix les conflits). Les participants croyaient aussi que confrontés à une RS nocive, leurs interventions auprès de leurs propres patients avaient été de moins bonne qualité. Ils avaient aussi tendance à interpréter les événements de façon plus négative (p. ex. participants qui

disent avoir appris beaucoup pendant l'année, mais qui retiennent *surtout* une insatisfaction et des frustrations, comme si la RS difficile avait teinté tout le reste). Certains supervisés ont été gravement affectés par des RS nuisibles, assez pour avoir des répercussions sur eux qui se rapprochent d'un traumatisme (ne jamais se remettre d'une RS, voir les effets persister des années, craindre *énormément* toutes les prochaines RS, se sentir encore très incompétent). Finalement, les RS nocives ont eu tendance à aggraver l'état de la relation existante, surtout en faisant en sorte que les supervisés avaient encore moins confiance en leur superviseur. Ce manque de confiance caractérisait aussi le climat généralisé de fermeture, indiquant la présence d'un cercle vicieux où le manque de confiance entraîne un plus grand manque de confiance.

La présente étude rappelle donc l'importance pour les superviseurs d'être sensibles aux enjeux relationnels, et ce, particulièrement avec leurs supervisés débutants.

_Bibliographie

- Bernard, J.M., & Goodyear, R.K. (2009). *Fundamentals of clinical supervision* (4^e édition). Boston : Merrill.
- Borders, L.D., & Brown, L.L. (2005). *The New Handbook of Counseling Supervision*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Boswell, J.F., & Castonguay, L.G. (2007). Guest Editor's Introduction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 363.
- Doherty, M.J.G. (1976). Parallel processes in supervision and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 9-104.
- Galante, M. (1987). *Trainees' and supervisors' perceptions of effective and ineffective supervisory relationships*. Thèse de doctorat inédite, Memphis State University.
- Greben, S.E., & Ruskin, R. (1994). *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*. Washington D.C. : American Psychiatric Press.
- Ladany, N., Friedlander, M.L., & Nelson, M.L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision : An interpersonal approach*. Washington DC : American Psychological Association.
- Ladany, N., Hill, C.E., Corbett, M.M., & Nutt, E.A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of counselling psychology*, 43(1), 10-24.
- Lyons, E., & Coyle, A. (2007). *Analysing Qualitative Data in Psychology*. Londres : Sage.
- Melton, S.J. (2005). *Practices and qualities of master clinical supervisors*. Thèse de doctorat inédite, Our Lady of the Lake University.
- Nelson, M.L., & Friedlander, M. L. (2001). A close look at conflictual supervisory relationships : The trainees' perspective. *Journal of Counselling Psychology*, 48(4), 384-395.
- Nerdrum, P., & Rønnestad, M.H. (2002). The trainees' perspective: A qualitative study of learning empathic communication in Norway. *Counselling Psychologist*, 30, 609-629.
- Schacht, A.J., Howe, H.E., & Berman, J.I. (1989). Supervisor facilitative conditions and effectiveness as perceived by thinking and feeling type supervisees. *Psychotherapy*, 26(4), 475-483.
- Watkins, W. (1997). *Handbook of psychotherapy supervision*. New York : Oxford University Press.
- Worthen, V. (1996). A phenomenological investigation of « good » supervision events. *Journal of Counseling Psychotherapy*, 43(1), 25-34.
- Wosket, V. (2006). Clinical Supervision. Dans Feltham, C. et Horton, I., *The SAGE Handbook of counseling and psychotherapy*, (2^e éd.), (pp. 165-173). Londres : SAGE.

GRÂCE À L'APQ
Nouveaux tarifs CSST et IVAC de 86,60 \$
En vigueur depuis le 21 juillet 2011 !

L'Ordre protège le public **L'ASSOCIATION PROTÈGE CEUX QUI EN PRENNENT SOIN**



Profitez de services professionnels variés :

promotion de **VOS INTÉRÊTS**
(Rehaussement salarial, CSST, SAAQ, PAE, rôle distinctif et autres);

CONSEILS et **ASSISTANCE**
(incluant avis légaux);

ASSURANCE « 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, ...).

SOUTIEN ET EXPERTISE concernant la problématique du suicide

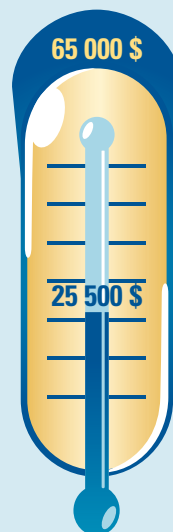
Contribution spéciale demandée

Vous êtes invités à soutenir la démarche juridique de deux psychologues qui contestent la décision du Conseil du trésor quant aux résultats de l'exercice de l'équité salariale concernant notre profession.

Cette démarche devrait permettre une hausse qui s'applique à tous, autant en scolaire qu'en santé et peu importe le nombre de jours travaillés.

À date, 22 % des 3 500 psychologues du réseau public ont contribué pour un total de 25 500 \$ sur les 65 000 \$ requis pour la démarche. Un effort important reste à faire.

Nous vous demandons de faire preuve de solidarité dans votre propre intérêt et pour assurer l'accessibilité des services psychologiques dans le secteur public.



Pour contribuer, visitez le www.apqc.ca

Actions et réalisations de l'APQ :

- Obtention d'une hausse de tarifs de 86,60 \$ pour la CSST et IVAC.
- Poursuite des travaux auprès de la SAAQ pour obtenir la même hausse.
- Représentations soutenues auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux et du Comité de planification de la main d'œuvre psychologues. Prime salariale de 12 % et 15 %.
- Représentations auprès du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport et auprès de la Fédération des Commissions scolaires en vue d'une hausse salariale pour les psychologues scolaires.

Assurance frais disciplinaires Dormez sur vos deux oreilles!

- Notre récent sondage révèle de nombreuses plaintes malveillantes.
- Nous travaillons dans un contexte clinique complexe et avec des clientèles présentant des fragilités de la personnalité

www.apqc.ca



15 % de rabais
pour les membres
de l'APQ

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

Communiquez avec notre secrétariat au

514.353.7555 ou 1.877.353.7555

7400, boul. Les Galeries d'Anjou

Bureau 410 Anjou (Québec) H1M 3M2

Impasse thérapeutique et supervision : créer un espace réflexif du savoir-être en soins palliatifs



D^{re} Mélanie Vachon / Psychologue

Mélanie Vachon est professeure au sein de la section humaniste du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. L'essentiel de ses travaux de recherche porte sur l'expérience des patients, familles et soignants en soins palliatifs. Également clinicienne, elle a développé une spécialité en deuil, oncologie et soins palliatifs sous l'aile de son mentor, Johanne de Montigny.



Johanne de Montigny / Psychologue

Johanne de Montigny est psychologue en soins palliatifs et en suivi de deuil à l'Hôpital général de Montréal. Elle est présentement chargée de cours au certificat de gérontologie à l'Université de Montréal. Elle donne des sessions de formation à des soignants, des intervenants et des bénévoles sur la relation d'aide, la psychologie du deuil et du mourir. Elle a publié *Le Crash et le défi : survivre, L'amour ultime*, avec Marie de Hennezel et *Quand l'épreuve devient vie*.

La supervision des psychologues, qu'ils soient en apprentissage ou en exercice, vise le développement du savoir, du savoir-faire et du savoir-être (Lecomte & Savard, 2004). Nécessairement, tôt ou tard le psychologue, dont les savoirs sont en mouvance, peut faire face à l'impasse thérapeutique dans sa pratique. En médecine, l'impasse thérapeutique se décrit comme une situation sans issue favorable. En psychothérapie, l'impasse peut aussi bien désigner une situation de blocage dans l'intervention qu'il sera possible de surmonter, mais seulement à certaines conditions. La supervision clinique deviendra ici le lieu privilégié pour réfléchir l'impasse, lui donner sens et possiblement la dénouer.

L'objectif de ce texte est donc d'illustrer comment l'impasse thérapeutique peut être dénouée par l'espace réflexif que permet la supervision. Pour ce faire, nous partageons notre vision essentiellement relationnelle de la supervision en l'illustrant par les défis constants de notre pratique en soins palliatifs, laquelle repose sur le savoir-être. Nous discuterons ensuite plus concrètement de la question de l'impasse et de son dénouement en soulignant précisément l'apport de la supervision quant au développement et à la transmission de la confiance en la potentialité thérapeutique du savoir-être. Nos propos seront illustrés à l'aide d'une vignette clinique en soins palliatifs.

Le *savoir-être* fait référence à la manière d'être d'un clinicien. Il est parfois associé à la qualité de la présence du psychologue, à sa manière de créer un lien significatif avec ses patients, ou encore à sa fine capacité de constamment s'ajuster à eux. Ce savoir-être est non seulement difficile à décrire, il est aussi complexe à apprendre,

à enseigner et à opérationnaliser. Il est souvent associé à l'aspect plus intuitif et créatif du travail de psychologue.

Nécessairement, le psychologue novice en soins palliatifs possède un savoir-être général en mouvance, mais il devra aussi et surtout développer une manière d'être dans cette expérience unique qu'est celle de la fin de la vie, unicité dans laquelle se loge un condensé de paradoxes : celui de la joie profonde à vivre des instants précieux et du sentiment de tristesse devant la séparation ultime, celui de l'attachement sain et du détachement gradué, de l'ancrage et de la vulnérabilité, de l'appréhension et de la confiance (De Montigny, 2010). En ne négligeant pas les autres types de savoir, c'est surtout au service du développement du savoir-être que la supervision, plus précisément l'espace et la relation de supervision en soins palliatifs, sera dédiée.

C'est donc en partie pour répondre aux divers besoins de l'apprenti que le superviseur saura s'ajuster sur mesure. Les besoins principaux de l'apprenant étant, d'une part, le développement de l'identité et de la compétence professionnelle (le devenir psychologue) et, d'autre part, et surtout, la consolidation d'une manière d'être qui lui permet d'intégrer la réalité de la souffrance et de la finitude du point de vue personnel et professionnel. Un tel développement nécessite un accompagnement certain ainsi que le sentiment d'être validé dans son expérience (Kohut, 1971). Précisément, l'apprenant aura besoin du regard bienveillant de son superviseur. Il s'agit ici d'un regard qui permet à l'autre de s'habiter pleinement dans son apprentissage et son imperfection, qui laisse place aux limites personnelles et professionnelles et qui permet de les nommer. Le contexte des soins palliatifs nous confronte aux limites : celle de la vie, celle de notre humanité et celle de notre volonté d'aide. Cette situation limite porte parfois l'intervenant, précisément le jeune psychologue, à douter de lui-même, de sa pertinence, de sa compétence, voire de sa capacité d'être.

Les doutes inhérents à la pratique clinique en soins palliatifs, doublés des appréhensions inévitables que comporte le rôle d'apprenti, peuvent être contenus dans une relation suffisamment bonne avec le mentor. En attribuant à l'apprenant la confiance en ses compétences et en sa personne, le superviseur permettra la création de l'ancrage intérieur du supervisé. C'est à partir de cette offre de confiance que saura germer le sentiment de compétence de l'apprenant. Parce qu'il offre un regard bienveillant et qu'il s'inscrit dans un lien de confiance, l'espace de supervision devient ainsi un lieu sécuritaire suffisamment invitant pour se déposer. Ce lieu répond ainsi au besoin inévitable d'être réconforté alors que la souffrance fouette par ailleurs non pas uniquement notre potentialité thérapeutique, mais bien notre humanité. Parce que pleinement relationnelle, la supervision clinique en soins palliatifs devient ainsi un lieu de vie, lequel peut répondre au besoin de ressourcement de l'apprenant pour mieux composer avec la survenue répétitive de la mort. Le mentor peut ainsi représenter l'ancrage affectif dont le stagiaire a besoin pour s'identifier, s'affilier et sur lequel s'appuyer (Kohut, 1971).

Parce que le savoir-être en soins palliatifs prend tout son sens et qu'il est complexe à déployer, l'espace de supervision répondra au grand besoin de l'apprenant de réfléchir ce savoir-être, de le développer. Il s'agit ici de l'émergence et de la consolidation d'un savoir-être devant des souffrances, parfois immenses mais inévitables, devant une détresse aiguë, laquelle nous presse dans nos interventions, et ce, dans un contexte où le temps est à la fois compté et restreint. En intervenant seulement à partir de quelques fragments de vie, c'est réellement la qualité de la présence et du lien, donc le savoir-être, qui devient l'outil thérapeutique le plus utile du psychologue. Les interventions du psychologue s'inscrivent dans la justesse subtile de paroles, des silences et de l'écoute, et sont reliées harmonieusement par le savoir-être. L'espace de la supervision permettra non seulement de développer ce savoir-être, mais aussi, et surtout, d'apprendre à faire confiance en la potentialité thérapeutique de celui-ci.

Quand la souffrance globale du malade n'est pas soulagée, quand il a l'impression que ses interventions ne font pas le poids devant les grands désespoirs, le psychologue se voit habité d'un sentiment d'impuissance. Nécessairement, à un moment où l'autre, il sera confronté à l'impasse. La supervision deviendra donc le lieu précieux où porter et éventuellement dénouer l'impasse, à deux.

_VIGNETTE CLINIQUE : MADAME J ET LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE ¹

Madame J était une femme dans la cinquantaine, sévèrement atteinte d'un cancer particulièrement agressif de la glande thyroïde. Elle avait été admise en soins palliatifs suite à un épisode de détresse respiratoire à domicile, en raison de la croissance de sa tumeur. Elle avait donc dû subir une trachéotomie d'urgence dans l'ambulance, en chemin vers l'hôpital.

Madame J présentait par ailleurs d'importants symptômes de stress post-traumatique reliés à la trachéotomie, surajoutés à un

état de détresse existentielle. Pour madame J, c'est précisément l'absence d'une qualité de vie et la prise de conscience que son état allait se détériorer jusqu'à sa mort qui la plongeait dans une tristesse indicible et dans l'incapacité de trouver un sens à son existence. Elle était de plus terrorisée à l'idée de mourir en détresse respiratoire. Finalement, parce que sa trachéotomie était douloureuse, madame J se voyait dans l'impossibilité de communiquer verbalement. Ainsi, ses échanges avec ses proches et intervenants étaient orchestrés par l'écriture.

Les premières rencontres auprès de madame J, par écrit, ont d'abord permis d'établir un lien avec elle, de reconnaître sa détresse, de rechercher les pistes d'apaisement de son anxiété et d'explorer les éléments de son vécu qui étaient périphériques à la maladie, dans une volonté de la clinicienne d'apprendre à connaître la femme qu'elle était au-delà de cet épisode de vie. Il aurait été possible de réfléchir à certaines sources de sens dans la vie de madame J, sources auxquelles s'accrocher psychologiquement devant cette souffrance qui lui semblait intolérable.

Cependant, l'état de madame J s'est significativement détérioré dans la semaine suivant son hospitalisation. Les investigations médicales ont finalement confirmé la présence de métastases au cerveau, lesquelles privaient la patiente d'utiliser sa main droite. Conséquemment, tant la communication verbale qu'écrite devenaient impossibles; l'impasse semblait évidente. Se faire témoin d'une telle détresse sans même la possibilité d'y mettre des mots a plongé la psychologue novice dans un sentiment d'impuissance quasi intolérable, un peu à l'image de l'impuissance que la patiente pouvait ressentir face à son propre état. En somme, la situation de cette patiente générait chez elle et chez toute l'équipe un sentiment d'impuissance partagé et inégalé. L'impuissance se définissant communément par un manque de pouvoir ou de moyens pour accomplir quelque chose. Dans ce cas, il s'agissait de l'impossibilité d'accéder à la souffrance vu l'absence de moyens de communiquer. Il s'agissait aussi de se faire témoin d'une existence souffrante sans pouvoir de transformation.

_APPORT DE LA SUPERVISION

Cette situation clinique, précisément l'état d'impuissance que celle-ci générait, a donc été présentée en séance de supervision. Les éléments clés de l'accompagnement de la superviseure auront d'abord été de valider le sentiment d'impuissance de l'apprentie et ainsi clarifier que cette impuissance semblait émaner davantage de la résonance à un vécu affectif effectivement souffrant plutôt que d'une impasse thérapeutique résultant de l'incompétence. L'impasse ici était d'abord et avant tout communicationnelle. Il s'agissait alors de se repositionner devant cette impasse pour transformer l'échec en possibilité de créer, puisque « dans l'impasse, il n'y a pas de solution connue, pas de choix disponibles, la seule issue étant de créer du nouveau, d'inventer » (Cantin, 2010). L'espace de réflexion que crée le dialogue en supervision aura d'ailleurs permis de constater le sentiment d'impuissance généralisé dans lequel étaient plongés la plupart des intervenants côtoyant cette patiente, sentiment d'impuissance

qui mène parfois le soignant à se désengager de la situation de soins afin d'éviter de se sentir impuissant, ou encore de verser vers un savoir-faire abondant et défensif, dans la quête d'un sentiment d'efficacité personnelle (Vachon, Fillion & Achille, 2012). Pourtant, dans tous les cas, l'impasse demeure.

En réponse aux impasses en contexte de psychothérapie, Bessette (2010) mentionne que « dire tout simplement et franchement la vérité est parfois l'intervention de choix à laquelle on ne pense pas pour dénouer une impasse ». Dans la situation clinique présentée, l'intervention de la superviseuse aura été exactement en ce sens : « Et si on nommait simplement ce qui se passait et qu'on acceptait pleinement d'être avec cette impuissance, celle de la patiente, autant que celle de l'intervenante. » Ce dénouement se voulait une réelle invitation au savoir-être. De plus, le dialogue de supervision aura permis d'accorder espoir et confiance aux potentialités du savoir-être dans cette situation. Entre autres, il a été possible de mettre en mots que la présence authentique du psychologue, pleinement consciente du sentiment d'impuissance qui l'habitait et qui habitait la patiente, était nécessairement différente d'une présence qui visait à nier, contrer ou fuir l'impuissance. Cette élaboration réflexive venait donc en partie démystifier la crainte de ne pouvoir faire la différence à titre de psychologue en devenir.

L'intervention aura favorisé la mise en lumière authentique de l'impuissance vécue au contact de la souffrance de madame J ainsi que dans l'absence de possibilités d'échanges verbaux avec elle. L'intervention visait également la reconnaissance et la validation de la pression implicite exercée sur la patiente de répondre aux interventions multiples des soignants, alors qu'il lui était impossible de le faire. L'invitation au savoir-être s'est résumée en une invitation de porter à deux, sans mots, le sentiment d'impuissance. Il s'agissait de faire de la simple présence l'outil de communication pour ainsi apaiser l'urgence de dire ou de faire. Il s'agissait d'être liées dans le silence, précisément liées par ce sentiment d'impuissance partagé. Éventuellement, en cours de rencontre silencieuse, la patiente aura finalement mimé des lèvres un « merci ».

Face à la détresse de la personne mourante, le psychologue en soins palliatifs doit s'inspirer de l'intervention la plus juste mais la plus exigeante, la moins classique mais la plus pertinente dans un moment crucial et unique que la fin de la vie donne à voir : le savoir-être. Il s'agissait pour l'apprentie de rester présente au lieu de fuir le visage de la mort et porter *avec force* son propre sentiment d'impuissance. Elle a d'abord nommé la situation telle qu'elle était auprès de la patiente, dans une qualité d'être authentique. Ensuite, elle a opté pour le silence comme intervention, la parole n'ayant plus d'écho; les interventions de l'ordre du savoir et du savoir-faire n'ayant plus de sens ou de portée thérapeutique. Il s'agissait ici d'offrir à la patiente mourante un silence enveloppant et contenant dans un moment où il n'y avait plus rien à dire, ce qui s'avérait en soi une intervention plus à propos et plus authentique que des paroles ou gestes, ceux-là tentés abondamment et en vain par tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.

Un des défis majeurs pour le psychologue ou tout autre intervenant en soins palliatifs est de maintenir le contact relationnel jusqu'au bout (le contrat de non-abandon) en l'absence de moyens habituels comme le langage ou l'approfondissement d'un dernier message par la communication usuelle. L'apprentie s'est retrouvée à la croisée des chemins de la vie et de la mort où ne restaient plus que le contact des mains, la plongée des regards, la compassion envers celle qui meurt et la confiance dans un moment d'impuissance partagée. Par la puissance de son ancrage, la jeune psychologue a su contenir dans un continuum la détresse et le courage de la patiente pendant que celle-ci s'adonnait à sa toute dernière tâche, celle de mourir. Le superviseur a fait valoir à l'apprentie que dans ce moment précis, la force de son savoir-être a surclassé la somme de son savoir-faire et il s'agissait là de l'apprentissage principal de la supervision.

Parce que nommées et élaborées dans un espace d'échanges, l'impasse thérapeutique et l'impuissance vécues ici auront réellement pu être transformées en une confiance au pouvoir réel du savoir-être. Cette transformation, permise par le partage authentique du vécu en supervision, s'est soldée dans la création d'un savoir-être en congruence avec le vécu. L'impuissance peut donc nous aider fondamentalement comme intervenant en soins palliatifs, précisément parce qu'elle permet une alliance et une empathie profonde avec celle du malade. L'apprentissage du psychologue permettra par ailleurs d'arriver à transformer cette impuissance en opportunité, sans la confondre avec l'incompétence (Lecomte, 2010). Le sentiment d'impuissance peut alors se transformer en une invitation au savoir-être. Il nous permet d'évoluer en tant que clinicien et nous rapproche de l'expérience des malades. Toutefois, pour subir une telle métamorphose, cette impuissance se doit d'être reconnue, conscientisée et élaborée en dialogue. C'est exactement ce que permet l'espace relationnel de la supervision clinique.

Bibliographie

- Bessette, M. (2010). Psychothérapies pour les troubles de la personnalité. Quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Cantin, L. (2010). Questions préalables à une réflexion sur les impasses cliniques. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 31-46.
- de Montigny, I. (2010). Quand l'épreuve devient vie, éditions Médiaspaul, Montréal.
- Kohut, H (1971). *Analysis of the Self*. New-York International University press
- Lecomte, C. et Savard, R. (2004). *La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle*. Dans T. Lecomte & C. Leclerc, Manuel de réadaptation psychiatrique. Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, Y. (2010). Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 7-11.
- Vachon, M., Fillion, L. & Achille, M. (2012). Death confrontation, spiritual-existential experience and caring attitudes in palliative care nurses: an interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 9(2), 151-172

Note

- 1 Certains détails ont été modifiés pour préserver la confidentialité.

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bureaux à louer, pour psychologues. Boul. Saint-Joseph Est, Montréal, métro Laurier. Pour plus de renseignements, communiquez avec Nicole de Lorimier au 514 522-4535 ou à delorimier.nicole@ccpweb.ca.

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

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

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

Métro Longueuil – Bureau à louer ou à partager. Clinique multidisciplinaire (psychologues, nutritionnistes, kinésologues, médecin, etc.), à six minutes à pied du métro. Climatisation centrale, cuisinette et salle d'attente. Références au besoin. Entièrement rénové, chaleureux et ensoleillé. Stationnement gratuit pour professionnels et clients. Diverses modalités de location. Renseignements : 514 792-5387.

Blainville – À louer/sous-louer. Beaux bureaux rénovés dans édifice médical. Bien situé. Salle d'attente, cuisinette et toilette privée. Boiserie, fenêtres, foyer. Possibilité de références. 450 508-4778.

Bureau à louer au www.centredepsychologienewman.ca. LaSalle sur le boul. Newman, bien situé, édifice récent, climatisé, insonorisé, ensoleillé, lavabo, panneau réclame, temps partiel. 514 595-7799.

Sous-location à Varennes. Beaux bureaux spacieux aménagés pour thérapie d'adultes, enfants-adolescents (salles de jeu complètes) ou familles. Disponibles au bloc ou à la journée. Plusieurs tests disponibles sur place. Possibilité de travail multidisciplinaire et de supervision pour suivi d'enfants-adolescents. Édifice impeccable au bord du fleuve. 450 985-3141.

Bureau à partager, situé sur le boul. Saint-Joseph à deux pas de la station de métro Laurier. Salle d'attente, cuisinette. Renseignements : 514 288-2457.

Bureau à partager, près du métro Cadillac. 2 ou 3 jours/semaine (lundi, mercredi ou vendredi), meublé, salle d'attente, cuisinette. France Mathieu : 514 779-5971.

Québec (pointe Sainte-Foy) – Clinique médicale Campanile/Clinique de la mémoire de Québec. Bureaux à louer – Disponibles jour/soir/fin de semaine. Pour nous joindre : 418 652-7870.

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.

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 climatisation inclus. Communiquez avec nous au 514 381-0003.

Psychologue recherché(e) à Varennes pour sous-location. Plusieurs blocs horaires disponibles. Possibilité de supervision, clientèles adolescente et adulte. Bureau, bien éclairé, bien situé. Renseignements : 514 432-9120.

Bureau à sous-louer situé au 9169, Henri-Bourassa, Québec (Québec) G1G 4E5. 120 pieds carrés. Chauffé, éclairé et meublé. Stationnement disponible. Salle d'attente. Accès à Internet et à la cuisine. Coût 75 \$/jour ou 600 \$/mois. Renseignements : 418 609-6988, 514 388-7216.

Blainville – Bureaux à louer dans bâtisse neuve bien située sur Curé-Labelle. Temps plein ou partiel, meublés ou non. À partager avec psychologues enfance-famille. Cuisine, salle d'attente et toilette communes. Climatisation, ascenseur, insonorisation de qualité. Voir photos sur www.lespac.ca (n° 25433136). Communiquez avec André : 514 994-3973 ou psycho.huppe@videotron.ca.

Westmount – Furnished, modern, bright, private office with Wi-Fi in professional building. Available Monday, Thursday half day, Friday & weekend. Email: lmacmartin@aol.com or call 514-781-3038.

Bureau à partager – Verdun. Édifice médical, salle d'attente, toilette privée. Bureau : beau, grand, lumineux, tranquille. Proximité : métro, autoroute, stationnement. 514 935-6584.

Longueuil – Beau bureau ensoleillé, à partager, à deux pas du métro Longueuil. Prix compétitif. Outils d'évaluation clientèle jeunesse à partager. Kim D'Amours : 514 817-3645.

Laval – Bureaux insonorisés, meublés et climatisés. Près des autoroutes, Internet, cuisinette, salle d'attente, stationnement gratuit, plusieurs modalités de location. 514 502-4381, info@cliniquelaval.com, www.cliniquelaval.com (onglet Bureaux).

À deux pas du métro Laurier. Chaleureux bureaux à partager avec psychothérapeutes. Propres, calmes et sécuritaires, climatisés, assurés, cuisinette, salle d'attente. 514 490-0003 ou 514 231-8479.

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

Vieux Lévis – Bureau à louer. Bail à céder. 55, avenue Bégin. Locaux chaleureux, prix compétitif. Communiquez avec Luc Beaudoin : 418 884-4101 ou luc.beaudoin.psychologue@bell.net.

Cherrier – Métro Sherbrooke. Bureaux insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette, salle d'attente. Plusieurs modalités de location. Prix avantageux. Venez visiter! 514 202-2447, 514 476-8984, mirelevesque@gmail.com.

Bureau à louer – Clinique La Petite Voix. Beaubien près Christophe-Colomb, 3 jours/semaine, équipe dynamique, décor chaleureux, climatisation, cuisine équipée. Possibilité références. Lucie Desjardins : 514 948-0101.

Grand bureau rénové à louer à l'intérieur d'une clinique chiropratique à Saint-Hyacinthe. 500 \$/mois comprenant électricité et chauffage. Libre immédiatement. Mathieu : 450 252-0022.

Québec – Bureaux à louer sur Grande-Allée. Rénovés, meublés, accueillants. Salle d'attente. Location à l'heure, demi-journée ou journée. Conditions souples, possibilités de références. 418 682-2109.

Vieux Saint-Lambert – Bureau élégant, calme et chaleureux à sous-louer, à l'heure, au bloc ou à la journée. Possibilité 2 jours/semaine. Clientèle adulte. 514 242-2560.

Québec – Coin Marguerite-Bourgeoys/chemin Sainte-Foy. Bureau à partager, 11 x 16. Disponible 2 jours. Fenestré, climatisé, cuisinette, salle d'attente. Très bien situé. Céline Beaumont : 581 984-3267.

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

Nouveaux locaux luxueux, coin Laurier/Saint-Laurent. La Clinique TDAH de Montréal est à la recherche d'un(e) psychologue qui connaît bien le TDAH (ado/adulte) et les problématiques associées, tels que troubles anxieux, troubles de la personnalité. Cherchons également d'autres professionnels (orthopédagogue, psychoéducatrice, conseillère en orientation...) qui souhaitent se joindre à une équipe multidisciplinaire dynamique et rigoureuse à titre de travailleurs autonomes. Les locaux sont très bien insonorisés et meublés. Le loyer inclut téléphone, télécopieur, photocopieur, Internet Wi-Fi, cuisine, climatisation, salle d'attente et possibilités de références. S.V.P., communiquez avec Isabelle Lajoie, psychologue, au 514 800-8324, poste 301. Site : cliniquetdah.com.

Laval – Bureau à louer à l'intérieur d'un organisme travaillant auprès de personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. Bureau meublé, climatisé, Internet haute vitesse, modalités flexibles, stationnement, salle polyvalente, près du métro Concorde. Pascal Brodeur : 514 274-7447, poste 233, ou pascal.brodeur@aqt.ca.

Plateau – Bureaux à louer, rénovés, insonorisés, climatisés, meublés, Internet. Locations flexibles et avantageuses, équipe dynamique, possibilités de références, supervision et réunions cliniques. 514 678-5747, www.cepsychologie.com.

Bureau à louer. Adjacent à Outremont. Meublé, décor agréable, insonorisé et climatisé avec salle d'attente et cuisinette. Libre le lundi et le mardi. 514 274-0012.

Ville de Québec, près de Cartier. Appartement/bureau, rez-de-chaussée, 6 1/2, ensoleillé, 1400 pi², balcon, solarium, jardin fleuri. Idéal pour professionnel. 1550 \$. 418 525-6651, 418 609-1830.

Bureaux à louer pour travailleur autonome. Clinique de psychologie dans édifice professionnel située rue Beaubien, coin Langelier. Agrandissement! Nouveaux bureaux fenestrés sur toute la largeur (16' x 12', 192 pi²) et aussi bureaux sensiblement même grandeur non fenestrés à louer. Meublés, décorés, calmes, climatisés, Internet fourni, stationnement privé, salle d'attente, toilette à l'étage entretenue quotidiennement. Plusieurs professionnels (psychologue, avocat, sexologue, travailleur social) y travaillent déjà comme travailleurs autonomes. Plusieurs modalités locatives : à l'heure, à la journée ou au bloc d'heures (soirée, matinée, après-midi). Renseignements et/ou prise de rendez-vous pour une visite : Éric Beaulieu au 514 903-4420, eric-beaulieu8@hotmail.com, www.cliniquebeaubien.com.

Bureaux à louer – Laval. Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublés, spacieux, bien fenestrés. Salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Clientèle adulte. Au bloc, à la journée ou à forfait. Visitez notre site Web au <http://allardcadieux.ca> ou appelez au 450 663-7222.

Trois-Rivières – Bureau à partager au centre-ville sur la rue Bonaventure. Plusieurs plages sont disponibles. Stationnement inclus. Communiquez avec Sylvie Senécal au 819 690-2702.

Métro Laurier – Vaste bureau ensoleillé, bien décoré et insonorisé. Équipe dynamique. Disponible mardi et jeudi. Espaces communs. Renseignements : 514 524-5999.

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

La Clinique PsychoFamiliare Solution-Santé de Delson/Candiac recherche professionnels dynamiques désirant faire partie d'une équipe multidisciplinaire (psychologue, sexologue, orthopédagogue, orthophoniste...) comme travailleurs autonomes. Locaux neufs et modernes, ambiance stimulante, flexibilité de l'horaire (jours/soirs/fin de semaine), tarifs à l'heure ou au bloc horaire, possibilité de références de la clientèle. 450 633-9222 ou cpsolutionsante.info@gmail.com.

Le Centre d'Intervention, d'Apprentissage et de Services d'Évaluation (CINAPSE) situé à Sainte-Catherine en Montérégie recherche des psychologues cliniciens. Notre équipe composée d'une dizaine de professionnels saura vous plaire par son dynamisme. Nos bureaux neufs, vastes et éclairés sont disponibles pour location ou sous-location. Renseignements : 514 791-3480.

Le CÉNAA-Montérégie : Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Aide à l'apprentissage, qui regroupe des professionnels d'expérience dans diverses disciplines, recherche des psychologues pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants TSA-TED (formation et supervision de l'ADI-R et de l'ADOS disponibles sur place dès juin 2012). www.cenaa.ca, 450 907-3339, 514 265-8383.

Québec – Psychologues/neuropsychologues recherchés, pratique privée, clinique multidisciplinaire située à Sainte-Foy, clientèle enfants-adolescents. Conditions intéressantes de travail autonome. Possibilité de références. Renseignements : 418 864-2670.

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

Psychologue recherché(e). Clinique multidisciplinaire à Brossard (www.pelvisante.com). Renseignements : info@pelvisante.com.

RECHERCHE

Psychologists/therapists familiar with (or wishing to know about) Elaine Aron's concept of Highly Sensitive People (HSP). English or French. Contact Susan Meindl: smeindl@videotron.ca.

Batterie NEPSY-II neuve avec CD d'interprétation (anglais). Valeur de 1700 \$, demande 1300 \$. Renseignements : 819 634-2628 ou 819 629-2472, poste 224.

FORMATION

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

Rorschach – Formation de base complète sur le système d'Exner (CS). Durée de 4 jours (fin de semaine) à l'automne 2012 à Montréal (dates à déterminer). Formatrice : Julie Dauphin, Ph. D., psychologue clinicienne et chargée de cours à l'Université de Montréal. Coût : 725 \$. Renseignements : julda01@gmail.com ou 514 606-8283.

Saviez-vous que? **Nouveau traitement pour le trouble obsessionnel compulsif**

D^{re} Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) touche environ 3 % de la population. Le traitement de choix pour cette maladie est la thérapie cognitivo-comportementale, qui se base en partie sur l'exposition et la prévention de la réponse. Toutefois, environ 40 % de la clientèle refuse ou abandonne ce traitement, surtout les personnes les plus gravement atteintes, qui sont incapables de tolérer l'exposition. Depuis 1996, Kieron O'Connor, codirecteur et fondateur du Centre d'études sur les TOC et les tics, situé au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, affilié à l'Université de Montréal, met à l'épreuve une solution qui vise uniquement la cognition : la thérapie basée sur les inférences (TBI). Jusqu'à présent, ce traitement s'est révélé efficace avec tous les types et degrés de gravité de TOC. « Le problème originel n'est pas dans la phobie, comme on l'a longtemps cru, mais plutôt dans le doute obsessionnel », affirme M. O'Connor. Par exemple, pour la personne atteinte d'un TOC, ce n'est pas l'existence de la saleté qui pose un problème, mais plutôt la possi-

bilité qu'elle soit en contact avec cette saleté. Selon le chercheur, « c'est le doute qui enclenche la compulsion ». Les personnes ayant un TOC ne se fieraient pas assez à leurs sens et leur imagination l'emporterait toujours sur leur perception. Cette thérapie vise ainsi à amener le client à distinguer le doute obsessionnel du doute normal, à reconnaître les arguments personnels qui justifient le doute et les compulsions, à construire une autre histoire s'appuyant sur la réalité et les sens et à comprendre que le doute est issu de son imagination couplée à un raisonnement obsessionnel. D'autres recherches cliniques d'envergure sont en cours afin de confirmer l'efficacité de cette thérapie qui semble prometteuse.

Note

- 1 Une nouvelle thérapie pourrait venir à bout des TOC. Tiré du *Guide de Référence Santé* [nouvelles@guidesanteenligne.com] 19 mars 2012. Source : Université de Montréal.

LE PUBLIC FAIT CONFIANCE AUX ORDRES PROFESSIONNELS

Résultats d'un sondage commandé par le CIQ

La firme de sondage CROP a récemment réalisé un sondage à la demande du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) sur les perceptions et connaissances du public des ordres professionnels. Parmi les faits saillants, notons que 43 % des répondants estiment que la principale fonction d'un ordre professionnel est d'assurer la compétence de ses membres. Ils sont par ailleurs 20 % à croire que la protection du public est plutôt la principale fonction d'un ordre.

Le public sondé est bien informé des fautes pour lesquelles les membres d'ordres professionnels peuvent se voir imposer une sanction : non-respect de la confidentialité (93 %), inconduite sexuelle (91 %), acte criminel (89 %), appropriation de sommes d'argent (87 %), publicité trompeuse (86 %), diffamation (82 %). À la question « De manière générale, quel est votre niveau de confiance à l'égard des ordres professionnels? », la réponse « Totale confiance » a récolté 8 % des voix, tandis que « Assez confiance », 70 %. Par ailleurs, à raison de 55 %, le public dit faire davantage confiance à un membre d'un ordre professionnel, et 36 % disent faire aussi confiance à un membre d'ordre professionnel qu'à un non-membre.

Finalement, 11 % des sondés ont affirmé avoir consulté un psychologue au cours des deux dernières années, statistique également partagée pour les avocats et les infirmières auxiliaires.



L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

**Odile Husain, Ph.D.
Mariette Lepage, M.Ps.
Claudine Lepage, M.Ps.
Silvia Lipari, M.A.
Raphaële Noël, Ph.D.**

En partenariat avec le Centre de Psychologie Gouin, la première année de formation - Rorschach et TAT - débutera le 16 janvier 2013.

Inscription avant le 30 novembre 2012

**www.psychologieprojective.org
info@psychologieprojective.org**

Activités régionales et des regroupements

ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

La dernière formation du Regroupement des psychologues en programme d'aide aux employés (RPPAE) pour ce printemps aura lieu le vendredi 11 mai 2012. *Cyberdépendance : comment comprendre l'utilisation problématique des nouvelles technologies* sera le thème de cette formation qui sera présentée par la D^{re} Marie-Anne Sergerie, psychologue clinicienne.

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

COLLOQUE 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 participer à son colloque annuel qui aura lieu les 17 et 18 mai prochain au Holiday Inn Montréal-Midtown, à Montréal.

Pour de plus amples renseignements sur ces activités ou pour vous inscrire, consultez le site Web de la SQPTO au www.sqpto.ca.

ACTIVITÉ DE FORMATION DANS LA RÉGION DE L'ESTRIE

Le Comité des psychologues de l'Estrie invite les psychologues de la région à une formation ayant pour thème *Les problèmes conjugaux : une meilleure compréhension pour une meilleure intervention*. Cette formation sera donnée par Yves Dalpé et Johanne Côté, psychologues, et aura lieu le 18 mai 2012, de 9 h à 17 h, à l'Hôtellerie Jardin de Ville, au 4235, boulevard Bourque, à Sherbrooke.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec M^{me} Marie-Rose Grenier par courriel au marie-rose.grenier@USherbrooke.ca.

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

L'Association des psychologues des Laurentides organise un souper-conférence le vendredi 25 mai 2012, de 17 h à 21 h 30, animé par le D^r Pierre Cousineau, Ph. D., psychologue, sur le thème *La honte sous une loupe intégrative : Thérapie des schémas, ACT (behaviourisme 3^e vague), Existentialisme humaniste*. Cette activité aura lieu à Saint-Sauveur. L'assemblée générale annuelle de l'association aura aussi lieu à cette occasion.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'association au 819 321-9683.

COLLOQUE DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

Le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) invite tous les psychologues, membres et non-membres, à participer au tout premier colloque du RPCCQ. Celui-ci aura lieu les 25 et 26 mai prochain, à l'Hôtel Delta Québec, au 690, boulevard René-Lévesque Est, à Québec. En plus de souligner le 20^e anniversaire du regroupement, ce colloque présentera des activités de formation autour du thème *Évaluation et traitements des troubles de personnalité complexes et des troubles de l'humeur*.

Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire, consultez le site Web du RPCCQ au www.rpccq.net.

CONGRÈS INTERNATIONAL EN PARTENARIAT AVEC L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES

L'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS) est fière d'être partenaire du 34^e congrès de l'Association internationale de psychologie scolaire (ISPA) qui aura lieu du 9 au 13 juillet 2012 à Montréal. C'est d'ailleurs la première fois que cette activité se tiendra au Canada.

Bien que le feuillet d'inscription soit en grande partie unilingue anglais (langue de communication utilisée par l'ISPA), le congrès sera supporté de façon importante par un système de traduction et les psychologues scolaires qui souhaitent y assister seront accueillis par des personnes communiquant en français.

Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire, consultez le tout nouveau site Web de l'AQPS au <http://aqps.qc.ca>.

Tableau des membres

NOUVEAUX MEMBRES

Assaa Nguefack, Sylvestre René
Belleau, Rachelle
Bergevin, Stéphanie
Campisi, Lisa
Corriveau, Odile
Doucet, Ariane
Dubé, Stéphanie
Gagnon, Valérie
Giguère, Claudine
Goyette, Mathieu
Harvey, Marie-Josée
Labelle, Véronique
Larouche, Stéphanie

Longval, David
Meilleur, Karine
Meloche, Stéphanie
N'Diaye, Aïda Annick
Ouellet, Jérôme
Paquin, Nicole
Perlin, Jewel

DÉCÈS

Desaulniers, Renèle
Phaneuf, Hélène
Verreault, René

_Vient de paraître



1

1_TABLER SUR LE PLAISIR

Afin de donner un sens à nos manières d'interagir avec les autres, cet ouvrage propose des stratégies de communication axées sur quatre types de plaisirs : fusionnels, audacieux, rebelles et courtois. L'approche des auteurs : reconnaître les plaisirs offerts par une situation donnée et explorer de nouvelles manières d'être en relation.

Jacques Tremblay, psychologue, et Pierre Mongeau
Presses de l'Université du Québec

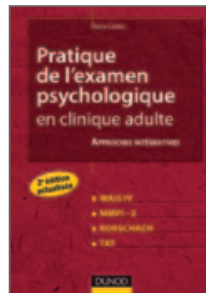


2

2_DANSER AVEC LE CHAOS

S'adressant aux personnes anxieuses, à celles qui vivent des épreuves et à quiconque veut remettre de la créativité dans sa vie, l'auteur propose d'accueillir l'inattendu plutôt que de le subir. En présentant les imprévus comme des occasions de se réinventer, en introduisant la dimension poétique des coïncidences, cet ouvrage vise à ouvrir des voies créatives dans le discours de la psychologie populaire.

Jean-François Vézina, psychologue
Éditions de l'Homme



3

3_PRATIQUE DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE EN CLINIQUE ADULTE – APPROCHES INTÉGRATIVES

Pour les tests suivants : WAIS IV, MMPI-2, Rorschach et Thematic Apperception Test (TAT), ce manuel propose des grilles interprétatives, des techniques d'utilisation des résultats avec le sujet et avec des tiers ainsi qu'une approche méthodologique permettant la « conceptualisation du cas clinique ». Organisé autour d'exposés théoriques et pratiques en plus d'études de cas détaillées, l'ouvrage s'adresse surtout aux psychologues cliniciens et aux étudiants.

Dana Castro, psychologue à Paris
Dunod



4

4_SOYEUX HEUREUX SANS EFFORT, SANS DOULEUR, SANS VOUS CASSER LA TÊTE

Cet ouvrage destiné au grand public propose une approche originale, intelligente et provocatrice pour aider les gens à tout

bonnement se sentir mieux. Au moyen d'anecdotes et de cas vécus, l'auteure explique comment éviter les pièges qui rendent malade et comment réveiller le bonheur en soi. Armés de bon sens et de trucs simples, ces conseils visent simplement à faire du bien.

Lucie Mandeville, psychologue
Éditions de l'Homme



5

5_COMMENT AMÉLIORER MON MÉDECIN?

Ce petit livre simple et pratique a pour but d'aider le lecteur à bien se faire comprendre par son médecin afin d'être mieux soigné. Les auteurs expliquent les bases de la pensée médicale, suggèrent des manières de se préparer à une consultation, de collaborer efficacement avec le médecin et de bien utiliser l'information reçue par la suite. Un patient aux attentes réalistes évitera bien des frustrations.

Bruno Fortin, psychologue, et Dr. Serge Goulet, médecin
Fides

indexsanté.ca

Le répertoire santé du Québec

ANNONCEZ VOS SERVICES SUR LE WEB GRÂCE AU RÉPERTOIRE INDEX SANTÉ

www.indexsante.ca/Psychologues



Index Santé, c'est plus
de **4,9 millions** de pages
vues annuellement!



Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

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



Contenu

Niveau 1

Origine de l'IMO. Différences entre traumas et souvenirs intégrés. Types de problématiques pouvant être aidés par l'IMO. Évaluation du client spécifique à l'IMO. Sur quelle mémoire 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.

IMO-1 Montréal: 6-7 sept. 2012
IMO-2 Montréal: 22-23 nov. 2012
Saine-Marie, Beauce: 20-21 août 2012

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 650\$ / pers.

Réservation*: 600\$ / pers.

Communautaire: 400\$ / pers.

* Paiement deux semaines
avant la tenue de la
formation

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

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue

Superviseur/e/s accrédité/e/s:

Stéphane Migneault, psychologue

Annie Perreault, psychologue

Stéphanie Deslauriers, psychologue



Thérapie d'IMPACT

UNE APPROCHE
VIVANTE,
DYNAMIQUE
ET IMPACTANTE

THÉRAPIE D'IMPACT

Québec: N/A

Montréal: 16-17-18 mai 2012

TECHNIQUES D'IMPACT

Approche individuelle

Québec: 7 mai 2012

Montréal: 30 avril 2012

Approche groupe, couple, famille

Québec: 8 mai 2012

Montréal: 1 mai 2012

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DES PETITS ET DES GRANDS

Québec: 9 mai 2012

Montréal: 2 mai 2012

BURNOUT ET DÉPRESSION

Québec: 21 septembre 2012

Montréal: 5 octobre 2012

BYE BYE ANXIÉTÉ

Québec: 19 septembre 2012

Montréal: 3 octobre 2012

L'ART DE SEMER

Québec: 10 mai 2012

Montréal: 3 mai 2012

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Québec: 11 mai 2012

Montréal: 4 mai 2012

LE DEUIL ET SES ISSUES

Québec: 20 septembre 2012

Montréal: 4 octobre 2012

Tarifs par jour
9h à 16h

Réservation*: 225\$
Régulier: 250\$
Groupe (3 et plus): 200\$
Étudiant temps plein/
communautaire (avec preuve) 125\$

* Paiement deux semaines avant la tenue de l'atelier.
Tarif régulier: réservation moins de deux semaines avant la tenue de l'atelier.
Tarif groupe: 3 personnes inscrites en même temps sous une même facture.
Les prix sont sujets à changement sans préavis.

DERNIÈRES DATES À QUÉBEC!
PROFITEZ-EN!

C.P. 1051, Lac-Beauport (Québec), Canada, G3B 2J8

T.: 418 841-3790 • 1 888 848-3747

F.: 418 841-4491

www.academieimpact.com • info@academieimpact.com



Académie

IMPACT

PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE

« Entendre des voix » : quel diagnostic?

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

Le cas clinique

Le patient est suivi en consultation externe de psychiatrie depuis deux ans. En périodes de stress élevé, il rapporte entendre une voix qui le dénigre. Il s'agit de la voix de son père, décédé il y a une dizaine d'années. L'équipe traitante hésite entre divers diagnostics : schizophrénie, trouble schizoaffectif ou maladie bipolaire atypique. Les médicaments antipsychotiques de nouvelle génération ont contribué à stabiliser son état. Il a réussi à maintenir son lien d'emploi. Hiver et été, il ramasse les paniers dans le stationnement d'un grand magasin de la banlieue. Les conflits avec son supérieur immédiat ont précipité une rechute.

La recherche le dit

Les articles récents sur le traitement cognitif de la psychose suggèrent que ce ne sont pas les symptômes eux-mêmes qui causent détresse et dysfonction, mais plutôt les évaluations cognitives et métacognitives (attributions et croyances) au sujet de la signification du symptôme (origine, identité et but) (O'Connor, 2009). Nuancer les croyances au sujet du symptôme, modifier le style de raisonnement et normaliser l'expérience peuvent aider à gérer le symptôme. Les symptômes psychotiques se trouvent en effet sur un continuum avec les expériences normales. Selon cet auteur, plutôt que d'être une erreur de distorsion perceptuelle, l'hallucination et le délire seraient des styles cognitifs qui encouragent l'immersion cognitive, affective et sensorielle dans des récits de fiction comme s'ils étaient réels.

De 30 à 70 % des étudiants collégiaux ont déclaré avoir entendu des voix au moins une fois dans leur vie. De 10 à 25 % de la population générale ont eu une hallucination (Stip et Letourneau, 2009). Entendre des voix n'est pas un phénomène problématique s'il se produit rarement. Ceux qui ont la capacité de recadrer les voix de façon positive et saine ne consultent pas en psychiatrie. Plusieurs regroupements communautaires souhaitent normaliser et dédramatiser le phénomène « des entendeurs de voix ¹ ».

Hallam et O'Connor (2002) considèrent que les hallucinations verbales font partie d'un dialogue inachevé. Beavan et Read (2010) soulignent l'importance de tenir compte du contenu des voix. Dans le cas qui nous intéresse, cela signifie explorer la relation réelle ou imaginaire avec son père décédé, ce qu'il aurait souhaité pouvoir lui dire, ce qu'il aurait souhaité entendre.

À partir d'un projet pilote portant sur 20 patients, Marois et ses collaborateurs (2011) recommandent une intervention cognitive hebdomadaire pendant 6 mois en phase stable de la maladie. Les améliorations des symptômes psychotiques, statistiquement significatives, se sont maintenues après six mois. L'autocritique est également améliorée de façon statistiquement significative. Les cinq techniques les plus fréquemment utilisées par les thérapeutes furent le devoir, le plan de prévention de la rechute, le programme et les objectifs de thérapie, la psychoéducation et le questionnement socratique. L'intervention en phase aiguë n'apporte pas de résultat. Les résultats positifs pourraient être associés en partie à une meilleure adhésion dans la prise des médicaments.

Pour ce qui est du processus, le patient dont nous avons parlé au début de cet article a accepté notre hypothèse que la voix de son père se manifestait comme un signal lui indiquant que la pression était trop forte dans sa vie et qu'il fallait résoudre un problème. Quant au contenu, ce signal prenait la forme de la voix de son père sans doute à cause d'un deuil difficile à vivre dans sa jeunesse, un deuil qu'il reconnaissait facilement comme inachevé. Le patient décrit son père comme un homme malheureux aux habiletés sociales limitées. Il en est venu à considérer ce signal comme un avertissement bienveillant, mais malhabile, lui indiquant qu'il faut utiliser ses ressources internes et externes pour améliorer la situation, faire de son mieux pour régler les problèmes. Sa situation s'est stabilisée et cela lui a permis d'accorder toute son attention aux personnes vivantes de son entourage.

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

Bibliographie

- Beavan, Vanessa et Read, John (2010). Hearing voices and Listening to What They Say : The importance of Voice Content in Understanding and Working With Distressing voices, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol 198, n° 3, march 2010, 201-205.
- Hallam, R. S. et O'Connor, K. P. (2002). A dialogical approach to obsessions, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2002, 75, 333-348
- Marois, Marie-Josée, Gingras, Nathalie, Provencher, Martin D., Mérette, Chantal, Émond, Claudia, Bourbeau, Julie, Jomphe, Valérie et Roy, Marc-André (2011). La thérapie cognitivo-comportementale des psychoses en début d'évolution : étude ouverte en milieu clinique. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol 56, n°1, January 2011, 51-61.
- O'Connor, Kieron (2009). Cognitive and Meta-cognitive Dimensions of Psychoses, *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 54, n° 3, mars 2009, 152-159.
- Stip, Emmanuel et Letourneau, Genevieve (2009). Psychotic Symptoms as a Continuum Between Normality and Pathology, *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 54, n° 3, mars 2009, 140-151.

Note

1 http://www.lepavois.org/entendeurs-voix/pg_0001.htm

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

MONTREAL | GATINEAU | JONQUIERE | QUEBEC | 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



CIG

CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE



Programmes de
formation clinique



Ateliers de
perfectionnement



Groupe
NeuROgestalt



Les Éditions du CIG

FORMATION CLINIQUE

32^e PROMOTION, SEPTEMBRE 2012

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

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

DOCUMENTATION COMPLÈTE ET DOSSIER DE CANDIDATURE :

www.cigestalt.com | administration@cigestalt.com

514 481-4134