

Psychologie Québec

VOLUME 24 | NUMÉRO 2 | MARS 2007



Les troubles envahissants du développement

ISAPP :
un grand congrès
international à
Montréal en 2007

**Honoraires dus
au psychologue**

**Portrait : Père
Monbourquette**

AVIS D'ÉLECTION à l'intérieur

DES POSTES À COMBLER DANS 6 RÉGIONS. PENSEZ-Y!

CIG



Le CIG est un institut de formation clinique, spécialisé dans le traitement des troubles de la personnalité. Depuis sa fondation en 1981, la formation et le perfectionnement professionnels sont au coeur des activités du CIG. Le système thérapeutique mis au point au CIG résulte d'une intégration de la perspective expérientielle propre à la Gestalt-thérapie et des perspectives développementales issues des théories de la relation d'objet, éclairées par les neurosciences contemporaines.

La psychothérapie des troubles de la personnalité

Un défi majeur pour la pratique contemporaine

La compréhension des Troubles de la personnalité est au coeur de la pratique du psychothérapeute généraliste. Le traitement de ces pathologies complexes nécessite l'établissement d'un lien fort, contenant, générateur de sens, et réparateur.

Le modèle pratiqué et enseigné au CIG est une « Evidence Based Practice » (APA, 2005), appuyée sur le développement continu des connaissances issues de l'expérience clinique, de la recherche clinique et de la neurodynamique contemporaine.

Le programme de formation clinique

La méthode du CIG

Son premier champ d'application est celui des troubles de la personnalité. Il est indiqué dans le traitement des pathologies présentant une comorbidité inter-axe.



Il est d'essence expérientielle, relationnelle et intégrative. Sa maîtrise nécessite le

déploiement de 3 axes de compétence. La compétence réflexive permet d'accéder à ses ressources théoriques et cliniques en cours de séance. La compétence affective est une capacité à éprouver un registre étendu d'affects modérés, en phase avec la situation clinique. Enfin, la compétence interactive permet de choisir divers modes de présence adaptés au contexte.

La sélection des candidats

Les programmes de formation clinique du CIG sont strictement réservés aux professionnels de la santé mentale. Chaque année, nous acceptons 16 de ces professionnels.

Des cliniciens formés à l'approche oeuvrent aujourd'hui en différents milieux, au Québec et en Europe.

50 % d'entre eux exercent en milieu hospitalier et au sein de divers éta-



blissements de santé. L'autre 50 % exerce en bureau privé. Au Québec, 67 % de nos participants sont psychologues, 13 % sont psychiatres, 11 % sont travailleurs sociaux, et 9 % sont conseillers d'orientation ou infirmières psychiatriques.

La structure du programme

Afin de faciliter la participation de professionnels de l'étranger et des régions du Québec, le

programme est structuré en 4 sessions de 4 jours (jeudi, vendredi, samedi et dimanche) par année durant 3 ans, pour une durée totale de 360 heures. Les 4 sessions annuelles sont comprises entre septembre à juin. Entre les sessions comme telles, les participants suivent un programme de lectures et procèdent à des analyses de leur pratique ainsi qu'à la mise en application progressive de leurs acquis.



La méthode didactique

Elle vise le développement progressif des compétences réflexive, affective et interactive à travers des lectures guidées, des présentations théoriques, des activités expérientielles et des séances supervisées en direct.

Cette approche théorique, pratique et expérientielle du développement de la compétence thérapeutique, que nous avons perfectionnée depuis 1981, se trouve aujourd'hui soutenue par les connaissances issues de la convergence entre les neurosciences cognitives et affectives et les recherches sur le processus thérapeutique.



Directeur de la formation clinique, Gilles Delisle, Ph.D.

Responsable de la sélection et de l'intégration clinique, Line Girard, M.Ps.

Superviseurs-didacticiens, Nadine Delbeke, M.Ps., Marc-Simon Drouin, Ph.D., Louise Lacasse, M.Ps., André Lapointe, Ph.D., Alain Mercier, M.Ps.

Secrétariat du CIG, 5285 boul. Décarie, bureau 300, H3W 3C2, 514-481-4134

Visitez notre site web : www.cigestalt.com

J'ai lu un article qui m'a intrigué.
Cela fait cinq ans que je vous rencontre
sans faire de progrès.
Suis-je dans un groupe contrôle
pendant que vous donnez
le traitement efficace
à quelqu'un d'autre ?



SOMMAIRE

VOLUME 24 • NUMÉRO 2 • MARS 2007

- 5 Éditorial**
Les psychologues et la politique
- 6 Chronique du secrétariat général**
Cessation d'exercice et tenue de dossiers
- 9 Chronique juridique**
Activités réservées et encadrement de la psychothérapie :
où en sommes-nous ?
- 10 Chronique développement de la pratique**
Divulgarion du QI : éviter le préjudice
- 13 Chronique de déontologie**
Les honoraires dus au psychologue
- 16 Portrait**
Père Monbourquette, guérisseur des âmes
- 20 7^e congrès ISAPP : une place de choix pour les psychologues**
- 36** Activités régionales et activités de regroupements •
Colloques, congrès et ateliers • Petites annonces •
Nouveaux membres, réinscriptions et décès • En bref
- 42 La recherche le dit...**

DOSSIER

Les troubles envahissants du développement

22 L'autisme et autres troubles

Par Gaëtan Tremblay

27 Les troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle

Par Édith Ménard, Suzanne Mineau
et Laurent Mottron

31 Le trouble envahissant du développement avec déficience intellectuelle

Par Ulla Hoff



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

*Psychologie Québec est publié six fois par année à l'intention des membres de l'Ordre
des psychologues du Québec. Les articles signés sont publiés sous la responsabilité
de leurs auteurs. L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent
pas l'approbation ou l'entérinement des services annoncés. La reproduction des textes
est autorisée avec mention de la source.*

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

Envoi en Poste publication
de convention 40065731

Rédactrice en chef : Diane Côté
Comité de rédaction : Rose-Marie Charest,
Marie Galarneau, Francesca Sicuro, Lucille Doiron
Rédaction : Annie-Michèle Carrière

Publicité : David St-Cyr
Tél. (514) 738-1881 ou 1 800 363-2644, p. 231
Télécopie : (514) 738-8838
Courriel : psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Réalisation graphique : Mardigrade

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

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

PSYCHOLOGIE QUÉBEC – Dates de tombée
Juillet 2007 : 31 mai 2007
Mai 2007 : 30 mars 2007



DOMINIQUE INTERACTIF C'EST QUOI?

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



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

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



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

Les psychologues et la politique



Par
Rose-Marie Charest
M.A., PRÉSIDENTE

PERSONNE n'est à l'abri de la politique. Les psychologues non plus. J'ai maintes fois entendu des psychologues dire qu'ils préféreraient ne pas se mêler de politique et force m'est de constater que peu d'entre nous osent s'y aventurer. Je ne parle pas ici nécessairement de politique fédérale, provinciale ou municipale, mais d'action politique au sens large. Cela va de la simple participation à un comité de pairs ou de citoyens jusqu'à l'exercice du pouvoir comme tel.

S'impliquer politiquement, c'est accepter de faire valoir ses idées, de prendre la parole au nom d'un groupe auquel on appartient ou non, de réclamer et d'utiliser le pouvoir de changer les choses dans le sens d'objectifs communs. Or trop souvent, une attitude défaitiste constitue un frein à une telle implication : « ça ne donne rien, c'est politique. » Bien sûr, si je n'y suis pas, il y a moins de chances que mon point de vue soit entendu. Bien sûr, si j'y suis, je ne suis pas assurée que mon idée sera retenue. En démocratie, personne n'est tout-puissant, heureusement. Mais personne n'est totalement impuissant non plus. Cette idée qui n'a pas été retenue immédiatement pourra tout de même faire son chemin. Et que dire des stratégies politiques? La recherche d'authenticité si chère aux psychologues entre-t-elle véritablement en conflit avec toute forme de stratégie? Lorsqu'on joue aux échecs, on ne floue pas son adversaire. Lorsqu'on mène un combat politique, chacun fait valoir son point de vue et tente d'atteindre l'objectif qui est le sien : ce n'est ni faux ni malhonnête en soi. Ce n'est pas parce que certains

joueurs sont déloyaux que l'on doit s'empêcher de jouer. J'ai la conviction qu'on peut honnêtement développer des stratégies efficaces politiquement qui permettent justement de faire respecter nos valeurs. Cependant, j'ai aussi la conviction qu'on ne peut y arriver seul. Le premier pouvoir est celui de convaincre, de rallier à une cause.

Tisser des liens, créer des alliances, définir un objectif commun tout en respectant l'individualité de chacun : tout cela me semble faire naturellement partie du bagage du psychologue. Pourquoi ne pas le faire davantage sur la scène administrative, sociale, publique ou politique? Pourquoi laisser la place, et le pouvoir qui en découle, à d'autres? Trop souvent, il nous apparaît évident que d'autres peuvent défendre nos valeurs aussi bien que nous. Trop souvent on est déçu, et la réaction fréquente en est une de cynisme. Or le cynisme, comme les plaintes et le désengagement, n'a jamais montré son efficacité. L'engagement est source de bonheur, nous dit la recherche en psychologie. Probablement parce qu'il contribue au sentiment d'efficacité personnelle en permettant de situer l'action sur une trajectoire à long terme, de ne pas voir chaque échec ou chaque succès comme définitif et de nous évaluer de manière globale. À cela s'ajoute le sentiment de contrôle, même relatif, sur son environnement personnel, familial, professionnel ou social. Qui plus est, l'engagement permet à d'autres de bénéficier des retombées de nos actions et le sentiment d'être utile n'est pas négligeable dans l'estime de soi.

Depuis que je préside l'Ordre, j'ai mené plusieurs combats dans l'intérêt du public québécois et de la profession de psychologue. Vous êtes nombreux à m'en remercier et cela me touche. Je tiens toutefois à dire que les joies que cela m'apporte sont grandes, la première étant celle de faire

équipe non seulement avec la permanence de l'Ordre mais avec de nombreux psychologues qui, à différentes étapes, apportent leur contribution.

Les informations, observations ou réflexions que plusieurs parmi vous mettent à notre disposition sont autant de manières de vous engager dans une cause. De même, la participation à des comités permet à l'Ordre d'accomplir son mandat avec compétence et efficacité dans l'intérêt du public et de la profession. Ce sont les psychologues qui font la profession de psychologue, l'Ordre étant un lieu de rassemblement et de confrontation des points de vue.

Dans ce numéro, vous trouverez l'avis d'élection. Le tiers des postes d'administrateurs sont en élection comme à chaque année. Je souhaite sincèrement que vous soyez nombreux à poser votre candidature afin que s'exerce un processus démocratique permettant de choisir des personnes qui prennent les principales décisions qui concernent la profession. Participer à la direction de votre ordre professionnel est à la fois exigeant et enrichissant. Certains dossiers entraînent des moments d'intense frustration où le sentiment de faire du sur-place est teinté de découragement, mais il y a aussi et surtout de grandes satisfactions à voir aboutir un processus qui mène à des changements espérés depuis longtemps dans l'intérêt d'une collectivité ou d'une cause qui nous dépasse.

Apportez votre contribution au mieux-être du public québécois ou au développement de votre profession : c'est une invitation.

Le seul vrai pouvoir est le pouvoir de conviction. J'espère l'avoir exercé efficacement.

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

Cessation d'exercice et tenue de dossiers



Par
Stéphane Beaulieu
M. Sc., SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

AVEC le phénomène démographique de vieillissement « accéléré » de la population, un nombre élevé de psychologues prendront leur retraite au cours des prochaines années. Ce phénomène pose le problème du transfert et de la conservation des dossiers des psychologues qui cessent d'exercer. La retraite n'est évidemment pas le seul moment dans la carrière du psychologue où celui-ci doit avoir recours à un tiers pour assurer la garde de ses dossiers. Les psychologues qui prennent des congés pour des motifs de santé, des motifs personnels ou familiaux, ou en raison d'une radiation, doivent eux aussi prévoir des mesures en ce sens.

Il existe un règlement de l'Ordre qui prévoit des dispositions pour la garde provisoire ou définitive des dossiers du psychologue qui cesse ses activités professionnelles de façon temporaire ou permanente.

Gardien provisoire

Le règlement prévoit que le psychologue qui cesse d'exercer temporairement sa profession doit désigner un gardien provisoire de ses dossiers. Ce gardien doit nécessairement être un psychologue actif, dûment inscrit au tableau des membres. Le psychologue qui cesse de pratiquer doit informer l'Ordre par écrit du nom et des coordonnées du psychologue qu'il a désigné comme gardien provisoire. Il doit aussi préciser la durée de son interruption d'exercice. Le gardien provisoire doit informer les clients par écrit qu'il détient leur dossier et qu'il en assurera la conservation pendant toute la durée de l'interruption de pratique du psychologue.

Le cessionnaire

Dans le cas d'une cessation définitive d'exercer, la même procédure s'applique. Le psychologue qui sera chargé de conserver les dossiers est alors désigné *cessionnaire*. Le cessionnaire doit aviser par écrit les clients du psychologue du fait qu'il est en possession des dossiers de ce dernier et les informer de leur droit de consulter un autre psychologue. Il doit en plus faire publier à deux reprises une annonce dans un journal quotidien précisant qu'il est en possession des dossiers du psychologue qui a cessé d'exercer. Cette procédure s'applique notamment lors du décès d'un psychologue et lors d'une radiation permanente ou d'une durée de plus de six mois.

Désignation préventive d'un cessionnaire

Dans tous les cas, l'Ordre favorise grandement que chaque psychologue, quelle que

Des nouvelles du Bureau

Les membres du Bureau se sont réunis en séance régulière le 1^{er} décembre 2006.

Nominations à divers comités

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

- Comité de la formation continue : M. Martin Drapeau, psychologue.
- Comité de révision : M^{me} Johanne Langis, MM. Pierre Lamothe et Claude LaRochelle, psychologues.
- Comité de vérification : M. André Pellerin, psychologue, à titre de président du comité.
- Comité de travail sur l'intervention à distance : MM. Stéphane Bouchard, Nicolas Chevrier, André Marchand, Mario Poirier, psychologues, M. Pierre Desjardins, psychologue, directeur de la qualité et du développement de la pratique, M^e Édith Lorquet, avocate, conseillère juridique et aux affaires externes.

Syndic

Le Bureau a adopté le document intitulé *Processus d'enquête du Bureau du syndic*. Ce document est maintenant disponible sur le site Web de l'Ordre.

Le Bureau a nommé M^{me} Claire Molleur, psychologue, à titre d'expert pour le Bureau du syndic et a aussi nommé deux syndics adjoints ad hoc dans deux dossiers d'enquête.

Discipline

Conformément aux recommandations du Comité de discipline, le Bureau a imposé un stage de perfectionnement dans un dossier disciplinaire et a imposé de suivre le cours de déontologie dans un autre. Un rapport final de supervision a été déposé par le maître de stage dans un autre dossier. Après évaluation, le Bureau a autorisé la fin dudit stage.

soit l'étape de sa carrière, désigne à l'avance un gardien/cessionnaire. Cette mesure se veut préventive au cas où une situation soudaine ou imprévue précipiterait l'interruption temporaire ou permanente des activités du professionnel.

Pour ce faire, après avoir établi une entente avec un psychologue qui accepte le mandat, le psychologue avise l'Ordre, par écrit, du nom et des coordonnées du psychologue qui agira soit à titre de gardien provisoire ou de cessionnaire, advenant une incapacité temporaire de pratiquer ou cessation définitive d'exercice. Sur réception de cet avis, l'Ordre consignera l'information aux dossiers respectifs et confirmera par écrit auprès des deux parties la désignation préventive du gardien/cessionnaire.

Une telle entente entre deux psychologues, effectuée à l'avance, facilite grandement le processus lorsque le temps est venu d'actualiser la procédure de transfert des dossiers. Elle permet aussi un échange de service, particulièrement en ce qui a trait aux frais administratifs reliés à une telle procédure (frais de poste et annonce dans les journaux).

Les psychologues en société ou à l'emploi d'une personne physique ou morale

Les dossiers des psychologues qui sont membres ou à l'emploi d'une société de psychologues ou à l'emploi d'une personne physique ou morale ne sont pas visés par ce règlement, sauf si tous les membres d'une société cessent d'exercer en même temps.

Vous pouvez consulter le règlement intitulé *Règlement sur les dossiers d'un psychologue cessant d'exercer sa profession* sur le site Web de l'Ordre à la rubrique Protection du public dans la page Lois et règlements.

Les psychologues qui seront intéressés par une telle procédure pourront adresser leur

correspondance à l'attention de M^{me} Francine Pilon au secrétariat général de l'Ordre. Notons, enfin, que le psychologue dûment inscrit au tableau des membres, qui interrompt temporairement ses activités professionnelles et qui demeure accessible pour sa clientèle n'a pas à recourir à un cessionnaire.

Les psychologues, toujours actifs dans le monde des médias

LE MONDE des médias bouillonne de sujets qui requièrent les lumières d'un psychologue. Que ce soit pour rassurer la population suite à une catastrophe, nous n'avons qu'à penser à la tuerie du Collège Dawson, ou pour apporter des éléments de réponses aux parents dont les enfants souffrent de déficit d'attention, de nombreux journalistes et chercheurs s'empressent de joindre le Service des communications pour obtenir des noms de psychologues intéressés à répondre à leurs questions.

Afin de s'assurer que des personnes qualifiées, tels les psychologues, répondent à cette demande grandissante, une banque de référence média a été mise en place il y a maintenant dix ans. Son but premier : intercepter les multiples appels des médias et les diriger vers une personne formée et intéressée à s'entretenir avec eux. D'année en année, le pourcentage d'appels est en hausse, passant de 371 en 2005 à 580 en 2006. Parions qu'au cours de l'année 2007, les psychologues seront tout aussi présents sur la scène médiatique !

Nous vous rassurons tout de suite : il n'est pas question d'acquiescer à toutes les demandes. Nous pesons le pour et le contre de chacune et nous nous assurons de répondre conformément à notre engagement premier : la protection du public.

Pour tout commentaire ou question, n'hésitez pas à envoyer un courriel à amcarriere@ordrepsy.qc.ca

Inventaire de personnalité de Jackson

Par Douglas N. Jackson



Cet inventaire mesure les traits de personnalité du sujet en ce qui concerne son fonctionnement dans diverses situations incluant le travail, les relations interpersonnelles, etc.

5002-320161 Échantillon pqt de 1

INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

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

Téléphone : 514 382-3000 • 1 800 363-7800

COURS DE DÉONTOLOGIE

CALENDRIER 2007

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

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

Formatrice : Élyse Michon, M.Ps.

Le calendrier du cours

« **DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME** »

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

MONTREAL

Choix de dates : • 30 mars et 27 avril 2007

• 11 mai et 8 juin 2007

• 17 août et 14 septembre 2007

• 28 sept. et 26 octobre 2007

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

FORMULAIRE
D'INSCRIPTION

Cours Déontologie et professionnalisme • Sessions 2007-2008

Nom _____ Prénom _____

Adresse à domicile _____

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

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

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

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

Activités réservées et encadrement de la psychothérapie : où en sommes-nous ?



Par
**M^{re} Édith
Lorquet**
CONSEILLÈRE JURIDIQUE
ET AUX AFFAIRES EXTERNES
elorquet@ordrepsy.qc.ca

B IEN qu'il ait été question qu'un projet de loi, donnant suite aux recommandations du groupe d'experts en santé mentale et en relations humaines (rapport Trudeau), soit déposé à l'Assemblée nationale à l'automne dernier, cela n'a pas eu lieu. Des réactions des milieux à l'égard de certaines des recommandations contenues au rapport expliquent en grande partie le retard quant à l'échéancier initialement prévu. À l'heure actuelle, les échanges se poursuivent entre l'Office des professions et différents intervenants dont les ordres œuvrant en santé mentale et relations humaines afin de trouver des solutions aux difficultés de mise en application soulevées. Une fois ces difficultés aplanies et si le contexte politique le permet, un projet de loi, préparé par l'Office des professions, pourra être déposé à l'Assemblée nationale par le ministre responsable de l'application des lois professionnelles, et ce, dès la prochaine session parlementaire. Entre-temps, le *statu quo* prévaut.

Accès aux soins psychologiques pour les proches des victimes d'actes criminels

Le 13 décembre dernier, la *Loi modifiant la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et d'autres dispositions législatives* a été sanctionnée. Rappelons que la modification particulièrement significative pour les psychologues prévoit que dans certains cas, les proches des victimes auront accès à des services de réadaptation psychothérapeutique. Dans ma chronique de septembre dernier, je soulignais que plusieurs questions restaient en suspens puisque de nombreux éléments devaient être définis ultérieurement dans un règlement. Ce projet de règlement a été publié le 24 janvier dernier et il est entré en vigueur 15 jours plus tard. La loi telle que sanctionnée est venue quant à elle apporter certaines précisions.

Au Québec, la réadaptation psychologique sera offerte exclusivement par des professionnels régis par le Code des professions et qui dispensent des services de rétablissement psychologique et social. Dans le cas d'un proche domicilié à l'extérieur du Québec, de tels services seront offerts par les personnes habilitées à les dispenser.

L'accès à la réadaptation psychothérapeutique est prévu dans deux situations. La première prévoit qu'un proche d'une victime pourra bénéficier des services psychologiques si cela peut aider à la réadaptation de la victime. La seconde situation prévoit qu'un proche d'une victime d'homicide ou présumée morte à la suite d'un enlèvement pourra en bénéficier s'il subit un préjudice psychologique découlant de ce crime.

On entend par « proche » : le conjoint, le père et la mère de la victime ou la personne lui tenant lieu de père ou de mère, l'enfant de la victime ainsi que l'enfant de son conjoint, le frère et la sœur de la victime, le grand-père et la grand-mère de la victime ainsi que l'enfant du conjoint du père ou de la mère de la victime.

Dans le cas où la réadaptation est offerte à un proche qui aidera la victime à se réadapter, on entend également par « proche » une personne choisie par la

victime avec qui elle a un lien significatif. Lorsque la victime est âgée de moins de 14 ans ou lorsqu'elle n'est pas en mesure de faire ce choix, le proche est désigné par son représentant.

Lorsqu'il est question d'aider une victime à se réadapter, l'accès aux soins psychologiques n'est attribué qu'à un seul proche. Toutefois, si la victime était âgée de moins de 18 ans au moment du crime, le père, la mère ou les personnes en tenant lieu pourront bénéficier des services.

Les honoraires remboursés par l'IVAQ par le biais de la CSST seront de 65 \$ par séance d'une heure. Il vous sera cependant possible, comme pour la clientèle actuelle de l'IVAQ, de facturer la différence entre votre tarif et celui remboursé au proche bénéficiant des services à condition qu'il y ait déjà consenti. Le nombre maximal de séances autorisé est de 20 dans le cas d'homicide et de 15 dans les autres cas.

Il est également prévu que si deux proches ou plus sont admissibles aux services pour un même crime, ils pourront les recevoir soit lors de séance individuelle, soit lors de séance de groupe, selon leurs besoins. Le montant total facturé ne devra toutefois pas excéder le coût total dont chacun aurait pu bénéficier individuellement.

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle

LE SERVICE de la qualité et du développement de la pratique est fier d'accueillir M^{me} Marcel Farahian au sein de son équipe. M^{me} Farahian occupera désormais le poste de coordonnatrice à l'inspection professionnelle, poste qu'elle assurait par intérim depuis le mois de septembre 2006. Sa longue expérience professionnelle en tant que membre du Comité d'inspection professionnelle et inspectrice lui a valu une grande reconnaissance de la part de ses collègues. Cette nouvelle ressource à l'Ordre est reconnue pour ses qualités de rassembleuse et son souci marqué pour la recherche de solutions. Vous pouvez contacter M^{me} Farahian par courriel mfarahian@ordrepsy.qc.ca ou par téléphone 514 738-1881, poste 277.



Divulgarion du QI : éviter le préjudice



Par
**Pierre
Desjardins, M. Ps.**
DIRECTEUR DE LA QUALITÉ ET
DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE
pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

L'EXPERTISE du psychologue est souvent requise dans les cas où il s'agit de déterminer si une personne, compte tenu de sa condition, peut bénéficier d'une subvention ou de services spécialisés. Le psychologue doit alors rendre compte à un tiers de son évaluation et, à défaut de faire des recommandations précises quant à l'admissibilité de son client, il doit donner des indications suffisamment claires pour que le tiers puisse se prononcer. La question des données à consigner au dossier ou à transmettre aux tiers prend alors toute son importance. Il arrive que le psychologue, soucieux d'éviter tout préjudice à son client, considère préférable de ne pas divulguer certaines informations, ce qui, dans certaines circonstances, pourrait produire l'effet inverse. Cela touche notamment la divulgation des résultats des tests d'intelligence.

Les psychologues accordent une attention particulière à la question des données brutes, puisque la réglementation prévoit certaines dispositions liées à leur conservation et à leur divulgation. En règle générale, les psychologues considèrent le QI chiffré comme une donnée brute. Cependant,

d'autres soutiennent que le QI chiffré est une donnée interprétée puisqu'il s'agit d'un score standardisé obtenu à partir de l'analyse et du traitement d'autres données, score permettant de comparer le sujet en le situant sur un *continuum*. Cette différence de point de vue peut être à la source de malentendus ou d'incompréhension entre les psychologues et ceux qui attendent d'eux une information claire et précise. Il n'en demeure pas moins que le QI chiffré, qu'il soit reconnu ou non comme une donnée brute, peut être préjudiciable dans un contexte où, justement, des tiers le considéreraient comme une mesure absolue ou objective sur laquelle fonder leur décision d'admissibilité.

Il est dès lors devenu d'usage courant chez les psychologues de ne pas l'inclure dans leurs rapports. Toutefois, les psychologues doivent répondre de leur mandat et transmettre une information pertinente, utile et éclairante, notamment à ceux qui ont la responsabilité de décider de l'admissibilité du client à un service ou à une subvention.

Afin de mieux saisir le type d'information dont ont besoin les tiers responsables, l'on peut se référer à cet extrait du Règlement sur les impôts concernant le supplément pour enfant handicapé :

1029.8.61.19R5. Il y a trouble du développement lorsqu'une perturbation psychoaffective persistante ou un déficit des fonctions

cognitives empêche ou retarde l'intégration des expériences et des apprentissages et compromet l'adaptation de l'enfant.

Le trouble doit être attesté par un expert membre d'un ordre professionnel dans un rapport qui décrit les capacités et incapacités de l'enfant, les mesures de soutien et le traitement mis en place et qui contient ses recommandations.

Si les fonctions cognitives, y compris le langage, sont évaluées autrement que par une échelle de développement ou un test standardisé, les renseignements qui permettent d'apprécier la fiabilité et la marge d'erreur de la méthode utilisée doivent être indiqués dans le rapport de l'expert. Les résultats doivent permettre d'évaluer l'enfant par rapport au groupe normatif le plus directement comparable.

Lorsqu'un test standardisé ou une échelle de développement est utilisé, les résultats dérivés doivent être rapportés en centiles, en écarts-types, en quotient ou en âge équivalent, et l'intervalle de confiance doit être indiqué dans le rapport de l'expert.

On entend par test standardisé celui dont les résultats bruts sont transformés en une mesure relative qui permet de situer l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge. Cette norme est établie par des échantillons représentatifs.

Dans le rapport produit par le psychologue, tout résultat exprimé en QI chiffré

Revue québécoise de psychologie

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

Trois numéros par année sur des sujets de pointe en psychologie.

Abonnez-vous en complétant votre avis de cotisation à l'Ordre des psychologues par Internet ou par la poste.

Tarif préférentiel pour les membres de l'Ordre :
40,26 \$ pour 3 numéros. Abonnez-vous
directement sur l'avis de cotisation
de l'Ordre des psychologues.

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

Assurez-vous de recevoir les trois prochains numéros :

- Vol. 28 no 1 : Le bonheur pour tous
- Vol. 28 no 2 : La cyberpsychologie
- Vol. 28 no 3 : La parentalité

La Revue Québécoise de psychologie publie trois numéros thématiques par année. En plus des articles reliés au thème, vous trouverez des articles libres, des critiques d'ouvrage en psychologie et des revues de littérature.

devrait être accompagné d'une analyse statistique pertinente permettant de situer le sujet parmi un groupe de référence. Il est important à cet effet de préciser l'écart-type du test utilisé puisque celui-ci donnera une valeur relative au score. Par exemple, si la moyenne d'un test est établie à 100 et l'écart-type à 15, le QI doit se situer sous la barre de 70, soit à moins de deux écarts-types de la moyenne, pour conclure à un déficit cognitif contribuant à un diagnostic psychologique de retard mental. Certains se limiteront à indiquer le résultat en termes d'écart-type sans donner le score précis. Cela peut cependant prêter à équivoque si, par exemple, le QI est de 69, 70 ou 71 et que rien d'autre dans le rapport ne permet de statuer sur le déficit cognitif.

Il est important de plus que soit précisé l'intervalle de confiance, celui-ci étant lié à l'erreur-type de mesure¹. Cela permettra d'estimer la fidélité du score obtenu. Par exemple, si le QI obtenu est de 72 et que l'erreur-type de mesure est de 3, le QI réel se situe entre 69 et 75, avec une probabilité de 90 % ou entre 66 et 78 avec une probabilité de 95 %.

Un résultat exprimé en rang centile doit également être accompagné de l'intervalle de confiance qui y est lié. Ainsi, un sujet se classant au 3^e centile, en tenant compte d'un intervalle de confiance donné, pourrait se situer entre le 1^{er} et le 6^e centile avec une probabilité de 95 %.

Parmi les autres considérations dont le psychologue doit tenir compte pour nuancer ses conclusions, il y a l'effet Flynn² et l'effet de pratique³ qui affectent à la hausse le rendement aux tests de QI.

Par ailleurs il n'est pas toujours utile ou pertinent de transmettre, sur demande, le rapport intégral versé au dossier du client. Il peut en effet être indiqué de produire un rapport fait sur mesure, permettant à la fois au psychologue de s'acquitter de son mandat, au tiers décideur de se prononcer et au client de bénéficier d'un avantage auquel sa condition lui donnerait droit. À cet effet, le psychologue doit au préalable savoir ce qui est requis à la prise de décision et avoir de l'information sur le tiers.

Puisque le psychologue a l'autorisation écrite de communiquer avec le tiers, il est

recommandé, avant que l'information demandée ne soit transmise, de prendre contact avec celui-ci. Cet échange pourra le guider dans la présentation de son rapport, tant sur le contenu et les détails à inclure, que sur le choix des mots et le ton à adopter.

En conclusion, pour éviter tout préjudice au client, lorsque le psychologue a pour mandat d'éclairer un tiers qui n'a pas nécessairement ses compétences en matière de psychométrie et d'évaluation, il est important qu'il s'avance et fournisse les éléments requis, afin de ne pas laisser à ce tiers seul le poids d'une décision qui serait mal éclairée.

Références

1. L'erreur-type de mesure permet de situer avec un certain seuil de probabilité le score réel d'un individu. Alors que l'écart-type d'un test permet de voir la dispersion des scores de QI pour la population en général, l'erreur-type représente le degré de dispersion théorique (c'est-à-dire l'écart-type) des scores d'un seul individu qui passerait le test de façon répétée.
2. Effet constaté d'augmentation des scores de QI obtenus par la population en général chaque année, ce qui rehausse la moyenne des tests, moyenne à partir de laquelle se mesure la dispersion des scores.
3. Effet constaté d'augmentation des scores de QI par un même individu si celui-ci est resoumis à un même test dans un laps de temps donné.



Composé d'une équipe dynamique à la fine pointe de la réadaptation, **Le Centre régional de réadaptation La Ressource** est un centre régional qui offre des services de réadaptation aux personnes de la région de l'Outaouais (07) qui vivent avec une déficience physique et aux enfants présentant un retard de développement.

PSYCHOLOGUES

Le Centre désire recevoir des candidatures :

- Pour un remplacement à temps complet d'une durée minimale d'un an au programme de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). Avoir des connaissances de base en neuropsychologie.
- Pour un poste permanent à 3 jours par semaine pour le programme de réadaptation et d'intégration en déficiences : auditive et visuelle (R.I.A.-R.I.V.)

Les exigences

- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec,
- Avoir une expérience de travail auprès de la clientèle présentant des problèmes neurologiques.

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur curriculum vitae soit par la poste :
Service des Ressources humaines, Centre régional de réadaptation La Ressource
135, boul. St-Raymond, Gatineau, Québec, J8Y 6X7
par courriel : johannemartel@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur : 819-777-0073
SEULS LES CANDIDATS RETENUS POUR UNE ENTREVUE SERONT CONTACTÉS.

Les services de crise sont nés depuis plus de vingt années au Québec. Principalement issue du milieu communautaire, l'intervention de crise revendique aujourd'hui son expertise acquise à travers ses pratiques quotidiennes. Les auteurs proposent ici une lecture originale et avant-gardiste de l'intervention en situation de crise.

SECOURS PSYCHOLOGIQUES EN SITUATION DE CRISE

La relation à la crise, adaptation constante à l'inattendu, le surprenant et le déroutant, est une partie inhérente au travail d'intervention en situation de crise. Tenter de cerner cette relation particulière à la crise, qui unit l'intervenant, ainsi que tout le personnel du service, conduit notamment à l'étiement des attitudes essentielles d'empathie, d'intuition et de marginalité dans une intensité contre-transférentielle spécifique. Ce sont les pratiques journalières autant que la philosophie, le mode de gestion et le cadre clinique du service qui se retrouvent à l'avant-scène des réflexions nécessaires à la poursuite du perfectionnement de l'intervention.

Pour en savoir plus :
www.quebecoreditions.com


LES ÉDITIONS
Québecor
95 QUÉBECOR AVEEN

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

Courriel : simard.jacques@quebecoreditions.com

Secours psychologiques en situation de crise

Empathie, intuition et solutions

Suzanne Larose
Marie Fondaire

EN COLLABORATION AVEC

Mario Poirier
Yvon Lefebvre
Danielle Lafortune
Gilles Marsolais

LES ÉDITIONS
Québecor
95 QUÉBECOR AVEEN

Suzanne Larose

est diplômée de l'École de psychoéducation et détient un diplôme d'études supérieures en administration des affaires sociales de l'Université de Montréal. Elle est également coordonnatrice clinique au centre de crise « Services d'intervention psycho-sociale » depuis près de vingt ans. Elle est aussi chargée de cours à l'Université de Montréal à l'École de psychoéducation et chargé d'encadrement à la Télug dans le cadre du diplôme spécialisé en santé mentale.

Marie Fondaire

est licenciée en psychologie et en sciences de l'éducation de l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve en Belgique, et poursuit actuellement des études doctorales en Sciences Humaines Appliquées à l'Université de Montréal.

Elle a enseigné à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke. Elle est intervenante de l'équipe mobile d'évaluation de Centre de crise le Transit depuis huit ans.

En vente dans toutes
les librairies au Canada,
en France, en Belgique
et en Suisse

Les honoraires dus au psychologue



Par
**Denys
Dupuis**
M. Ps., SYNDIC
ddupuis@ordrepsy.qc.ca

LA PRATIQUE la plus courante parmi les psychologues consiste à réclamer au client, dès que le service a été rendu, les honoraires découlant de l'intervention. Le travail en psychothérapie avec un client crée un contexte facile pour le maintien de cette pratique. D'abord, le consentement obtenu du client au début du processus établit les règles qui vont s'appliquer. Ensuite, dès la fin de chacune des rencontres, le psychologue est en mesure de vérifier le respect par le client de l'entente convenue. Il peut alors décider, en tenant compte de la problématique du client et des objectifs poursuivis, des mesures appropriées pour que l'entente soit respectée. Il faut toutefois constater que des situations particulières surviennent en psychothérapie et qu'il existe aussi d'autres types d'intervention, comme celles reliées au domaine de l'expertise, où il devient difficile parfois de récupérer les montants dus. La présente chronique abordera cette question sous l'angle déontologique.

Les tiers payeurs

L'information obtenue de la part des psychologues nous amène à conclure que ce ne sont pas les organismes publics défrayant le coût des consultations d'un client qui posent problème en ce qui a trait au délai du paiement des honoraires. Les paramètres sont généralement établis ou devraient l'être, si le psychologue le juge à propos, et le risque de perte de revenus, malgré le délai de paiement, paraît plutôt faible.

Les récriminations les plus nombreuses proviennent du non-respect d'un délai acceptable pour le règlement des montants à payer, alors que le psychologue accepte de collaborer avec une organisation qui rend des services à des entreprises, le plus

souvent dans le cadre d'un programme d'aide aux employés. Bien qu'il soit difficile d'apprécier le niveau de risque encouru de perte de revenus, sachant l'existence d'un délai important remontant parfois même à quelques mois, il revient au psychologue de clarifier certaines variables en pareil cas. Quelles sont ses attentes à moyen et à long terme envers cet organisme qui lui réfère des clients? Quel est son niveau de tolérance en ce qui a trait aux sommes qui lui sont dues, par exemple : l'importance du crédit auquel il consent et le délai de remboursement qu'il juge acceptable, considérant la nature du lien qu'il souhaite maintenir avec le référé. Le Bureau du syndic suggère l'établissement d'ententes explicites entre les psychologues et les organismes qui leur réfèrent des clients. Par exemple, la négociation d'une entente mutuellement acceptable, prévoyant un mécanisme de règlement d'un différend ou l'application de mesures, telle l'imposition d'un taux d'intérêt sur les montants qui n'ont pas encore été payés.

Le non-respect d'ententes particulières

Il faut soulever ici également certaines situations spécifiques que les psychologues mettent en place pour tenir compte de la situation financière d'un client, par exemple : paiement reporté jusqu'au remboursement des honoraires par une compagnie d'assurances, après les réclamations faites par le client lui-même, ou encore, crédit offert pour alléger la pression financière qu'exerce les honoraires sur le budget du client, alors que ce dernier perd son emploi, par exemple, et que les services psychologiques apparaissent pour lui d'autant plus utiles en pareil moment.

De leur côté, les psychologues qui agissent en tant qu'experts connaissent les modalités relatives au paiement des honoraires dans leur champ de spécialité. Elles font le plus souvent partie de ce qui est convenu dans l'entente écrite, au

départ avec les parties. D'ailleurs, les *Lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès* (p. 7) définissent une approche utile dans ce domaine et ce qui est proposé se révèle aussi applicable à d'autres contextes d'expertise.

Néanmoins, en cas de non-respect de l'entente établie avec le client, le psychologue peut lui adresser une lettre établissant que des intérêts vont s'appliquer au taux convenu, qui doit évidemment être raisonnable, tenant compte (pour illustrer) du taux préférentiel de la Banque du Canada ou du taux de crédit en vigueur sur les marchés financiers.

La voie des tribunaux constitue aussi un moyen envisageable. Cependant, cette option doit être évaluée à la lumière des montants en jeu. Il sera normalement assez facile de faire établir, le cas échéant, que le client qui n'a pas payé ce qui a été convenu avec le psychologue, doit le faire en assumant de plus les frais applicables. Par contre, la décision favorable au psychologue provenant d'un tribunal, tel celui de la Cour des petites créances, devra tout de même nécessiter, si le refus de paiement persiste, une autre intervention, celle d'un huissier pour voir à l'exécution du jugement, entraînant des démarches additionnelles et de longs délais.

Rappelons que le Code de déontologie prévoit le recours à des procédures judiciaires, après que les autres moyens ont été épuisés. Or, un suivi régulier, fait par écrit et rappelant les montants dus avec le cumul des intérêts, accompagné d'une invitation à communiquer avec le psychologue pour discuter de modalités tenant compte de la situation du client, peut permettre de récupérer en partie ou en totalité les honoraires qui ont été légitimement gagnés.

Il est aussi envisageable, en dernier recours, de confier la perception des honoraires à une autre personne. Le psychologue aurait alors l'obligation de s'assurer

qu'un agent de recouvrement agisse avec tact et mesure, considérant les caractéristiques de sa clientèle. Toutefois, la vérification récente, à la demande d'un psychologue, d'une offre de cette nature qui lui avait été faite, suscite une interrogation quant au caractère approprié de ce type de service, considérant les modalités proposées et les frais exigés, puisés d'ailleurs à même les montants obtenus du client, et ce, à la lumière des valeurs de notre profession.

Conciliation et arbitrage des comptes

En cas de litige avec un client à propos des honoraires, il est possible pour un psychologue d'inviter le client à soumettre une demande de conciliation d'honoraires, en soumettant un formulaire à cet effet au Bureau du syndic. En vertu du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des psychologues*, le syndic agit en tant que conciliateur. Au terme de cette démarche, s'il n'y a pas entente, ce litige peut être soumis à l'arbitrage. Le conseil d'arbitrage, qui sera nommé par le Comité administratif, peut décider de maintenir, de diminuer ou d'annuler le compte en litige, déterminer le remboursement ou le paiement auquel une partie a droit et statuer sur le montant que le client a reconnu devoir, tel qu'il est stipulé à l'article 29 de ce règlement.

Il importe de préciser que le psychologue ne peut tenter une action sur compte d'honoraires auprès de la Cour des petites créances, par exemple, avant l'expiration du délai de 45 jours prévu pour la demande de conciliation d'honoraires par le client.

Bibliographie

Code de déontologie des psychologues, L.R.Q., C-26, r.148.1.

Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Association des centres jeunesse. (2006). *Lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès*. Document télé accessible à l'adresse URL : <http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2fra/login.asp>

Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des psychologues, C-26, r.151.1.



Ordre
des psychologues
du Québec

AVIS D'ÉL

Mont-Royal, le 1^{er} mars 2007

Par la présente, avis vous est donné que des élections auront lieu à huit postes d'administrateurs du Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec au cours des mois d'avril et de mai 2007. Vous trouverez, ci-dessous, des renseignements sur les procédures d'élection et un bulletin de présentation aux postes mis en élection.

Stéphane Beaulieu, secrétaire général

Élection 2007

Les postes mis en élection en 2007 sont les suivants :

Régions	Administrateurs dont le mandat se termine en 2007
Saguenay/Lac-Saint-Jean (1 poste)	M. Réjean Simard
Québec (1 poste sur 3)	M. Janel Gauthier
Mauricie/Centre-du-Québec (1 poste)	M. André Pellerin
Estrie (1 poste)	M ^{me} Marie Papineau
Montréal (3 postes sur 10)	M. Luc Granger M ^{me} Marie-Josée Lemieux M ^{me} Alessandra Schiavetto
Laurentides/Lanaudière (1 poste)	M ^{me} Yvette Palardy

Renseignements

Conformément aux articles 61, 66 et 78 du *Code des professions*, le Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec est composé de la présidente et de vingt-quatre administrateurs dont vingt sont élus par les membres et quatre sont nommés par l'Office des professions du Québec, pour un total de vingt-cinq personnes.

Les administrateurs sont élus pour un mandat de trois ans. Ils se réunissent au moins une fois par trois mois, soit au moins quatre fois par année. Les membres du Bureau désignent, lors d'un vote annuel, trois des administrateurs élus et un des représentants nommés par l'Office pour siéger au Comité administratif de l'Ordre. Ce comité tient, pour sa part, au moins une réunion à toutes les six semaines.

Conditions d'éligibilité des candidats

Aux fins des présentes élections, les candidats doivent :

1. être membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec;
2. être domiciliés au Québec;
3. avoir leur domicile professionnel dans la région qu'ils veulent représenter.

NOTE : Les frontières de chaque région administrative sont définies dans le *Répertoire des psychologues du Québec* que vous pouvez retrouver sur le site Internet de l'Ordre www.ordrepsy.qc.ca. En cas de doute, n'hésitez pas à communiquer directement avec M^{me} Francine Pilon au 514 738-1881 ou au 1 800 363-2644, poste 224.

Échéancier des élections 2007

L'élection 2007 de l'Ordre se déroulera selon l'échéancier suivant :

- Période de mise en candidature : du 22 mars au 17 avril 2007 à 17 h
- Période de vote : du 2 mai au 17 mai 2007 à 17 h
- Clôture du scrutin : 17 mai 2007 à 17 h
- Dépouillement du vote : 18 mai 2007

NOTE : Seules les personnes qui seront membres de l'Ordre le 2 avril 2007 à 17 h pourront voter.

ELECTION

Bulletin de mise en candidature

Toute mise en candidature à un poste d'administrateur ou d'administratrice doit être faite sur le bulletin de présentation ci-joint. Veuillez noter que, compte tenu du fait qu'il y a plus d'un poste d'administrateur à pourvoir dans la région de Montréal, le bulletin de mise en candidature au poste d'administrateur ou d'administratrice peut être photocopié.

Selon l'article 18 du *Règlement sur les élections au Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec*, un membre ne peut signer plus de bulletins qu'il n'y a de postes d'administrateurs à pourvoir dans sa région. Toute signature apparaissant sur un nombre de bulletins plus élevé que le nombre de postes d'administrateurs à pourvoir sera donc rayée de tous les bulletins sur lesquels elle apparaît.

Le bulletin d'un candidat à un poste d'administrateur doit être signé par la personne mise en candidature. Le bulletin de présentation au poste d'administrateur dans une région donnée doit être signé par au moins cinq psychologues ayant leur domicile professionnel dans cette région. En effet, en vertu de l'article 68 du *Code des professions*, seuls peuvent signer un bulletin de présentation d'un candidat à un poste d'administrateur dans une région donnée les psychologues ayant leur domicile professionnel dans cette région.

Tous les candidats doivent, conformément aux dispositions de l'article 17 du *Règlement sur les élections au Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec*, faire parvenir au secrétariat de l'Ordre, en même temps que leur bulletin de présentation, un bref curriculum vitae contenant les renseignements suivants :

- » Nom
- » Prénom
- » Date de naissance
- » Date d'admission à l'Ordre
- » Candidat au poste d'administrateur pour la région de (indiquer le nom de la région électorale) au Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec
- » Expérience antérieure dans la profession
- » Description des principales activités au sein de l'Ordre
- » Buts poursuivis

Pour s'exprimer sur les trois derniers sujets, chaque candidat peut utiliser un maximum total de soixante lignes.

Lors de la mise en branle de la procédure de vote, les curriculum vitae de chaque candidat seront transmis aux membres en même temps que les bulletins de vote.

En vertu de l'article 24 du *Règlement sur les élections au Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec*, si un groupe de candidats fait équipe dans une ou plusieurs régions, ou pour l'ensemble des postes, chacun de ces candidats doit en aviser le secrétaire au plus tard le **17 avril 2007** à 17 h. Lorsqu'une équipe est formée selon l'article 24, le secrétaire joint à l'envoi postal contenant les bulletins de vote et les curriculum vitae des candidats une lettre circulaire informant les membres à cet effet.

Tous les documents pertinents à la mise en candidature, soit le bulletin de présentation, le curriculum vitae des candidats et, éventuellement, l'avis de composition d'une équipe doivent parvenir au **secrétariat général de l'Ordre des psychologues du Québec, 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal, (Québec) H3P 3H5**, au plus tard le **17 avril 2007 avant 17 h**.

NOTE : Les bulletins de présentation expédiés par télécopieur ne seront pas acceptés.

2007 » BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR OU D'UNE ADMINISTRATRICE

Proposition » Nous, soussignés, membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec qui avons élu notre domicile professionnel dans la région cochée ci-dessous, proposons comme candidat ou candidate au poste d'administrateur/administratrice de cette région :

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ Saguenay/Lac-Saint-Jean | ☐ Québec |
| ☐ Mauricie/Centre-du-Québec | ☐ Estrie |
| ☐ Laurentides/Lanaudière | ☐ Montréal |

Nom du candidat (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du candidat

Note : Les noms, signatures et adresses de cinq psychologues dont le domicile professionnel se situe dans la même région électorale que celle du candidat doivent apparaître ci-après.

1.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 1

Signature

2.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 2

Signature

3.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 3

Signature

4.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 4

Signature

5.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 5

Signature

Acceptation

Je, soussigné(e), domicilié(e) au Québec et membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, ayant élu domicile professionnel dans la région _____ accepte de me porter candidat ou candidate au poste d'administrateur ou d'administratrice de cette région.

Signature du (de la) candidat(e)

Père Monbourquette, guérisseur des âmes

La craie blanche avait marqué le tableau noir avec les mots médecin des âmes. À 19 ans, Jean Monbourquette ne savait pas qu'il venait d'épeler son destin. Aujourd'hui, le prêtre de 73 ans est psychologue à la retraite et il veut rappeler à l'Homme qu'il est pourvu d'une âme. Il tente de guérir celles qui sont blessées, honorant ainsi la mission qu'il a faite sienne : rapatrier la spiritualité dans le giron de la psychologie. Religion et psychologie, vous dites ?

Par **Josée Descôteaux**

SOIT mais alors, s'agit-il de réunir ou de réconcilier ? Le psychologue retraité Jean Monbourquette est prêtre et il ne s'affuble pas de gants blancs pour rappeler que la religion s'est immiscée à outrance dans la vie des Québécois, alors que « les prédicateurs terrorisaient les femmes qui songeaient à ne plus avoir d'enfants... ». Non, Jean Monbourquette n'est pas un défroqué et l'on ne saurait même déceler dans ses paroles de l'animosité malsaine envers le catholicisme et ses croyances. L'homme de 73 ans souhaite simplement recouvrer un juste milieu entre la religion écrasante et la quasi-absence de spiritualité.

Ce juste milieu, selon lui, c'est la réintégration de la spiritualité dans la psychologie. « Dans l'histoire, la psychologie s'est montée contre la religion, et Jung se l'est réappropriée. Et ça continue; on le voit par exemple dans les programmes des congrès de psychologie, où il y a de plus en plus de sessions sur l'intégration de la spiritualité et de la religion. Le behaviorisme et Freud, pour leur part, sont un peu mis de côté, parce qu'ils ne touchent pas à tous les aspects de l'âme humaine », souligne le psychologue retraité et conférencier, qui a également déposé définitivement la craie de l'enseignant lorsqu'il a atteint ses 65 ans. De plus, estime-t-il, un trop grand nombre d'ouvrages abordant le lien entre la spiritualité et la psy-

chologie consacrent trop de pages à l'une ou à l'autre et n'établissent pas suffisamment de ponts entre les deux.

L'auteur d'un peu plus d'une quinzaine de livres précise toutefois que la spiritualité telle qu'il la conçoit se définit au-delà des balises d'une religion unique. « Elle se manifeste de plusieurs façons. Certains la vivent dans des séances de bouddhisme, par exemple. Pour moi, la spiritualité, c'est trouver l'ultime sens de sa vie. »

Le sens de la vie, ou la mission personnelle : Jean Monbourquette en a fait le sujet d'un de ses livres, *À chacun sa mission* (Novalis, 1994).

Deuil et pardon

Il poursuit donc sa propre mission, notamment dans l'écriture. « Je rencontre seulement les cas qui m'intéressent, surtout pour mes écrits, et je réfère les autres à des confrères », indique-t-il.

Le deuil fut la première révélation qui a poussé Jean Monbourquette dans la quête de la spiritualité en psychologie. La découverte ne s'imposa pas comme une douce illumination mais par le biais de la mort de son père, survenue 22 ans plus tôt. « Pendant mes études en psychologie à San Francisco, j'avais fait un jeu de rôles sur la mort de mon père. Ça m'a tellement libéré; j'ai pleuré pendant trois jours ! 22 ans plus tard, je vivais le deuil que je n'avais pas fait... »

Le jeune Jean avait 18 ans quand son père est décédé et à titre de « responsable

de la famille » – rôle dont il s'était toujours acquitté jusque-là –, il a dû prendre sur ses épaules la lourde tâche de l'organisation des funérailles. « Je m'empêchais de pleurer », se rappelle-t-il. La libération de sa peine, mais également de celle de quelques patients, fut la source d'inspiration du livre *Aimer, perdre et grandir*, publié en 1999 et dont on a vendu plus de 180 000 exemplaires.

Puis il y eut Carl Jung, l'autre « révélation » de Jean Monbourquette. Le jeune étudiant qui se considérait freudien a constaté les limites des théories du père de la psychanalyse. « Freud avait peur de l'inconscient, qui peut faire irruption et briser la personnalité. Jung disait pour sa part que le centre de la personnalité est dans l'inconscient : c'est le Soi, l'âme habitée par le Divin. Sans définir le Divin. C'est là que j'ai découvert le lien entre la spiritualité, la psychologie et la religion », explique le prêtre.

Il a par la suite décortiqué et dévoilé les rapports de la spiritualité et de la psychologie dans le cadre d'autres recherches et écrits sur l'accompagnement des mourants, l'estime de soi, la mission personnelle dans la vie et le processus psychospirituel du pardon.

Pardonnez-nous rien d'une sinécure. Le pardon est toutefois souvent associé à la religion. Jean Monbourquette a fait appel à la psychologie mais également à la spiritualité pour expliquer le pardon et les raisons pour lesquelles il est parfois malmené. « Mon livre a eu un grand succès parce que j'explique notamment, dans les étapes qui mènent au pardon, qu'il ne faut pas se venger mais faire cesser l'offense. Au plan psychologique, il faut prendre du recul et nettoyer sa blessure avant de pouvoir pardonner. Et ne pas s'enorgueillir d'avoir pardonné : on ne pardonne pas, on est pardonné. Ça, c'est de la spiritualité », explique-t-il.

Les mystères de l'âme

À Iberville, en Montérégie, l'enfance du psychologue qui a choisi la prêtrise n'avait rien d'un univers de couvent. Son père fut hôtelier et chauffeur de locomotive avant de fonder son entreprise de distribution d'huile à chauffage.

Somme toute, les Monbourquette « allaient à la messe en semaine », signale le prêtre tout en indiquant qu'il était un enfant « sensible à la religion ». Sa conception même fut marquée du sceau de la religion. Alors que sa mère souhaitait ne plus être enceinte après avoir porté trois enfants, elle a confessé ce désir au curé de la paroisse, qui l'a réprimandée. « Elle ne savait pas à ce moment-là qu'elle était enceinte de moi ! » raconte Jean Monbourquette. À 19 ans, la psychologie titillait déjà son intérêt, qu'il satisfaisait dans la lecture de livres scientifiques mais également... dans la lecture des comportements humains ! « J'ai toujours voulu savoir ce qui se passait dans la tête des gens. Par exemple, mon père se chicanait avec mon frère et je les « étudiais » en me demandant comment je pourrais les réconcilier », relate-t-il.

Non seulement les secrets de l'âme humaine fascinaient le jeune homme, mais il songeait déjà aux moyens de sa guérison... C'est sans doute pour cette raison qu'il avait alors choisi « médecin des âmes » quand le professeur de philosophie du collège avait demandé aux finissants d'inscrire au tableau leur vocation. « Je ne pensais cependant pas à la prêtrise à cette époque-là », précise-t-il.

Il ne perdait rien pour attendre. Il a emboîté le pas à des confrères de rhétorique (collège classique) qui ont décidé de poursuivre leurs études en philosophie et en théologie dans la congrégation des missionnaires Oblats à Richelieu. « J'ai été conquis par leur convivialité et un milieu plus communautaire », mentionne le psychologue retraité, qui a terminé ses études en philosophie à l'Université St-Paul à Ottawa (elle appartenait alors aux Oblats), avant d'y étudier quatre ans en théologie et un an en pastorale. En parallèle, il avait prononcé ses vœux temporaires et quelques années plus tard il s'enga-

geait avec les vœux perpétuels, avant d'être ordonné prêtre en 1958.

Classe, bois et église

Amoureux de la langue de Molière, Jean Monbourquette caressait le rêve de l'enseigner à l'école normale. Il fut finalement pro-



*AU PLAN PSYCHOLOGIQUE,
IL FAUT PRENDRE DU RECUL ET
NETTOYER SA BLESSURE AVANT
DE POUVOIR PARDONNER.*

fesseur à l'école secondaire de l'Université d'Ottawa de 1959 à 1967, où la nécessité constante de maîtriser les élèves indisciplinés a cependant fini par refroidir un peu sa passion pour l'enseignement. Il a sombré dans la dépression en 1967. « Je suis allé passer un an à Paris, et à mon retour, j'ai réalisé que je ne savais plus enseigner aux adolescents. J'ai travaillé comme débiteur dans une entreprise qui fabriquait des meubles », poursuit-il.

Devenu ensuite vicaire pour la paroisse Notre-Dame de Hull, Jean Monbourquette pouvait enfin pratiquer son métier de « médecin des âmes », en devenant conseiller intervenant pour les Services

d'orientation des familles (SOF). « J'ai fait fureur dans les groupes de couples ! D'ailleurs j'ai aussi formé des animateurs pour ces groupes. Enfin, je pouvais travailler avec des adultes... », laisse-t-il tomber.

Le « pasteur-psychologue » ne s'est pas attiré que des éloges au cours de ces sept ans à la paroisse Notre-Dame. Peu après qu'il eut offert son aide à une femme victime de violence conjugale, l'époux de cette dernière, un policier, a proféré des menaces de mort à l'endroit du père Monbourquette qui le visitait dans le cadre de sa « tournée des paroissiens »...

Le prêtre a quand même poursuivi sa mission, tout en dévorant les livres de psychologie. « Je mettais en pratique ce que j'y lisais avec les couples que je rencontrais ! » Il ne disposait pas de temps pour s'ennuyer : c'était le début des années 1970, et de plus en plus de couples se brisaient pour finir avec le divorce. N'empêche, il était perçu par les Oblats comme un prêtre un peu original...

La spiritualité des hommes

Le désir d'approfondir ses connaissances en psychologie tenaillait de plus en plus Jean Monbourquette. En 1974, il « profite » du fait que l'on démolissait son église – on réaménageait les paroisses – et décide d'aller étudier la science de l'âme humaine au très chic couvent Lone Mountain College à San Francisco. Logé dans la résidence des étudiants, le prêtre de 42 ans s'est vu confronté à la « jungle » estudiantine des jeunes de 18 ou 19 ans qui festoyaient soir après soir... ! Il n'y avait tout de même pas de quoi empêcher le père Monbourquette de terminer son baccalauréat et sa maîtrise en psychologie clinique.

Il a couronné ses études avec un doctorat en psychologie à l'International College de Los Angeles, qu'il a complété par une formation avec la psychologue américaine Jane Houston, docteure en psychologie et en anthropologie religieuse. « Elle survolait toutes les religions et nous faisait faire des expériences », mentionne le prêtre-psychologue à la retraite.

Le sujet de sa thèse est d'ailleurs né dans le cadre de ces cours : la spiritualité masculine étudiée dans une perspective jungienne. « Je ne voulais pas faire courir des souris ! J'ai donc étudié l'humain. Pour moi, un homme qui est seulement masculin est un handicapé. Il doit avoir cultivé son anima, son côté féminin pour être spirituel et complet », explique-t-il.

Il révèle dans sa recherche le mariage de la spiritualité et de la psychologie en mettant en parallèle les écrits de Jung et ceux... de la Bible ! « La Bible dit : Dieu créa l'homme à son image, il le créa à l'image de Dieu, il créa l'homme et la femme. Jung disait quant à lui que le travail psychologique majeur de l'homme était d'accepter en soi son anima afin d'avoir les qualités de l'homme et de la femme », enchaîne-t-il.

Sans parole

De retour de San Francisco, le prêtre devenu psychologue a offert de nouveau

ses services aux couples malheureux, avant de renouer avec l'enseignement, à l'Université St-Paul d'Ottawa, tout en donnant des conférences au Centre Saint-Pierre de Montréal. « Un prêtre scrupuleux du Centre Saint-Pierre n'aimait pas trop m'y voir parce qu'il savait que je recevais beaucoup de femmes en consultation. J'ai laissé tomber pour continuer à enseigner seulement à St-Paul jusqu'en 1999 », raconte-t-il.

Cette année-là, son corps n'a pas tenu le coup face à la surcharge de travail, même s'il venait d'alléger sa tâche : un AVC lui a fait perdre l'usage de la parole pendant un an. « Ma mémoire était intacte, mais je ne pouvais plus lire ni écrire non plus. Je pleurais tout le temps, puis je suis devenu agressif. C'était en même temps comme un défi pour moi. Mais je ne comprenais pas pourquoi je devais pleurer la perte de la capacité de lire et d'écrire », relate-t-il.

Les mots sont revenus et Jean Monbourquette les offre encore aux auditeurs qui assistent à ses conférences. Il ne déroge pas à sa mission, pendant que d'autres la poursuivent ; des psychologues donnent toujours ses cours au Centre Saint-Pierre à Montréal. « Et Novalis va sortir ma biographie en septembre ! » lance-t-il. En attendant celle-ci, les psychologues et autres intervenants en santé mentale pourront découvrir ou poursuivre la découverte de ses écrits, publiés chez Novalis, tels que *Groupe d'entraide pour personnes séparées/divorcées*, *De l'estime de soi à l'estime du Soi*, *Groupe d'entraide pour personnes en deuil* : certains de ses ouvrages sont traduits en 12 langues.

Jean Monbourquette mijote pour sa part avec une amie l'idée de fonder une école prodiguant ses cours sur la spiritualité et la psychologie. « Mais je n'en ai plus la force. » Des disciples de ses idées prendront sans doute les rênes. Après tout, les racines du mot psychologie ne signifient-elles pas « l'étude de l'âme » ?

La complexité du traitement des traumatismes psychiques : ensemble, pour faire la différence

2^e colloque national sur
les traumatismes liés au stress opérationnel
Montréal, du 7 au 9 mai 2007
Hôtel Hilton Montréal Bonaventure



Les personnes qui ont vécu un traumatisme peuvent éprouver des symptômes susceptibles de causer une détresse importante ou de nuire considérablement à leur fonctionnement. Souvent, ces symptômes ne peuvent être classés dans une seule catégorie de diagnostic psychiatrique, mais dans trois ou plus à la fois. La comorbidité est souvent la règle, de sorte que le traitement peut se révéler complexe.

Le colloque constitue une occasion de discuter des approches de pointe pour traiter les traumatismes liés au stress opérationnel en présence d'affections concomitantes.

Le colloque est une initiative du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel de l'Hôpital Sainte-Anne.

Pour s'inscrire : www.tso2007osi.com

Pour plus d'information : 1-877-722-4140, poste 101



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada

Hôpital Sainte-Anne

St. Anne's Hospital

Canada

Programme de formation à la thérapie conjugale et familiale

Le Centre d'études, de recherches et de formation en intervention systémique (CERFIS) a vu le jour en janvier 2004. L'équipe responsable se compose de trois professionnels, superviseurs et formateurs reconnus, auxquels se sont joints trois collaborateurs. À partir de leur expertise de différents modèles d'intervention, de la variété de leur expérience professionnelle et de leurs échanges, ils ont développé le programme CERFIS de formation à la thérapie conjugale et familiale, d'une durée de trois ans.

Ce programme :

- habilite les participants à comprendre et à intervenir auprès de divers systèmes humains
- s'inspire des divers modèles québécois, européens et nord-américains de la pensée systémique
- intègre, par sa philosophie et sa pédagogie, les aspects théoriques et expérientiels de l'apprentissage à l'intervention systémique.

Dépliant d'information détaillé disponible sur demande

Début de la formation :

Septembre 2007, à Montréal

Calendrier :

une rencontre mensuelle de septembre à juin

Date limite d'inscription : 15 juin 2007

Soirée portes ouvertes

L'équipe responsable vous invite
à une soirée d'information sur le programme
le jeudi 24 mai 2007 à 19 h 30

Lieu : **UQAM - Pavillon de l'éducation**
1205, rue St-Denis (angle René-Lévesque)
Local N-8510 (8^e étage)

Équipe responsable

Jean-Luc Lacroix, t.s., t.c.f. : 514 341-1945

Madeleine Laferrière, t.s., t.c.f. : 514 485-1453

Michel Lemieux, M.A. Psy., t.c.f. : 450 465-0595

Collaborateurs

D^{re} Marie-Claude Bélisle, psychiatre, t.c.f.

Jean-François Bernard, Psy.

Donald Bouthillier, PhD., Psy.

Marguerite Côté, t.s.

Marie-Andrée Lafrance, Psy-Éd.

Sylvie Ledoux, Psy.

Lyne Ouellette, m.s.s.

Roch Pelletier, Psy., t.c.f.

D^{re} Marie-Ève Picard, psychiatre

Amnon J. Suissa, sociologue

**Pour informations supplémentaires,
communiquer avec un des formateurs**

Autres programmes sur mesure offerts par CERFIS

- Programmes de perfectionnement en intervention systémique
- Programmes pour consolidation d'équipe, encadrement ou gestion de crise
- Supervision

7^e congrès ISAPP

Une place de choix pour les psychologues

Par Diane Côté • dcote@ordrepsy.qc.ca

UN GRAND congrès international traitant du passage de l'adolescence à l'âge adulte se tiendra à Montréal du 4 au 7 juillet prochain. Ce septième congrès de l'International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology (ISAPP) réunira des professionnels provenant principalement d'Amérique et d'Europe mais aussi de différentes régions du monde. L'Ordre des psychologues a été invité à collaborer à l'organisation de cet événement par la présidente du congrès, la Dr^{re} Patricia Garel, chef du service de psychiatrie du centre hospitalier Sainte-Justine, qui a accepté le défi de tenir, pour la première fois en sol canadien, les assises du congrès à Montréal. Les congrès ISAPP se tiennent à tous les quatre ans et le dernier s'est déroulé à Rome en 2003. Il est à noter que l'ajout du deuxième « P » au mot ISAPP pour inclure officiellement la psychologie est un fait nouveau qui coïncide avec le congrès de 2007. Jusqu'alors, cette société regroupait des psychologues mais principalement des psychiatres et le nom de l'association a été modifié pour tenir compte de l'apport des psychologues.

D'entrée de jeu la Dr^{re} Garel a voulu imprimer au congrès ISAPP 2007, une orientation multidisciplinaire en s'associant des partenaires coprésidents qui apporteront une dimension originale au congrès. La présidente de l'Ordre des psychologues, M^{me} Rose-Marie Charest, ainsi que le Dr^{re} Jean Hébert, psychiatre à l'Institut Philippe-Pinel et directeur du département de psychiatrie à l'Université de Montréal, ont accepté de coprésider ce congrès.

Le thème du congrès, « De l'adolescent à l'adulte, passages et transitions », veut réunir des chercheurs et des cliniciens psychiatres et psychologues ainsi que des experts de différents domaines, tels que des sociologues, des juristes, des travailleurs sociaux, des professeurs, etc. Le comité organisateur souhaite ouvrir la réflexion et la discussion dans un contexte où la clinique, tout en restant le point central des préoccupations, profitera de la richesse des disciplines qu'elle n'a pas toujours la chance de rencontrer dans le cadre régulier des interventions.

Comprendre le passage

Comme chef du département de psychiatrie du centre hospitalier Sainte-Justine, la Dr^{re} Patricia Garel se situe au carrefour des enjeux rattachés à ce passage critique de l'adolescence à l'âge adulte. « Le passage est simple pour certains, acrobatique ou dangereux pour d'autres, explique la présidente du congrès. Cette transition entre le monde de l'enfant et celui de l'adulte suscite de nombreuses questions

soulevées par les changements sociaux et aussi par les développements scientifiques très rapides auxquels les intervenants assistent. » L'adolescence représente une phase critique sur le plan psychopathologique puisqu'elle correspond à la manifestation explicite de plusieurs problèmes psychologiques. Selon la psychiatre qui reçoit de nombreux enfants et adolescents à son bureau, les signes de la maladie étaient souvent entrevus durant l'enfance. « Nous nous interrogeons sur la notion de déterminants précoces, sur les facteurs de risque et de protection et sur la continuité des soins dans les moments qui précèdent et qui suivent le passage entre l'enfance et l'âge adulte. Ce congrès sera le moment de faire le point sur les développements fabuleux de la recherche et de la clinique mais il sera aussi un important moment de concertations entre les professionnels de différents horizons appelés à travailler à un même objectif, soit la réussite de ce passage. »

Les psychologues s'impliquent

Plusieurs psychologues ont soumis un projet de communication au congrès de l'ISAPP à la suite de l'appel de communications qui leur a été adressé en novembre dernier. Pour Rose-Marie Charest, la présidente de l'Ordre, il était essentiel que les psychologues prennent une place importante dans ce congrès. « Les psychologues sont préoccupés par ce passage, qu'ils travaillent auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes. C'est pourquoi les membres du Comité administratif et du Bureau de l'Ordre ont accepté avec enthousiasme que l'Ordre soutienne l'organisation de ce congrès, conjointement avec le centre hospitalier Sainte-Justine et l'Institut Philippe-Pinel. Il s'agit d'un forum privilégié pour accéder aux plus récentes recherches



Le comité d'organisation du congrès ISAPP 2007 lors d'une rencontre en janvier dernier. De gauche à droite : M^{me} Rose-Marie Charest, le Dr^{re} Martin St-André, la Dr^{re} Patricia Garel et le Dr^{re} Jean Hébert.

traitant de l'adolescence, mais il s'agit aussi d'un espace d'échanges qui offre la possibilité d'établir des réseaux entre les professionnels des différentes disciplines. Qu'il s'agisse de psychologues, de magistrats, de médecins, de travailleurs sociaux, de professeurs ou de psychoéducateurs, tous sont conviés à participer à l'enrichissement des pratiques par l'échange de connaissances et de points de vue. » M^{me} Charest souhaite que de nombreux psychologues répondent à cette invitation et participent activement aux diverses activités du congrès.

Faciliter le passage

Les patients que rencontre le psychiatre Jean Hébert à l'Institut Philippe-Pinél présentent des pathologies et des problèmes majeurs. « Ce congrès représente pour nous un moyen de comprendre la personne dans une perspective globale. Voir d'où origine la pathologie, comment elle a été traitée pendant l'enfance et l'adolescence, comprendre le parcours complet de la personne et de sa maladie. Nous tendons de plus en plus vers l'élimination de la coupure qui existe encore dans les interventions entre l'adolescent et l'adulte. Présentement, les services dispensés à une personne jusqu'à l'âge de 18 ans sont souvent subitement interrompus quand arrive la majorité. La personne reprend une démarche auprès de professionnels différents dans des institutions différentes. Notre objectif est de créer une transition optimale entre les deux univers. Harmoniser les interventions et les préoccupations des intervenants pour adoucir le passage à l'âge adulte des personnes psychologiquement fragiles, voilà ce que le congrès du mois de juillet devrait nous offrir comme perspectives. »

Une programmation diversifiée

La présidence du comité scientifique du congrès a été confiée au Dr Martin St-André, pédopsychiatre au centre hospitalier Sainte-Justine qui a procédé à l'envoi d'un appel de communications l'autonome dernier. « La réponse a été au-delà de nos espérances raconte le Dr St-André, nous avons reçu plus d'une centaine de propositions. Ces propositions sont faites par des professionnels de tous les milieux et proviennent de nombreux pays différents. C'est cependant la qualité de ces présentations qui nous a vraiment ravis. » Les membres du comité scientifique s'activent présentement à organiser une programmation qui offrira des parcours complets à tous les types de participants. « Nous voulons présenter les activités selon trois axes principaux : les enjeux du développement au tournant de l'adolescence ; les enjeux de la prévention et de l'intervention ; et les enjeux politiques, éthiques et socio-culturels. Les problématiques importantes, par exemple les troubles alimentaires, seront abordées selon les trois axes permettant aux participants de se construire un parcours en fonction de leurs intérêts pour chaque journée du congrès. » Le Dr St-André prévoit que le programme préliminaire sera complété à la mi-mars. Tous les renseignements se retrouveront sur le site du congrès www.isapp2007.org, et il est possible de s'inscrire dès maintenant sur le site.

7^e Congrès international de l'ISAPP
International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology

De l'adolescent à l'adulte

PASSAGES ET TRANSITIONS

Du 4 au 7 juillet 2007

Montréal, Canada

(Hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth)

Plusieurs conférenciers de réputation internationale ont confirmé leur participation

Boris Birmaher PITTSBURGH

Clinicien chercheur reconnu pour ses nombreuses publications sur les troubles de l'humeur à l'adolescence et pour son implication dans l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

David Le Breton STRASBOURG

Sociologue, professeur et auteur de nombreux ouvrages sur le corps à l'adolescence

Ashok Malla MONTRÉAL

Psychiatre et chercheur sur la question des premiers épisodes psychotiques

Camil Bouchard QUÉBEC

Professeur et chercheur en psychologie très impliqué dans la prévention précoce et membre élu de l'Assemblée nationale du Québec

Marcelo Otero MONTRÉAL

Sociologue et professeur interpellé par les discours sur la maladie mentale et les thérapies

Mony Elkaïm BRUXELLES

Neuropsychiatre, superviseur, conférencier internationalement reconnu en thérapie systémique

Guy Rouleau MONTRÉAL

Neurologue et généticien, chercheur émérite intéressé par les aspects génétiques des maladies psychiatriques et du neurodéveloppement

Bernard Golse PARIS

Pédopsychiatre et psychanalyste, expert du développement du nourrisson

Russell Schachar TORONTO

Pédopsychiatre et chercheur réputé dans le domaine des troubles de l'impulsivité

James J. Hudziak

BURLINGTON ET AMSTERDAM

Pédopsychiatre, professeur et chercheur très actif dans le domaine de la neurogénétique comportementale

Linda Patia Spear NEW YORK

Psychologue et consultante pour le NIMH sur le développement du cerveau et les conduites à risque à l'adolescence

Philippe Jeammet PARIS

Psychiatre et psychanalyste, pionnier de la psychiatrie de l'adolescent et auteur de renommée internationale

Richard E. Tremblay MONTRÉAL

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, internationalement reconnu pour ses recherches sur l'agressivité et les troubles du comportement

Pour consulter le programme du congrès et pour s'inscrire :

www.isapp2007.org

Les troubles envahissants du développement

L'autisme et autres troubles



Par
Gaëtan Tremblay, M.A.

22

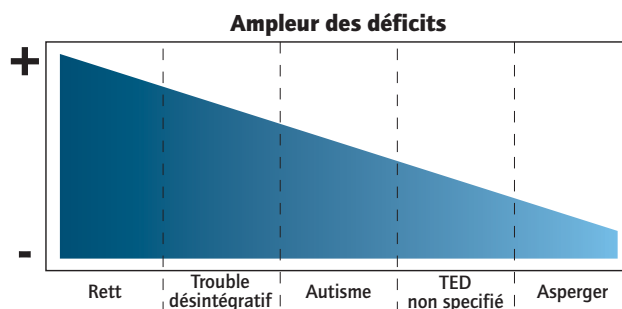
C'est au début des années 1940 que le psychiatre d'origine autrichienne Leo Kanner (1943) écrit un des premiers articles sur l'autisme, qui constitue maintenant un des principaux troubles envahissants du développement (TED). À cette époque, l'autisme est surtout considéré comme une forme de psychose infantile. Durant les années 1950, et pendant quelques décennies, le taux de prévalence des TED oscillait à environ 4-5/10 000 enfants. Plus récemment, les taux estimés varient entre 25-60/10 000. Depuis les travaux de Kanner, les recherches sur l'autisme et les autres troubles associés n'ont cessé de croître. Divers services ont également pris de l'ampleur au Québec depuis la publication des orientations et du plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les troubles envahissants du développement (2003).

Définition

La définition des TED la plus souvent utilisée en Amérique du Nord est celle du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Plutôt que d'être considérés comme une psychose, ces troubles se caractérisent par : 1) des déficits sur le plan des habiletés sociales, 2) des anomalies sur le plan du développement des habiletés de communication et 3) la présence de comportements répétitifs et stéréotypés. Les TED regroupent les diagnostics suivants :

- Le trouble autistique
- Le syndrome de Rett
- Le trouble désintégratif de l'enfance
- Le syndrome d'Asperger
- Les TED non spécifiés

Les symptômes diffèrent considérablement en intensité selon le diagnostic. Ainsi, les personnes atteintes du syndrome de Rett présentent également une déficience intellectuelle parfois près de la déficience intellectuelle sévère, tandis que ceux présentant un syndrome d'Asperger font souvent preuve d'habiletés intellectuelles hors du commun. Pour certains (voir NIMH, 2006 ; California Department of Developmental Services, 2002 ; Wing, 1996), puisque les TED se présentent sous un *continuum* dont la gravité des symptômes varie, il serait plus juste de parler des *troubles du spectre autistique* (TSA). Récemment, Javaloyes (2006) propose même d'inclure d'autres diagnostics, comme le déficit de l'attention, dans ce *continuum* et de changer le terme TED par *disorders of communication and socialization* (troubles de la communication et de la socialisation). Dans le cas des troubles du spectre autistique, le *continuum* pourrait, du moins théoriquement, s'illustrer de la façon suivante :



Les TED seraient la conséquence de troubles neurologiques associés à un déficit génétique complexe encore inexpliqué (Forget, 2005) où plusieurs chromosomes pourraient être impliqués (Pericak-Vance, 2003). Pour ce qui est du syndrome de Rett, Amir *et al.* (1999) ont identifié la mutation génétique responsable de ce TED.

Le cinéma nous présente régulièrement des personnages aux prises avec des troubles envahissants du développement. L'image qui nous en est donnée alors est celle de personnages excentriques, généralement très attendrissants et attachants, et présentant parfois une intelligence supérieure. Qu'en est-il dans la réalité quotidienne vécue dans les centres de réadaptation? Il est de plus en plus admis que ces troubles sont de nature neurodéveloppementale et les difficultés observées chez les personnes atteintes se divisent en trois principales catégories : des déficits sur le plan des habiletés sociales; des anomalies sur le plan de la communication; et la présence d'intérêts et de comportements stéréotypés ou répétitifs. Trois psychologues nous font partager leurs observations de cette clientèle aux besoins complexes.

Le trouble autistique

En se référant au DSM-IV-TR, le trouble autistique se caractérise par :

- Une altération sévère, durable et qualitative des interactions sociales réciproques (au moins deux des caractéristiques suivantes) :
 - Altération importante des comportements non verbaux, tels que les contacts visuels, les mimiques faciales, les postures corporelles, les gestes
 - Incapacité à établir des relations avec les pairs
 - Absence de spontanéité à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres
 - Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle
- Une altération de la communication, importante et durable, qui affecte les capacités verbales et non verbales (au moins deux des caractéristiques suivantes) :
 - Retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication)
 - Ou incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui
 - Usage stéréotypé et répétitif du langage ou langage idiosyncrasique
 - Absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement
- La présence de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés ainsi que des intérêts et des activités limités (au moins une des caractéristiques suivantes) :
 - Préoccupation anormale et circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints

- Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels
- Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs
- Préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

De plus, les déficits doivent apparaître avant l'âge de trois ans dans au moins un des domaines suivants : 1) les interactions sociales, 2) le langage nécessaire à la communication sociale et 3) le jeu symbolique ou d'imagination. Enfin, les difficultés observées ne doivent pas correspondre au syndrome de Rett ni au trouble désintégratif de l'enfance.

Le syndrome de Rett

Le syndrome de Rett est relié au trouble génétique et touche exclusivement les filles. Les critères suivants doivent être observés afin de le diagnostiquer :

- Un développement prénatal et périnatal normal
- Un développement psychomoteur apparemment normal jusqu'à l'âge de cinq mois
- Un périmètre crânien normal à la naissance

Après cette période normale de développement, les caractéristiques suivantes apparaissent :

- Une diminution de la croissance crânienne entre l'âge de 5 à 48 mois
- Une perte de la dextérité manuelle suivie de l'apparition de mouvements stéréotypés des mains (entre 5 et 30 mois)

**Les TED seraient
la conséquence
de troubles
neurologiques associés
à un déficit génétique
complexe encore
inexpliqué.**



- Une détérioration des habiletés sociales
- L'apparition d'un manque de coordination de la marche ou des mouvements du tronc
- Une altération grave du développement du langage associée à un retard psychomoteur important

Le syndrome de Rett se différencie de l'autisme, entre autres, par un déficit important des habiletés motrices.

Le trouble désintégratif de l'enfance

L'enfant présentant un trouble désintégratif présente un développement normal jusqu'à l'âge de deux à trois ans. Par la suite, des pertes importantes des acquisitions avant l'âge de dix ans dans au moins deux des domaines suivants sont observées :

- Le langage expressif et réceptif
- Les compétences sociales
- Le contrôle sphinctérien, vésical ou anal
- Les habiletés de jeu
- Les habiletés motrices

De plus, un fonctionnement anormal dans deux des domaines suivants doit également être présent :

- Une détérioration qualitative des interactions sociales
- Une altération qualitative de la communication (ex. : retard ou absence du langage parlé, incapacité à initier ou à soutenir une conversation, utilisation du langage sur un mode stéréotypé et répétitif, absence d'un jeu diversifié de « faire semblant »)
- Des comportements, des intérêts ou des activités restreints, répétitifs et stéréotypés ainsi que des manières

Enfin, le trouble désintégratif de l'enfance ne doit pas rencontrer les critères d'un autre TED ou de la schizophrénie. Il se différencie des autres TED par son apparition suite à une période de deux à trois ans de développement normal.

Le syndrome d'Asperger

Les critères diagnostiques suivants sont proposés dans le DSM-IV-TR comme faisant partie du syndrome d'Asperger :

- Une altération qualitative des interactions sociales (au moins deux des caractéristiques suivantes) :
 - Altération marquée de comportements non verbaux pour réguler les interactions sociales, telles que les contacts visuels, les mimiques faciales, les postures corporelles, les gestes

- Difficulté, voire, incapacité à établir des relations, convenant au niveau du développement de la personne, avec les pairs
- Absence de spontanéité à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres
- Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle
- Des conduites à caractère restreint, stéréotypé et répétitif (au moins une des caractéristiques suivantes) :
 - Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation
 - Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels
 - Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)
- Des perturbations importantes du fonctionnement de la personne, tant sur le plan personnel que professionnel
- Une absence de retard général du langage
- Un développement normal, durant l'enfance, sauf en ce qui a trait aux interactions sociales qui sont plutôt limitées
- Les problèmes que présente la personne ne correspondent pas aux critères d'un autre TED spécifique, ni à ceux d'une schizophrénie

Les personnes présentant un syndrome d'Asperger se distinguent des autres TED par leur niveau de fonctionnement intellectuel. Plusieurs peuvent faire preuve d'habiletés cognitives se situant bien au-dessus de la moyenne (ex. : résoudre rapidement sans calculatrice des problèmes complexes de calcul mental). Selon Mottron (2004), les personnes présentant un syndrome d'Asperger doivent être considérées comme des gens qui ont une forme d'intelligence non pas déficitaire, mais plutôt différente de la norme.

Les TED non spécifiés

Ce diagnostic est retenu lorsqu'il existe soit une altération sévère du développement des interactions sociales ou des habiletés de communication (tant verbales et non verbales), soit des comportements, des intérêts et des activités stéréotypés. Les critères reliés à la schizophrénie, à la personnalité schizoïde ou la personnalité évitante ne doivent pas s'appliquer. La catégorie TED non spécifiés

se différencie par une apparition tardive, ou encore par une symptomatologie atypique. Une attention particulière doit être portée aux troubles du langage chez une personne que l'on soupçonne atteinte d'un TED non spécifié. Selon le type de déficit observé, une dysphasie pourrait être en cause et non pas un TED (McIntyre, 2006).

Le dépistage et l'évaluation

Il existe quelques outils de dépistage des TED (pour plus de renseignements, voir le texte de Sophie Méthot sur le site Psymentor à l'adresse suivante : <http://www.psybermentor.ca>). Déjà, dans les années 1980, le *Children Autism Rating Scale* (CARS) (Schopler, 1980; 1988) et l'*Autism Behavior Checklist* (ABC) (Krug et al., 1980) s'avèrent des outils utiles afin de cerner la possibilité d'un diagnostic d'autisme. Ces instruments reprennent essentiellement les critères diagnostiques du DSM avec des modes de cotation recourant soit à une échelle de type Likert (CARS), soit à des cotes pondérées (ABC), et ce, afin de nuancer l'interprétation des résultats. Le *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) (Baron-Cohen et al., 1992) est également un instrument permettant de dépister les principaux symptômes de l'autisme chez de jeunes enfants. Il peut être utilisé à partir de 18 mois. On y retrouve une section s'adressant directement aux parents et une autre à compléter après avoir réalisé quelques observations du fonctionnement de l'enfant lors de l'entretien. L'équipe de Catherine Lord propose également deux instruments plutôt axés sur l'évaluation que sur le dépistage des TED soit, l'*Autism Diagnosis Interview-Revised* (ADI-R) (1994) et l'*Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G) (2000). Enfin, le *Social Communication Questionnaire* (Rutter et al., 2003) et l'*Australian Scale for Asperger Syndrome* (Garnett et Attwood, 1998) sont des outils de dépistage utilisés dans divers milieux clinique.

Le psychologue intéressé à connaître la portée des outils d'évaluation des habiletés intellectuelles auprès des personnes présentant un TED trouvera dans les travaux de Laurent Motttron (2004, 2005) des renseignements pertinents. Les profils cognitifs à des tests standardisés d'intelligence sont présentés en détail dans ses ouvrages. Soulières (2006) et Braun (2006) fournissent également des descriptions détaillées à ce sujet.

Certains outils sont également disponibles afin d'identifier des objectifs d'intervention auprès des personnes présentant un TED. Le *Profil psycho-éducatif* (PEP-3) (Schopler et al., 2005) permet de cerner les habiletés et les difficultés que l'on remarque chez un enfant présentant un TED. Cet instrument comprend 172 questions portant sur la communication (aspect verbal, aspect non verbal, aspect réceptif), le développement moteur (motricité fine, motricité globale et habileté visuo-motrice) et certaines difficultés d'adaptation (lacune dans l'expression des émotions, déficit sur le plan de la réciprocité sociale, comportements moteurs inadéquats et comportements verbaux inappropriés). Le mode de cotation retenu pour les habiletés (réussite/en émergence/échec) et pour les difficultés d'adaptation (absent/plus ou moins présent/présent) facilite l'identification d'objectifs d'enseignement ou de réadaptation. Une autre partie du profil consiste en une entrevue semi-structurée permettant d'obtenir de l'information complémentaire sur le fonctionnement et les besoins de l'enfant. Le PEP-3 est standardisé auprès d'enfants âgés de un an à sept ans.

**La catégorie TED
non spécifiés se
différencie par
une apparition tardive,
ou encore par une
symptomatologie
atypique.**



www.ordrepsy.qc.ca/membres

Vous voulez :

- vous abonner au Service de référence;
- obtenir votre page personnelle dans le site;
- soumettre une candidature à un des prix de l'Ordre;
- visualiser une offre d'emploi;
- avoir de l'information sur l'inscription;
- savoir comment participer à un Comité de l'Ordre;

Consultez sans plus tarder le site Internet de l'Ordre!



Ordre
des psychologues
du Québec



Pour sa part, le *Profil psycho-éducatif pour adolescents et adultes* (AAPEP) (Schopler *et al.*, 1997) est élaboré pour cerner les compétences et les aptitudes potentielles chez des adolescents et des adultes présentant un TED. Le contenu de cet instrument est davantage axé sur l'intégration de la personne présentant un TED dans sa communauté plutôt que sur une séquence développementale comme dans le PEP-3. Les 144 items de cet instrument se regroupent en 6 domaines, soit : 1) les compétences professionnelles, 2) l'autonomie, 3) les loisirs, 4) les conduites reliées au travail, 5) les habiletés de communication et 6) les comportements interpersonnels. Les observations doivent être réalisées dans trois environnements : 1) en observation directe en situation d'entrevue, 2) à la maison et 3) à l'école ou au travail.

Ces instruments facilitent l'élaboration de plans d'intervention adaptés aux besoins de la personne présentant un TED. Il est possible de se référer à plusieurs programmes permettant de mettre en place des plans d'intervention personnalisés (voir Société canadienne de l'autisme, 2005). L'application de ces programmes améliore les habiletés de la personne présentant un TED et minimise ainsi les situations de handicap pouvant être associé à ses déficits. Les actions éducatives et les interventions en réadaptation inspirées de ces programmes font en sorte que la personne présentant un TED peut éventuellement devenir un citoyen à part entière.

Gaëtan Tremblay, psychologue, est agent de planification, de programmation et de recherche au Centre de réadaptation La Myriade.

Références

- American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR* (4^e éd., texte révisé, Washington DC, 2000). [Traduction française par J.-D. Guelli *et al.*]. Paris, Masson.
- Amir R. E., Van den Veyver, I. B., Wan, M., Tran C. Q., Francke, U., et H. Y. Zoghbi (1999). « Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2 ». *Nature Genetic*, 23, p. 185-188.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., et C. Gillberg (1992). « Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT ». *British Journal of Psychiatry*, 138, p. 839-843.
- Braun, C. (2006). *Syndrôme autiste versus syndrôme d'Asperger : forment-ils les pôles d'un spectre autiste?* Communication présentée au colloque de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement – Plus que jamais TED. Boucherville, Québec.
- California Department of Developmental Services (2002). *Autistic spectrum disorders : Best practice guidelines for screening, diagnosis and assessment*. Sacramento, CA : California department of developmental services. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8269.
- Fédération québécoise de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement (2006). *Comprendre l'autisme*. Site Internet consulté le 4 janvier 2007 [<http://autisme.qc.ca/comprendre/index.html>].
- Forget, J. (2005). *Quelles sont les nouvelles tendances en réadaptation?* Allocution présentée lors du colloque du conseil multidisciplinaire du centre de réadaptation La Myriade, Repentigny.
- Garnet, M. S., et A. J. Attwood (1998). *Australian Scale for Asperger Syndrome*. In T. Attwood (ed) : *Asperger syndrome. A guide for parents and professionals*. London : Jessica Kingsley publisher.
- Javaloyes, M. A. (2006). « The need for reviewing international diagnostic categories in pervasive developmental disorders ». *Autism*, 10, p. 525.
- Kanner, L. (1943) « Autistic disturbance of affective contact ». *Nervous Child*, 2, p. 217-250.
- Krug, D. A., Arick, J. et P. Almond (1980). « Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, p. 221-229.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Jr, Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A. et M. Rutter (2000). « The autism diagnostic observation schedule-generic : a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism ». *Journal of autism and developmental disorders*, 30, p. 205-223.
- Lord, C., Rutter, M. et A. Le Couteur (1994). « Autism diagnostic interview-revised : a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders ». *Journal of autism and developmental disorders*, 24, p. 659-685.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Pour faire les bons choix – Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*. Québec : Gouvernement du Québec.
- McIntyre, J. (2006). *Dysphasie versus TED*. Communication présentée au colloque de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement – Plus que jamais TED. Boucherville, Québec.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence : Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Sprimont, Belgique : Mardaga.
- Mottron, L., Soulières, I., Ménard, É. et M. Dawson (2005). « L'évaluation cognitive dans les troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle ». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 26, no 3, p. 219-238.
- National Institute of Mental Health (2006). *Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders)*. Site Internet consulté le 4 janvier 2007 [<http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/autismmenu.cfm>].
- Pericak-Vance, M. A. (2003). *Gene Linked to Autism : A Newsmaker Interview With Margaret Pericak-Vance*. Site Internet consulté le 17 janvier 2006 [<http://www.medscape.com/viewarticle/449158>].
- Rutter, M., Bailey, A., Lord, C. (2003). *Social Communication Questionnaire*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J. et L. M. Marcus (2005). *PEP-3. Psychoeducational Profile. Teach Individualized Psychoeducational Assessment for Children with Autism Spectrum Disorders*. Austin : Pro-Ed.
- Schopler, E., Mesibov, G., Schaffer, B. et D. Landrus (1997). *Profil psycho-éducatif pour adolescents et adultes (AAPEP)*. Bruxelles : Université De Boeck.
- Schopler, E., Reichler, R. J., De Vellis, R. F. et K. Daly (1980). « Toward objective classification of childhood autism : Childhood Autism Rating Scale (CARS) ». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, p. 91-103.
- Schopler, E., Reichler, R. J. et B. Rothen-Renner (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Western Psychological Service. [Adaptation française par B. Rogé, Échelle d'évaluation de l'autisme infantile (C.A.R.S.). Issy-les-Moulineaux : EAP 1988].
- Société canadienne de l'autisme (2005). *Traitements*. Site Internet consulté le 10 janvier 2007 [http://www.autismsocietycanada.ca/approaches_to_treatment/overview/index_f.html].
- Soulières, I. (2006). *L'évaluation cognitive des personnes autistes : profil et impact sur l'intervention*. Communication présentée au colloque de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement – Plus que jamais TED. Boucherville, Québec.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum : A guide for parents and professionals*. London : Constable.

Les troubles envahissants du développement sans déficience



Par
Edith Ménard, Ph. D.
En collaboration avec Suzanne Mineau
et Laurent Mottron

AU COURS des vingt dernières années, nous avons assisté à l'évolution du diagnostic de trouble envahissant du développement (TED), grâce à la contribution croissante de la recherche en neurosciences cognitives dans la compréhension de cette condition. Cette évolution fut marquée notamment par la reconnaissance que le TED peut se présenter sans déficience intellectuelle associée (SDI). Ces personnes diagnostiquées autistes d'intelligence normale (AIN), syndrome d'Asperger (SA) ou TED non spécifié (TED NS), présentent des particularités dans les mêmes aires de fonctionnement que dans l'autisme avec DI, mais à des degrés divers et surtout, des potentialités verbales parfois très grandes. La reconnaissance de l'origine génétique du TED et une meilleure connaissance de la cognition de ces personnes nous ont permis de mieux circonscrire leurs différences, limites, forces et besoins, mais aussi de caractériser ce qui distingue l'AIN du SA (14, 16).

Cette nouvelle réalité se traduit par une présence croissante de ces personnes dans les écoles/classes régulières, les établissements postsecondaires et les milieux de travail non adaptés. Alors qu'une partie des personnes TED-SDI évoluera sans support spécialisé (non sans toutefois éprouver certaines difficultés), d'autres auront besoin d'un soutien plus étroit de l'enfance à l'âge adulte. L'expérience clinique avec cette clientèle nous apprend qu'on ne peut lui appliquer un modèle d'intervention unique, et qu'aux différences individuelles s'associent des méthodes ou objectifs tout aussi variés. On peut par contre extraire de ces moyens d'intervention des lignes directrices qui orientent les pratiques, que nous présentons maintenant.

L'enjeu diagnostique

Le SA est souvent décrit comme entité prototypique du TED-SDI, compte tenu que son diagnostic implique l'absence d'un retard

langagier et cognitif. Les données récentes indiquent que près de la moitié des personnes autistes seraient d'intelligence normale, même si leur niveau langagier peut varier de quelques mots à une complexité et une fluidité plus près de la normale, voire exceptionnelle (4). L'accès parfois tardif du langage (5-6 ans) chez la personne AIN pose d'ailleurs un défi au psychologue qui procédera à l'évaluation de ses potentialités intellectuelles avant la stabilisation de son évolution (16,18). Enfin, pour ce qui est du TED NS, il est porté dans une très large majorité chez des personnes sans retard intellectuel.

Le TED-SDI dépasse largement l'atteinte sur le plan des relations interpersonnelles. Le diagnostic étant parfois complexe, l'interdisciplinarité est devenue essentielle. Le psychologue a une part active dans ce processus, particulièrement pour les évaluations du niveau adaptatif, intellectuelles, neuropsychologiques et portant sur les symptômes psychiatriques comorbides. Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des demandes d'évaluation diagnostique pour des adolescents ou des jeunes adultes. Face à ce nouvel enjeu, divers questionnements sont mis de l'avant, dont celui concernant les transformations développementales naturelles associées à cette problématique. Une attention croissante est accordée aux comportements répétitifs et aux intérêts restreints, qui présentent une plus grande stabilité dans le temps et sont donc parfois une source significative de conflit adaptatif chez l'adulte (17). Le diagnostic différentiel est également au centre de cet enjeu (ex. : syndrome Gilles de la Tourette, phobie sociale, personnalité schizoïde, etc.).

Le défi de l'intervention

L'intervention auprès de la personne avec un TED-SDI peut viser la diminution de l'impact négatif des particularités cognitives et comportementales des TED dans la vie quotidienne, et le développement des habiletés déficitaires. Elle contribue à réduire les comportements d'opposition, d'agressivité ou les crises de colère. La normalisation de la personne n'en est toutefois pas le but ultime. Il existe plusieurs programmes d'intervention comportementale intensive et de stimulation destinés aux personnes avec un TED-SDI, dont la validité, l'impact à long terme et les possibilités de généralisation sont toujours questionnés (10, 21). L'expérience clinique avec cette clientèle nous indique qu'une intervention précoce est certes fortement recommandée, mais non essentielle à



une évolution positive et à l'acquisition d'habiletés. Les besoins et les ressources variant considérablement, les objectifs d'intervention doivent donc être individualisés afin de tenir compte de la réalité propre de chaque individu. Pour les enfants, la participation des parents aux diverses interventions est fortement recommandée, notamment pour favoriser la généralisation des habiletés travaillées au milieu de vie.

Les particularités cognitives

L'efficacité des interventions est dépendante de la connaissance que nous avons du fonctionnement cognitif des personnes TED-SDI, soit comment elles traitent, perçoivent et enregistrent l'information. Par une meilleure compréhension de leur mode de pensée (concret, cohérent, basé sur l'accumulation de connaissances objectives et la recherche de régularité), on peut mieux adapter nos façons d'intervenir. De nombreuses recherches avaient comme sujet d'étude la caractérisation des déficits cognitifs, mais aussi des fonctions préservées ou supérieures dans les TED-SDI (14, 16, 18). Par exemple, le bon sens de l'observation des personnes AIN et la performance supérieure observée au sous-test « blocs » des échelles intellectuelles de Weschler peuvent être reliés à un traitement perceptif préférentiel pour les détails plutôt que les contours ou les formes globales. Les personnes avec un TED-SDI démontrent également d'excellentes capacités de mémorisation, qui contribuent à l'accumulation de connaissances encyclopédiques. En considérant ce type de particularités, nous pouvons ajuster notre façon de présenter l'information, de stimuler un apprentissage spécifique ou d'expliquer une notion de façon à la rendre plus accessible à la personne.

Il importe également d'interpréter avec nuance et ouverture les comportements de la personne avec un TED-SDI. En effet, la source d'un comportement ou d'une frustration, de même que l'importance accordée à un événement, peuvent être différentes de celles pour les personnes sans TED. L'émotion positive est aussi souvent reliée à des expériences très spécifiques, plutôt non sociales, et à des conduites qui peuvent paraître particulières aux yeux de l'entourage, tout en ayant une fonction de régulation importante (16).

La multidisciplinarité des intervenants

Le recours à des spécialistes en orthophonie, en ergothérapie, en psychoéducation et en éducation spécialisée est fréquent au cours du développement. Selon le milieu dans lequel il travaille et le groupe d'âge auquel ses services s'adressent, le rôle du psychologue auprès de la clientèle TED-SDI peut concerner davantage l'évaluation, l'information et le soutien auprès d'autres professionnels ou des parents, l'intervention comportementale, ainsi que le soutien à l'acquisition d'habiletés et à la gestion de problèmes auprès de la personne elle-même.

Bien que la psychothérapie soit peu utilisée dans sa forme classique, l'approche favorable à cette clientèle est de type cognitivo-comportemental (CC). Elle sera surtout utile à la gestion des troubles associés ou aggravants (ex. : anxiété, idées obsédantes, trouble du sommeil). La psychothérapie demeure surtout accessible aux personnes avec SA qui présentent de bonnes habiletés verbales et rapportent une plus grande souffrance à certaines périodes de leur vie. La nature même des particularités des personnes TED-SDI peut être un obstacle au processus thérapeutique (ex. : communication orale limitée, expression atypique de la réciprocité émotionnelle, pensée concrète, etc.).

Les outils et les cibles d'intervention spécifiques

L'entraînement aux habiletés sociales est au cœur de l'intervention pour tous les groupes d'âge. Les programmes existants favorisent une démarche concrète, par étapes, jumelant apprentissages notionnels avec support visuel, modelage, mises en situation et activités de généralisation (2, 3, 9). Ils visent à développer l'intérêt de la personne pour la socialisation et à développer sa compétence sociale. Ils peuvent inclure des situations sociales plus complexes, voire spécifiques à certains contextes (ex. : travail). Ils ne visent pas la normalisation (faire que la personne TED-SDI se comporte comme une personne sans TED dans un contexte social), mais plutôt à apprendre aux personnes TED le fonctionnement d'un monde qui peut leur être au départ étranger et incompréhensible.

L'identification, l'expression et la compréhension des émotions peuvent être également adressées dans ce type de programme, de même que par le biais d'interventions psychoéducatives. Plusieurs programmes d'entraînement à la compréhension des expressions faciales émotionnelles ont été élaborés et appliqués dans le cadre de projet de recherche, avec des résultats mitigés, surtout sur le plan de la généralisation et du maintien à long terme.

L'utilisation des « scénarios sociaux » pour la gestion d'un comportement inadéquat, l'apprentissage d'une compétence sociale ou d'une démarche de résolution de problèmes, est efficace auprès de la clientèle SDI (8). Cet outil prend la forme d'une courte séquence imagée et/ou écrite décrivant concrètement la situation problématique et suggérant les réponses verbales et les comportements attendus, en fonction du but souhaité.

Enfin, les personnes avec TED présentent des particularités dans le traitement et l'intégration de l'information sensorimotrice (ex. : hypo ou hyper sensibilité tactile), qui peuvent entraîner un défaut d'autorégulation du comportement et affecter leur fonctionnement adaptatif. Pour les jeunes enfants plus particulièrement, il existe des programmes d'intervention en ergothérapie visant une meilleure modulation de leurs sensations et gestes moteurs, à l'aide d'activités stimulantes, de routines ou de désensibilisation (4).

L'approche psychoéducative

Les interventions en psychoéducation visent à favoriser l'adaptation des personnes à leur environnement, par des apprentissages concrets et la pratique d'habiletés en situation naturelle. Elles impliquent la participation active des parents qui reproduiront dans le cadre des situations de la vie quotidienne les routines apprises. Chez le jeune enfant, un des objectifs de base de ces techniques est le développement de compétences facilitant la communication, porte d'entrée au monde extérieur, permettant une diminution des troubles du comportement (4, 13, 20). Elles sont complémentaires aux interventions en orthophonie. Par des mises en situation structurées suscitant les interactions et offrant des modèles, on amène la personne à développer le plaisir pour la communication et l'interaction, et à en concevoir l'utilité. Au moyen d'activités ludiques et intéressantes, on travaille la compréhension des intentions d'autrui et les habiletés interpersonnelles. On stimule le jeu symbolique et le jeu interactif en utilisant les intérêts de la personne. Un soutien psychoéducatif peut être également utile à la gestion de l'anxiété ou au contrôle de la colère.

L'aménagement du milieu

Avoir une personne présentant un TED dans son entourage exige une adaptation tant sur le plan des interactions entre individus que de l'environnement physique. Le fonctionnement à l'école, à la maison ou dans le milieu de travail peut être facilité par l'introduction d'outils de gestion visuels (imagés ou écrits) qui permettront à la personne TED-SDI d'anticiper les événements et les séquences de vie : horaire, calendrier, démarches, etc. (1, 5, 12, 19). Par des modifications parfois simples de nos propres routines quotidiennes, on peut éviter des désorganisations ou des frustrations, en fournissant à la personne un sentiment de sécurité, en assurant une prévisibilité – et donc une compréhension – des événements. La structuration et la stabilité de l'environnement spatial sont également importantes pour diminuer l'anxiété.

Les adaptations pédagogiques

Malgré leur bon potentiel cognitif, certains enfants avec un TED-SDI peuvent vivre des difficultés scolaires parfois importantes, nécessitant un soutien adapté (5, 12, 14, 19). Les commissions scolaires sont dotées d'équipes responsables du *Soutien régional en autisme* qui offrent la formation et le soutien nécessaires aux intervenants scolaires qui côtoient ces élèves. Des classes spécialisées TED de haut niveau, s'inspirant souvent de la structure TEACCH¹, sont également accessibles dans certaines écoles primaires surtout. Pour une majorité de la clientèle TED-SDI, l'intégration en milieu régulier sera toutefois favorisée et l'aide fournie peut alors prendre la forme d'un accompagnement individualisé. Dans plusieurs cas, des adaptations

dans la présentation des contenus pédagogiques et une certaine flexibilité des exigences suffiront au bon fonctionnement de l'élève (5, 11, 12). L'utilisation de repères visuels et concrets, d'un langage simple et explicite, de listes d'étapes pour la résolution de problèmes, faciliteront la compréhension des personnes AIN. Dans le cas du SA, on privilégiera plutôt l'accès à des délais supplémentaires et à des consignes écrites, et une souplesse dans la correction des démarches mathématiques. Pour les études postsecondaires, l'élève peut être dirigé vers les services d'aide aux personnes handicapées (ex. : preneur de notes, horaire ajusté, etc.).

Le soutien socio-professionnel et résidentiel

Le soutien à la clientèle adulte prend souvent la forme d'une aide à l'orientation et à la recherche d'emploi (11, 14). Il doit inclure un soutien à l'employeur pour assurer l'adaptation de l'environnement et le bon fonctionnement dans le respect des particularités inhérentes au TED. Sur le plan résidentiel, il existe hélas actuellement très peu de ressources spécialisées pour la clientèle TED-SDI. Un soutien éducatif est parfois offert par les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) pour aider la personne adulte à s'organiser sur le plan des activités de la vie quotidienne et domestiques (ex. : élaboration d'un calendrier pour les activités régulières).

Le soutien à la personne et à sa famille

Au centre des démarches de soutien postdiagnostic, le soutien et l'information à l'intéressé et à sa famille doivent prendre une place significative (1). Cela vise, d'une part, à faciliter leur compréhension du diagnostic, mais aussi de les outiller afin qu'ils puissent conjuguer avec cette nouvelle réalité, et utiliser les situations de la vie quotidienne pour favoriser les apprentissages et l'épanouissement de leur enfant. Une partie de ce soutien consiste à les mettre en contact avec les sites Web tenus par des adultes avec TED-SDI et qui donnent du TED un point de vue unique et optimiste. Le soutien aux parents est également essentiel pour les informer des services disponibles et des ressources auxquelles ils ont droit.

L'organisation des services

Le psychologue susceptible de rencontrer les parents d'un enfant présentant un TED ou la personne elle-même devrait connaître

Les personnes avec un TED-SDI démontrent également d'excellentes capacités de mémorisation, qui contribuent à l'accumulation de connaissances encyclopédiques.



certaines ressources utiles (6, 7). Soulignons qu'en 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mandatait officiellement les CRDI d'offrir des services de soutien et de réadaptation aux personnes de tout âge présentant un TED avec et sans DI (7). Bien que les orientations actuelles aient favorisé l'intervention comportementale intensive auprès des jeunes enfants, les services s'adressant aux autres groupes d'âge se développent progressivement et peuvent inclure un soutien éducatif à domicile, des services résidentiels, de loisirs et socioprofessionnels. Les parents doivent s'adresser au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de leur quartier pour compléter une demande de services. Ils pourront y obtenir simultanément des renseignements concernant les programmes d'aide financière disponibles et les services de répit, entre autres. Les nombreuses associations régionales de parents d'enfants avec un TED ont adapté leurs ressources à la réalité des TED-SDI et offrent des services de répit, des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, des séances d'information, des groupes de soutien et de discussion, du soutien à la fratrie, etc.

Conclusion

L'intervention auprès de la clientèle présentant un TED-SDI exige de s'adapter à leur réalité, avec une idéologie d'ouverture et une acceptation profonde de la diversité des façons d'être et même de s'épanouir. Elle requiert des connaissances empiriques à jour sur le fonctionnement interne de ces personnes, pour une adaptation optimale des moyens d'aide utilisés. Elle implique une approche rationnelle, intégrée, multidisciplinaire et individualisée.

Edith Ménard est neuropsychologue à la clinique spécialisée d'évaluation diagnostique des TED-SDI à l'hôpital Rivière-des-Prairies

Suzanne Mineau est psychoéducatrice à la clinique spécialisée d'évaluation diagnostique des TED-SDI à l'hôpital Rivière-des-Prairies

Laurent Mottron, est psychiatre-chercheur à la clinique spécialisée d'évaluation diagnostique des TED-SDI à l'hôpital Rivière-des-Prairies

Références

1. *Treatment and Education of Autistic and Other Communication disabled Children.*

Bibliographie

- Atwood, T. (1998). *Asperger's syndrome, a guide for parents and professionals.* London, UK : Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Bauminger, N. (2002). « The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism : Intervention outcomes. » *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 32, p. 283-298.
- Bernier, S., Lamy, M., et L. Mottron (2004). *Socio-Guide, Programme d'entraînement aux habiletés sociales adapté pour une clientèle présentant un trouble envahissant du développement.* Montréal, Canada : CECOM Édition.

- Boisjoly, L. et S. Mineau (2001). « L'ergothérapie et la psychoéducation au service des jeunes enfants avec un trouble envahissant du développement : théorie et pratique ». *Prisme*, vol. 34, p. 92-111.
- Cantin, C. et L. Mottron (2004). « Pédagogie et réadaptation spécialisées pour les enfants avec trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle au niveau primaire ». *Revue de psychoéducation*, vol. 33, no 1, p. 93-115.
- FQATED (2005). *À l'intention des parents : un guide pour leurs premières démarches.* Montréal, Canada : Fédération québécoise de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement.
- Gouvernement du Québec - comité national (2003). *Un geste porteur d'avenir - des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches.* Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Gray, C. (1998). « Social stories and comic strip conversations with students with Asperger syndrome and high-functioning autism » dans E. Schopler, G. B. Mesibov, et L. J. Kunce (Eds.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism ?* (p. 167-198). New York, NY : Plenum Press. Il existe une traduction et adaptation française du document « The Social Story Book », réalisée par Christian Bouchard, Services linguistiques et Ulla Hoff, psychologue au Centre de Ressource régional d'aide en autisme, Québec, 1996.
- Gutstein, S. E. et R. K. Sheely (2002). *Relationship development intervention with children, adolescents and adults.* London, UK : Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Howlin, P. (2003). « Can early intervention alter the course of autism » dans G. Bock et J. Goode (Eds.), *Autism : Neural basis and treatment possibilities* (p. 250-265). Chichester, UK : John Wiley and Sons.
- Klin, A. et F. R. Volkmar (2000). « Treatment and intervention guidelines for individuals with Asperger syndrome » dans A. Klin, F. R. Volkmar et S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (p. 340-366). New York, NY : Guilford Press.
- Kunce, L. et G. B. Mesibov (1998). « Educational approaches to high-functioning autism and Asperger syndrome » dans E. Schopler, G. B. Mesibov, et L. J. Kunce (Ed.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism ?* (p. 167-198), New York, NY : Plenum Press.
- Marans, W. D., Rubin, W. et A. Laurent (2005). « Addressing social-communication skills in individuals with high-functioning autism and Asperger syndrome : critical priorities in educational programming » dans F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin et D. Cohen, *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, third edition, volume 2 : assessment, interventions and policy* (p. 977-1 002). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons.
- Mesibov, G. B., Shea, V. et L. W. Adams (2001). *Understanding Asperger syndrome and high-functioning autism.* New York, NY : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mineau, S., Duquette, A., Elkouby, K., Jacques, C., Ménard, A., Nérrette, P.-A. et S. Pelletier (2006). *Troubles envahissants du développement : Guide de stratégies psychoéducatives à l'intention des parents et des professionnels.* Montréal, QC : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme : une autre intelligence.* Sprimont, Belgique, Mardaga.
- Mottron, L. et S. Fecteau (2001). « Les transformations développementales dans les troubles envahissants du développement sans déficience ». *Prisme*, vol. 34, p. 140-151.
- Mottron, L., Soulières, I., Ménard, E. et M. Dawson (2005). « L'évaluation cognitive dans les troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle ». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 26, no. 3, p. 219-238.
- Olley, J. G. (2005). « Curriculum and Classroom Structure » dans F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin et D. Cohen, *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, third edition, volume 2 : assessment, interventions and policy* (p. 863-881). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons.
- Prizant, B. M. et Wetherby, A. M. (2005). « Critical Issues in enhancing communication abilities for persons with autism spectrum disorders » dans F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin et D. Cohen, *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, third edition, volume 2 : assessment, interventions and policy* (p. 925-945). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons.
- Shea, V. (2004). « A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism ». *Autism*, vol. 8, no 4, p. 349-367.

Le trouble envahissant du développement avec déficience intellectuelle



Par
Ulla Hoff, M.A.

LA QUESTION du fonctionnement cognitif et de la présence ou non de déficit intellectuel chez les personnes qui présentent un trouble envahissant du développement (TED) a fait l'objet de nombreuses recherches et débats depuis les premiers travaux de Leo Kanner (1943), qui soulignaient le potentiel intellectuel normal de ces jeunes (Rutter & Schopler, 1978, et pour une discussion récente, voir aussi Mottron, 2004). Bien que la réalité soit nettement plus complexe, on distingue généralement aujourd'hui entre les personnes avec TED « de haut niveau » (ayant un QI global au-dessus de 70, Bogdashina, 2006) et « de bas niveau » (ayant un QI global inférieur à 70). Nous aborderons dans cet article les interventions actuellement préconisées auprès de ce second groupe ainsi que celles mises de l'avant pour la petite enfance, avant qu'un diagnostic de déficit intellectuel puisse être posé avec précision.

Le caractère énigmatique de la nature et des causes des TED a conduit, au fil des années, au développement de traitements divers et d'une multitude d'approches, modèles et programmes d'intervention, basés sur des conceptions divergentes, mais parfois complémentaires, de ces désordres. Des traitements de nature biomédicale (vitamines, diètes), pharmacologique ou neurosensorielle (intégration sensorielle, intégration auditive) ainsi que des thérapies psychanalytiques et relationnelles et finalement, des interventions éducatives, comportementales et cognitives ont été proposés. Tous ces moyens d'intervention n'ont pas nécessairement passé le test du temps et certains sont aujourd'hui largement abandonnés. Depuis plusieurs années, un nombre grandissant de personnes avec TED ont enrichi les débats et nos connaissances par leurs témoignages et leurs visions des approches et traitements (Grandin, 1994, 1997, 2002; Harrison,

2004; Williams, 1996, 1999, 2003; Dawson, 2004)¹. Nous ne pouvons ici que proposer un bref survol de certaines des approches éducatives aujourd'hui reconnues comme étant parmi les plus probantes auprès des jeunes présentant un TED.

Approches éducatives

Deux courants théoriques sous-tendent généralement ces approches : d'une part, la thérapie comportementale basée sur le principe de l'apprentissage par conditionnement (Lovaas, 1987) et, d'autre part, le modèle qui s'appuie sur les stades du développement typique et qui met l'emphasis sur le rôle de l'exploration active et l'interaction sociale dans l'apprentissage (par exemple Greenspan, 1998). Dans leur forme originale ou « pure », ces deux modèles paraissent opposés et difficilement conciliables; alors que le premier préconise des essais distincts (« discreet trial » : consigne Æ réponse Æ conséquence), amorcés et dirigés par l'adulte, ainsi que l'utilisation de consignes verbales et de renforçateurs artificiels, le second favorise, au contraire, l'interaction réciproque initiée par l'enfant et soutenue par des informations socio-émotionnelles et contextuelles avec l'utilisation de renforçateurs sociaux et des conséquences naturelles. Toutefois, il est généralement reconnu aujourd'hui qu'il y a des éléments très valables dans chacun des deux modèles et qu'il serait préférable d'utiliser une approche plus éclectique favorisant une combinaison de leurs contenus selon les caractéristiques particulières de chaque enfant (âge, niveau de fonctionnement) et de sa famille (Quill, 2000). D'autre part, certaines approches s'appuient explicitement sur les deux modèles (Dawson & Osterling, 1997, National Research Council, 2001).

Parmi les approches largement utilisées au Québec comme ailleurs dans le monde, mentionnons d'abord le modèle *Treatment and Education of Autistic and other Communication disabled Children* (TEACCH) (Schopler et al., 1988, 1993, 1995), l'*Analyse appliquée du comportement* (AAC) ou l'*Intervention comportementale intensive* (ICI), (Lovaas, 1987; Strain et al., 1985, 1994; Harris et al., 1994; Romanczyk et al., 1994, McGee et al., 1994) et le *Picture Exchange Communication System* (PECS) (Frost & Bondy,



1994, 2002). D'autres approches plus récentes qui mettent l'emphasis sur le développement de compétences sociales et communicatives sont également très intéressantes et prometteuses, quoique certaines sont d'une envergure plus limitée : *Floortime* (Greenspan, 1998), *Relationship Development Intervention* (RDI) (Gutstein et Sheeley, 2002), *Groupes de jeu intégrés* (Wolfberg, 1999, 2003) le *Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support* (SCERTS) (Prizant et al., 2006), ainsi que l'utilisation de *Scénarios sociaux* (Gray, 1993, 1994; Howley & Arnold, 2005).

Certaines recherches ont tenté de valider et d'isoler les facteurs d'intervention qui peuvent contribuer à l'obtention de meilleurs résultats en général – les *best practices* (voir par exemple les recommandations pour les jeunes de 0-8 ans du National Research Council, 2001). Dans ce qui suit, laissant de côté les différences entre ces approches, nous allons résumer certaines de leurs caractéristiques communes, celles qui semblent les plus incontournables.

Tout d'abord, il faut dire que tous semblent généralement d'accord sur les objectifs ultimes de l'intervention, notamment celui d'actualiser pleinement le potentiel du jeune afin d'arriver à son fonctionnement autonome et d'ainsi encourager son insertion sociale au sein de la communauté.

Dans ce but, l'on préconise de suivre les étapes suivantes :

Intervenir tôt

L'importance d'une intervention précoce est maintenant établie. On considère que la plasticité du cerveau est plus grande quand l'enfant est plus jeune, et qu'il est donc plus probable que l'intervention puisse alors avoir un impact sur les structures du cerveau. Depuis la publication des résultats de recherches de I. Lovaas en 1987, qui suggéraient qu'un traitement comportemental de 40 heures par semaine pouvait permettre à de jeunes autistes, âgés de 2 à 4 ans, d'améliorer de façon significative leurs habiletés intellectuelles, langagières et sociales, beaucoup d'emphasis a été placée, non seulement sur le dépistage précoce, mais également sur les programmes préscolaires. Au Québec, on a dernièrement adopté un nombre de mesures en ce sens dans les *Orientations et plan d'action en matière de troubles envahissants du développement* (ministère de la Santé et Services sociaux, 2003), notamment celle d'offrir des services d'intervention comportementale intensive aux enfants de 2 à 5 ans². Ces services sont maintenant implantés dans la plupart des régions du Québec.

Intervenir de façon intensive

Plusieurs approches favorisent une très grande intensité d'intervention pendant les années préscolaires; par exemple dans des programmes dits précoces et intensifs (AAC, ICI) on préconise entre 25 et 40 heures par semaine d'intervention individuelle. Les recommandations du National Research Council incluaient également la poursuite de ces interventions durant toute l'année. Dans le système PECS, certaines phases du programme exigent la participation de deux intervenants auprès d'un jeune, ainsi qu'un très grand nombre de mises en situation et de pratiques quotidiennes (jusqu'à 30). L'intensité est aussi favorisée dans les programmes scolaires par un faible ratio élèves/intervenants; par exemple, le programme TEACCH propose des classes avec deux intervenants pour six à huit élèves. De plus, lorsque l'on juge que le jeune peut bénéficier de l'enseignement dans une classe régulière, il est aussi admis qu'il puisse avoir besoin d'un accompagnement individuel pour un soutien plus intense lors de moments ciblés.

Intervenir de façon individualisée

Toutes les approches basent l'intervention sur une connaissance approfondie de l'enfant. L'évaluation ainsi que l'analyse des besoins individuels sont donc considérés comme des éléments d'information essentiels dans l'élaboration d'un plan d'intervention pour le jeune avec TED. Cependant, les cibles peuvent varier : par exemple l'outil d'évaluation utilisé dans l'approche TEACCH, le PEP-R, cible sept domaines du développement (imitation, perception motricité fine, motricité globale, coordination œil-main, performance cognitive, cognition verbale) et quatre volets comportementaux (interactions sociales et affect, jeu et intérêt pour le matériel, réactions sensorielles, langage), alors que le modèle SCERTS évalue de façon très détaillée seulement trois domaines, dont deux visent le développement de l'enfant, alors que le troisième touche l'intervenant. Chacun de ces trois domaines contient deux dimensions : a) la Communication sociale inclut l'Attention conjointe et l'Accès symbolique; b) la Régulation affective inclut la Régulation mutuelle et l'Autorégulation; c) le Soutien transactionnel inclut le Soutien interpersonnel et le Soutien de l'apprentissage.

Intervenir en concertation famille-intervenants

Il n'existe guère d'approche d'intervention qui, de nos jours, ne considère pas comme primordiale la collaboration entre la famille et les intervenants. Dans l'histoire des interventions en autisme, Eric Schopler, fondateur de l'approche TEACCH, fut l'un des premiers à voir les parents comme des cothérapeutes et à leur offrir une formation pour assurer la concertation d'efforts

conjoint. L'assistance et l'observation régulière des parents en classe ou dans le lieu de l'intervention ainsi que leur participation dans l'élaboration et la mise en place du plan d'intervention individualisé font maintenant partie intégrante de plusieurs approches reconnues. Il est également nécessaire de coordonner les actions de tous les partenaires qui œuvrent auprès de l'enfant et de la famille, provenant du milieu scolaire comme de la réadaptation et de la santé. Enfin, la participation des partenaires dans des plans de services individuels est essentielle.

Intervenir en ciblant les domaines affectés chez les enfants avec TED

Sans surprise, les approches avancées abordent plus particulièrement les problématiques spécifiques liées à l'autisme : langage et communication, habiletés sociales et jeu, défis comportementaux particuliers (tels que stéréotypies, activités restreintes et adaptation au changement) ainsi que le développement cognitif et sensorimoteur.

Intervenir en utilisant des stratégies compensatoires ajustées aux fonctionnements cognitif, socio-communicatif et sensoriel des enfants avec TED

Soutien organisationnel

Il est généralement admis que certaines caractéristiques dans le traitement de l'information chez la personne avec TED, par exemple un trouble du traitement sensoriel, une « faible cohérence centrale » (Frith, 1989), et un déficit dans la mémoire de travail, peuvent avoir pour effet une expérience chaotique du monde extérieur et ainsi générer le besoin impératif d'évoluer dans un environnement spatio-temporel hautement structuré et planifié. Cette préoccupation se trouve donc reproduite dans les aspects structuraux de l'approche TEACCH : 1) la planification rigoureuse du temps et l'emploi d'un horaire individuel pour chaque jeune rendant concrète, compréhensible et prévisible cette dimension d'abord abstraite; 2) l'organisation de l'environnement physique en associant des aires clairement identifiées à certains types d'activités spécifiques (par exemple, aire de jeu ou aire de travail) et en classant le matériel de façon très ordonnée; 3) la présentation d'activités structurées et caractérisées, entre autres, par un déroulement prévisible, avec un début, un milieu et une fin clairement identifiables.

Soutien visuel

Puisque la perception visuelle, la mémoire visuelle et la compréhension des relations visuo-spatiales constituent des forces chez la personne avec TED, l'emploi d'outils visuels est exploité

dans la plupart des approches : l'apport d'indices et d'incitations visuels (gestes, photos, images, pictogrammes, l'écrit, etc.) afin d'aider l'enfant dans la compréhension et l'expression du langage (par exemple dans le PECS) pour clarifier et délimiter l'espace, pour soutenir sa compréhension de l'horaire et autres séquences temporelles (les étapes d'une tâche), et finalement dans le but de l'assister dans sa compréhension des interactions sociales et de guider ses actions, par exemple dans un scénario social.

Des activités significatives et fonctionnelles dans un cadre naturel

Il est de plus en plus évident que l'apprentissage chez le jeune avec TED peut être favorisé lorsque l'on propose des activités significatives et fonctionnelles dans un cadre naturel. Non seulement la motivation, mais également la généralisation et le transfert semblent, du coup, améliorés. Plusieurs approches tentent ainsi à appliquer la structure nécessaire le plus possible à l'intérieur de situations significatives et familières pour l'enfant. Par exemple, certaines applications récentes (dont l'*incidental teaching* ou l'*enseignement fortuit*, McGee, 1994) de l'approche de l'Analyse appliquée du comportement) (AAC), qui était autrefois connue pour favoriser des conditions plutôt artificielles de laboratoire, préconisent maintenant l'utilisation de situations quotidiennes dans un environnement naturel comme cadre de sessions d'apprentissage systématiques.

Intervenir en favorisant la participation en milieu régulier avec des pairs non handicapés

Finalement, la possibilité de participer à des activités d'apprentissage et de loisirs avec des pairs non handicapés est prônée par plusieurs approches et fait également partie des recommandations du National Research Council (2001). Par exemple, Wolffberg (2003) propose un modèle intéressant de participation planifiée et structurée dans des groupes de jeu afin d'améliorer principalement des compétences de communication et de socialisation. Au Québec, la politique de l'adaptation scolaire du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) va

**Tous semblent
généralement d'accord
sur les objectifs ultimes
de l'intervention,
notamment celui
d'actualiser pleinement
le potentiel du jeune.**



également dans ce sens en préconisant l'intégration en classe ordinaire des élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage, tout en soulignant l'importance d'évaluer cas par cas si elle facilite les apprentissages et l'insertion sociale du jeune et en prenant soin de ne pas porter atteinte aux droits des autres élèves (Ministère de l'Éducation, 1999). Nous vivons présentement des expériences très intéressantes d'intégration en classe ordinaire d'élèves présentant un TED avec et sans DI. Cependant, nous avons besoin de plus de recherches spécifiques sur l'identification des conditions optimales favorisant la réussite ainsi que sur les caractéristiques (capacités et besoins) des jeunes qui sont les plus susceptibles d'en profiter.

Voilà donc un trop bref résumé de l'état de la question. Pour en savoir davantage, les références citées ci-après seraient sans doute utiles.

Ulla Hoff est psychologue œuvrant au Service régional de soutien et d'expertise à l'intention des élèves présentant un Trouble envahissant du développement (TED) dans la région de la Capitale Nationale et de Chaudières-Appalaches

Références

1. Une récente publication fort intéressante par Olga Bogdashina (2006) présente les différentes perspectives des personnes avec TED, des parents et des interventions non seulement sur les traitements, mais également sur la classification, le diagnostic, les causes et sur diverses théories explicatives.
2. « Il est donc devenu nécessaire de développer, dans le cadre des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation, une offre substantielle d'intervention comportementale intensive, particulièrement pour les enfants de 2 à 5 ans. » (p. 39)

Bibliographie

- Bogdashina, Olga (2006). *Theory of Mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome*, London. Jessica Kingsley.
- Dawson, G. et J. Osterling (1997). « Early intervention in autism » dans M. J. Guralnick (ed), *The effectiveness of early intervention* (p. 307-326), Baltimore, MA. Paul H. Brookes.
- Dawson, M. (2004). *The misbehaviour of behaviorists*, www.sentex.net/~nexus23/naa_aba.html.
- Frith, Utah (1989). *Autism : explaining the enigma*. Oxford. Basil Blackwell.
- Frost, L. et A. S. Bondy (1994). *PECS : The Picture Exchange Communication System Training Manual*, Cherry Hill, NJ. Pyramid Educational Consultants.
- Frost, L. et A. S. Bondy (2002). *Système de communication par échange d'images*, Manuel d'apprentissage, Newark. Pyramid Educational Products Inc.
- Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste*, Paris. Éditions Odile Jacob.
- Grandin, T. (1997). *Penser en images*, Paris. Éditions Odile Jacob.
- Grandin, T. (2002.). *An inside view of autism*. www.autismtoday.com/articles/An_Inside_View_of_Autism.htm
- Gray, C. A. (1993). *The Social Story Book (Livre de scénarios sociaux*, Québec, 1996), Jenison Public Schools, Michigan.
- Gray, C. A. (1994). *The New Social Story Book (Nouveau livre de scénarios sociaux*, Québec, 1996) Jenison Public Schools, Michigan.

Greenspan, S.I. et S. Wieder (1998). *The Child With Special Needs : Encouraging intellectual and emotional growth*, Reading, MA. Addison Wesley Longman.

Harris, S. L. et J. S. Handleman (1994). *Preschool Education Programs for Children with Autism*, Austin, TX. Pro-Ed.

Harrison, B. (2004). *Le syndrome d'Asperger et le milieu scolaire*, Fédération québécoise de l'autisme, Montréal. FQATED.

Howley, M. et Arnold, E. (2005). *Revealing the Hidden Social Code*, Londres. JKP.

Kanner, L. (1943) « Autistic disturbances of affective contact », *Nervous Child*, 2, p. 217-250

Lovaas, I. O. (1987) « Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987, 55, p. 3-9.

McGee, G. G., T. Daly, et H. A. Jacobs (1994). « The Walden Preschool », p. 127-162 dans *Preschool Education Programs for Children with Autism*, S.L. Harris et J. S. Handleman, eds. Austin, TX. Pro-ed.

Ministère de l'Éducation (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves*. Politique de l'adaptation scolaire. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un geste porteur d'avenir*. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. Québec.

National Research Council (2001). *Educating Children with Autism*. Catherine Lord et James P. McGee, eds. Washington DC. National Academy Press.

Quill, K. A. (2000). *Do-watch-listen-say : Social and Communication Intervention for Children with Autism*, Baltimore, MA. Paul H. Brookes.

Romanczyk, R. G., L. Matey et L. B. Lockshin (1994). The Children's unit for treatment and evaluation. p. 95-133 dans *Preschool Education Programs for Children with Autism*, S. L. Harris et J. S. Handleman, eds. Austin, TX : Pro-ed.

Rutter, M. et E. Schopler (eds.) (1978). *Autism : A reappraisal of concepts and treatment*, New York. Plenum Press.

Schopler, E., Reichler, R. J et M. Lansing (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme*, Masson.

Schopler, E., Lansing, M. et L. Waters (1993). *Activités d'enseignement pour enfants autistes*, Masson.

Schopler, E., G. B. Mesibov et K. Hearsey (1995). « Structured teaching in the TEACCH system », p. 243-268 dans *Learning and Cognition in Autism*, E. Schopler et G. B. Mesibov, eds. New York. Plenum Press.

Strain, P. S., M. Hoyson, et B. Jamieson (1985). « Normally developing preschoolers as intervention agents for autistic-like children : Effects on class deportment and social interaction ». *Journal of the Division for Early Childhood*, Printemps, p. 105-115.

Strain, P. S. et L. Cordisco (1994). « LEAP Preschool », p. 225-244 dans *Preschool Education Programs for Children with Autism*, S. L. Harris et J. S. Handleman, eds. Austin, TX. Pro-ed.

Williams, D. (1996). *Autism : An Inside-Out Approach*, London. Jessica Kingsley Publishers.

Williams, D. (1999). *Nobody Nowhere : The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl*, London. Jessica Kingsley Publishers.

Williams, D. (2003). *Somebody Somewhere : Breaking Free from the World of Autism*, London. Jessica Kingsley Publishers.

Wolfberg, P. J. (2003). *Peer Play and the Autism Spectrum : The Art of Guiding Children's Socialization and Imagination*, Kansas. AAPC.

Wolfberg, P.J. (1999). *Play and Imagination in Children with Autism*. New York. Teachers College Press.



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

Atelier de formation continue
Le vendredi 25 mai 2007

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

Le contenu de la journée

I. Composantes juridiques

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

II. Le processus de l'expertise même

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

III. Les Tests

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

IV. Le Rapport

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

V. Le témoignage au Tribunal

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

VI. Dimensions éthiques et déontologiques

- Prudence
- Impartialité
- Objectivité
- Soutien
- Dignité
- Confidentialité
- Conflit de rôles et conflit d'intérêts
- Fiabilité scientifique

L'horaire de la journée

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

Information

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

Inscription

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

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

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

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

Le formateur

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

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

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

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

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

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

Mode de paiement

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

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

☐ Visa

☐ Mastercard

Numéro de la carte : _____

Expiration de la carte (MM-AAAA) : _____

Activités régionales et activités de regroupements

Groupe de soutien sur le suicide

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

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

Activités de formation du Regroupement des psychologues en PAE

Le regroupement des psychologues en PAE organise deux journées de formation.

D'abord, le vendredi 30 mars 2007, de 8 h 30 à 16 h, le RPPAE organise une journée de formation intitulée *Le client n'est pas seul quand il consulte : les enjeux familiaux dans l'intervention individuelle*. Cette formation se fera sur deux tableaux, soit en matinée, *Le génogramme comme outil d'intervention*, avec Darrell Johnson, psychologue, et en après-midi, *L'impact des secrets de famille*, avec Francine Nadeau, psychologue. La date limite d'inscription est le 23 mars 2007.

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

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

36

Le Service de référence de l'Ordre : un moyen efficace de faire connaître ses services

DANS notre ère technologique et d'information instantanée, il est important d'utiliser les moyens de communication modernes et efficaces lorsqu'on offre un service à la population afin de ne pas se perdre dans la masse. Pour les psychologues qui travaillent en bureau privé, le Service de référence offert par l'Ordre des psychologues est l'un de ces moyens.

En effet, que ce soit par téléphone ou au moyen du site Internet de l'Ordre, ceux et celles qui souhaitent consulter un psychologue ont accès, grâce au Service de référence, à tous les renseignements nécessaires pour bien choisir.

D'ailleurs, les chiffres démontrent que ce service répond à un besoin. En 2006, 19 636 demandes ont été traitées par le Service de référence téléphonique de l'Ordre. En moyenne, cela correspond à plus de 77 demandes par jour ouvrable. Par Internet, la page du Service de référence a été visitée par 123 366 visiteurs, soit une moyenne de 337 visiteurs par jour.

De plus, ces chiffres ne comprennent pas toutes les visites directes sur les pages personnelles des psychologues abonnés à ce service, visites effectuées par l'intermédiaire des grands moteurs de recherche dans Internet comme *Google*, *Yahoo* ou *La Toile du Québec*.

Les psychologues qui s'abonnent au Service de référence se donnent donc une vitrine où ils peuvent offrir leurs services aux gens qui en ont besoin. De plus, grâce aux pages personnelles, ils peuvent également « décorer » et mettre en valeur cette vitrine en y ajoutant plus de détails et les renseignements qu'ils jugent pertinents.

Donc, si vous œuvrez en pratique privée, pensez à vous inscrire ou à renouveler votre inscription au Service de référence de l'Ordre lorsque vous recevrez votre Avis de cotisation pour l'année 2007-2008. C'est votre vitrine : à vous d'en faire bon usage !

Pour tout commentaire ou question, n'hésitez pas à envoyer un courriel à dstcy@ordrepsy.qc.ca

Décès de M. Charles Bussièrès



NOUS AVONS le regret de vous annoncer le décès de M. Charles Bussièrès, administrateur au Bureau de l'Ordre, nommé par l'Office des professions, de mai 2000 à mai 2006. Au cours de son mandat, il a collaboré aux travaux du Comité de révision et du Comité des Prix. C'est le 5 janvier dernier, à l'âge de 64 ans, que M. Bussièrès s'est éteint.

Programme privilège d'assurance
exclusivement réservé aux membres



Un partenariat de **choix**

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

Économisez sur vos assurances

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

Offrez-vous l'assurance de la qualité

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

Choisissez d'en avoir plus pour votre argent

Demandez-nous une soumission gratuite et sans aucune obligation.

Sans frais : 1 800 322-9226

Montréal : 514 906-2208

Québec : 418 266-9908



CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Colloques, congrès & ateliers

Formation de base en hypnose clinique. Organisée par la Société Québécoise d'Hypnose. Les 10, 11, 24 et 15 mars 2007, à Montréal. Informations : www.sqh.info ou au 514 990-1205.

Atelier de formation sur la contribution de l'approche orientée vers les solutions au travail psychothérapeutique avec les gens souffrant de problèmes de santé mentale. Conférencier : Gerry Marino, psychologue. Organisé par le Centre de psychothérapie stratégique. Le 16 mars 2007, de 8 h 30 à 16 h, à Montréal. Informations : 514 525-9966 ou www.psychostrategie.com.

Atelier de formation de base sur les interventions orientées vers les solutions. Conférenciers : Josée Lamarre et André Grégoire, psychologues. Organisé par le Centre de psychothérapie stratégique. Les 16 et 17 mars 2007, de 8 h 30 à 16 h, à Montréal. Informations : 514 525-9966 ou www.psychostrategie.com.

32^e congrès annuel de l'Association québécoise des troubles d'apprentissage. Thème : « J'apprends différemment, Écoutez-moi ! ». En collaboration avec l'Association des orthopédagogues du Québec, l'Association québécoise des psychologues scolaires et l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Au programme, 80 conférences et présentations de recherche, et 50 exposants en matériel didactique. Du 21 au 24 mars 2007, à l'Hôtel Fairmount Le Reine Élisabeth, à Montréal. Informations : 514 847-1324, poste 27, congres@aqeta.qc.ca ou www.aqeta.qc.ca.

Journée clinique sur Le Traitement psychanalytique des psychoses. Organisée par le Centre de formation et de recherche du GIFRIC. Le vendredi, le 23 mars 2007, de 9 h à 17 h, à l'auditorium de la Grande Bibliothèque Natio-

nale. Informations : Dr Patricia Murphy au 514 843-1863.

Vendredi intersubjectif. Thème : Le dialogue thérapeutique. Organisée par le Groupe d'étude sur l'intersubjectivité (GEI). Le 30 mars 2007. Information : Sonia Boudreault au 514 972-9098 ou à intersubjectivite@hotmail.com.

29^e congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie. Du 30 mars au 1^{er} avril 2007, à l'Hôtel Delta de Sherbrooke. Informations : www.sqrp.ca.

Forum international sur les pratiques de gestion autonome des médicaments en santé mentale. Organisé par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, l'Équipe de recherche et action en santé mentale et culture et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. Les 3, 4 et 5 avril 2007, à l'Hôtel Holiday Inn Montréal Midtown, 420, rue Sherbrooke Ouest, à Montréal. Informations : 514 523-7919, gaetan@rasmq.com ou au www.rasmq.com.

Atelier de formation : « Perfectionnement clinique sur les interventions auprès d'individus souffrant de Troubles Alimentaires ».

Organisé par la Clinique BACA. Les 6 et 20 avril 2007 ainsi que les 25 et 26 mai 2007. Pour réservation ou informations : Bibiane Talbot au 514 522-9023 ou au www.cliniquebaca.com, sous la rubrique « Formation ».

Colloque sur la complémentarité de tests projectifs et objectifs. Thème : « Tests projectifs et objectifs : Mariage facile ou divorce houleux ? ». Organisé par la Société Québécoise des Méthodes Projectives. Les 4 et 5 mai 2007, à Québec. Informations : Fabrice Choquet au 819 326-7007 (Laurentides).

75^e congrès de l'Association francophone pour le savoir. Thème : « L'esprit en mouvement ». En collaboration avec Université du Québec à Trois-Rivières, le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation du Québec et le Mouvement Desjardins. Du 7 au 11 mai 2007, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Informations : 514 849-0045, poste 225, ou www.acfas.ca/congres.

Formation en thérapie cognitive-comportementale des troubles anxieux (ateliers sur 3 jours). For-

matrice : Isabelle Boivin, Ph.D. Organisé par la Clinique d'anxiété de Montréal.

Les 10, 17 et 24 mai prochain, au Centre d'affaires de Verdun. Information : 514 769-1117, au www.cliniquedanxietedemontreal.com, ou à anxietemtl@yahoo.ca.

9^e colloque La réadaptation à tout âge. Thème : « Réadaptation et problèmes cardiorespiratoires ». Organisé par les professionnels des services de réadaptation du Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska. Le vendredi 11 mai 2007, à l'Hôtel des Seigneurs de Saint-Hyacinthe. Informations : www.santemonteregion.qc.ca.

Conférence de Donna M. Orange, Ph. D., D. Ps., psychanalyste. Thème : Honte et compréhension psychanalytique (en anglais avec traduction simultanée). Organisée par le Groupe d'étude sur l'intersubjectivité (GEI). Le 12 mai 2007, de 9 h à 16 h 30, au Centre St-Pierre, à Montréal. Inscription et information : dépliants dans le prochain *Psychologie Québec* ou communiquez avec Sonia Boudreault au 514 972-9098 ou à intersubjectivite@hotmail.com.

Les multiples facettes du
JEU



Notez dès maintenant
dans votre agenda
le colloque du 1^{er} juin 2007

<http://gambling.psy.ulaval.ca>
418 656-5389
sans frais 1 866 677-5389

Cette journée est organisée par
le Centre québécois d'excellence
pour la prévention et le traitement du jeu

 UNIVERSITÉ
LAVAL

2^e congrès canadien sur la recherche en santé mentale et en dépendance en milieu de travail. Thème : « Santé mentale et dépendance en milieu de travail : recherche, connaissance et action. » Organisé par l'Institut de recherche en santé du Canada. Les 17 et 18 mai 2007, à l'Hôtel Marriott Pinnacle, à Vancouver. Informations : www.carmha.ca ou à conference@carmha.ca.

7^e Congrès de l'International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology Thème : « De l'adolescent à l'adulte : passages et transitions. » Organisé en collaboration par l'Ordre des psychologues du Québec, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Université de Montréal et l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Du 4 au 7 juillet 2007, à l'Hôtel Fairmount Le Reine Elizabeth de Montréal. Information et inscription : www.isapp2007.org.

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

Souper causerie. Conférencier : Conrad Lecomte, Ph.D. Organisé par le Groupe d'étude sur l'intersubjectivité (GEI). Le vendredi 8 juin 2007 (lieu à déterminer). Information : Sonia Boudreault au 514 972-9098 ou à intersubjectivite@hotmail.com.

Programme de formation en thérapie de couple et de famille. Organisé par l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis. Ouverture d'un nouveau groupe anglophone débutant en septembre 2007 jusqu'en 2010. Un cours francophone de rattrapage est aussi offert de septembre 2007 à 2009. Inscriptions jusqu'à la fin Juillet 2007. Informations : Rosa Cautillo au 514 340-8222, poste 5887, ou D^r Sharon Bond, Directrice du programme, au 514 340-8222, poste 3216. <http://www.jgh.ca/departements/psychiatrie/pftcf>.



Je veux

M'investir

L'Université de Sherbrooke propose un milieu de travail exceptionnel pour combler vos désirs de dépassement.

Au Campus de Longueuil, le Département de psychologie développe un nouveau profil pour son programme de doctorat. L'objectif consiste à former des psychologues compétents pour intervenir auprès des enfants dans leurs divers milieux, dont familial et scolaire.

PROFESSEURE OU PROFESSEUR EN PSYCHOLOGIE

Faculté des lettres et sciences humaines
Département de psychologie
Campus de Longueuil
Offre d'emploi 07-6-06-03

Défis et responsabilités

À court terme : développer un nouveau profil du programme de doctorat. Durant sa première année à l'Université, la personne recherchée aura à développer les activités de ce nouveau profil et à recruter une équipe de personnes-ressources aptes à y intervenir.

À moyen terme : être professeure ou professeur au Département de psychologie, au Campus de Longueuil. Enseignement aux trois cycles d'études universitaires, recherche dans un des domaines de la psychologie, encadrement d'étudiantes et d'étudiants, participation à la gestion du département et à la vie universitaire et service à la collectivité.

Exigences

Doctorat en psychologie (Ph.D.), expérience significative d'intervention auprès des enfants, travaux de recherche appliquée et publications dans le domaine de la psychologie, expérience en formation professionnelle ou en enseignement, connaissance des milieux de vie de l'enfant et des ressources qui répondent à ses besoins. Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec (ou admissible). Une expérience en développement de programmes ou de projets sera considérée comme un atout.

Les curriculum vitae doivent être reçus avant 17 h, le vendredi 13 avril 2007.

Visitez notre site pour connaître la description complète de ce poste et les modalités pour poser votre candidature.
www.USherbrooke.ca/srh

L'Université de Sherbrooke souscrit à un programme d'accès à l'égalité en emploi et un programme d'équité en emploi pour les femmes, les membres des minorités visibles et ethniques, les Autochtones et les personnes handicapées.



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

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.

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

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

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

Québec, à partager – Situé au 35, Grande-Allée. Bureau libre une journée semaine (les lundis) de 8 h à 22 h. Pas de stationnement. Tél. : 418 525-0106.

Bureaux individuels à louer – Boulevard Saint-Joseph Est, près du métro Laurier. Prix raisonnables. 514 233-2060.

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

Bureau à partager, Plateau – Dans clinique de psychothérapie, superbe salle d'attente, climatisation, café à même l'édifice, très chaleureux, à voir ! Métro Sherbrooke tout proche, 45 \$/jour ou encore possibilité de louer à l'heure (11 \$/h) mardi et vendredi. 1001 Sherbrooke Est, espace 500. Claude Cyr : 514 528-9850, www.picturetrail.com/souslouer.

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

Québec, Charlesbourg – Grand bureau à partager, disponible les vendredis et jeudis pm. Insonorisé, climatisé, près de l'autoroute de la Capitale. Informations : 418 622-4838.

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

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

Bureaux à louer temps plein ou partiel au Centre Imago – Montréal, Verdun. Trois bureaux, salle d'attente, espace pour ateliers, avec cuisine, salles de bain. 514 766-5502.

Québec, bureau à louer ou à partager – Très beau, spacieux, insonorisation parfaite, aménagement +++, climatisation. Stationnement gratuit. Possibilité de sous-location. Rue de l'Église à Sainte-Foy. 418 654-0321.

Bureaux à louer dans l'immeuble de Gestion PSY-COM, dans le Vieux Longueuil, avec collaboration possible au cabinet de Gilles Vachon, psychologue. Disponible temps partiel et complet. Contacter Doris chez Psy-Com au 450 674-7229.

Avenue du Parc et Bernard, grand bureau ensoleillé, bien aménagé, insonorisé, calme, cuisinette, plusieurs modalités de location, milieu sympathique. 514 274-0012.

Outremont, bureaux à louer – 1175 Bernard Ouest, 2^e étage, libre, près métro Outremont. 550 pieds carrés, deux pièces, climatisées, insonorisées, ascenseur. 795 \$ par mois. 514 894-7482.

À louer, 2 bureaux fermés avec salle d'attente, édifice de professionnels (avocats, notaires, comptables), situé Beaubien et Pie-IX, 650 \$ par mois. Pour renseignements, contactez M^e Michel Charbonneau, avocat. Tél. : 514 725-4773, poste 1.

Rosemont/Petite Patrie, bureaux à louer – 1650 pieds carrés, rez-de-chaussée, 1559 Bélanger (Fabre), 2 rues de Hôpital Jean-Talon. Air climatisé, 6-8 bureaux, stationnements, semi-meublé. 514 894-7482.

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

Le Centre Multisanté Métropolitain recherche des travailleurs autonomes souhaitant se joindre à notre regroupement de professionnels situé sur le plateau Mont-Royal. Nos locaux sont climatisés et chaleureusement aménagés. Location par blocs d'heures ou par jour, service de réception, références et formation continue disponibles. Pour information, contacter Bibiane Talbot : 514 522-9023.

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

Bureau à sous-louer – Boisbriand. Dans une maison ancestrale. Fraîchement rénové, chaleureux, spacieux, éclairé, affluence, salle d'attente et cuisinette. Facile d'accès, situé à proximité des autoroutes 13, 15 et 640. Horaire disponible particulièrement de jour – possibilités de références. Diverses modalités de location. 514 301-3056.

Une rareté à partager! Au cœur de Montcalm, professionnelle désire partager très beau bureau meublé. Horaire flexible. Coût : heure, semaine ou mois. Informations : 418 932-4102.

Trois bureaux à louer (72, 90, 200 pi²), face au métro Laurier sur le boulevard Saint-Joseph, 350 à 425 \$/mois. 514 848-9875.

Le CEP, situé à Montréal (Papineau-Laurier) loue des bureaux et des salles de conférences entièrement rénovés, insonorisés, climatisés et meublés. Environnement accueillant avec cuisine et terrasse. Modalités de contrats flexibles (bloc d'heures, journée) et prix avantageux. Téléphone : 514 678-5747.



**CENTRE D'ÉDUCATION EN
PSYCHOLOGIE**

5066 Papineau
Montréal (Québec)
H2H 1V8
514 678-5747

Métro Laurier

Le CEP regroupe des psychologues d'approches
cognitivo-comportementale, psychodynamique et humaniste.

Directrice clinique : Dr Marie-Hélène St-Hilaire

Les services du CEP :

- Consultation pour la thérapie individuelle, de couple et de groupe;
- Formation pour les professionnels de la santé (24 mars 2007 : Gestion de la douleur);
- Location de bureaux ou salle de conférence.

www.cepsychologie.com

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS

Psychologue recherché(e) pour réaliser des expertises psychosociales (garde d'enfants) sur une base contractuelle. Formation clinique et connaissance des tests projectifs requises. Si intéressé, envoyez votre CV au 514 748-2073, à l'attention de M^{mes} Beaudoin et Mercier.

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

Psychologues recherchés : Service au privé sur une base contractuelle/clientèle et services fournis. Pour desservir l'une des clientèles suivantes : enfants, adolescents, adultes, couples, familles. Faire parvenir c.v. à : Centre de Psychologie des Moulins, s.e.n.c., 475, Montée Masson, bureau 302, Mascouche (Québec) J7K 2L6. Téléphone : 450 966-0134, télécopieur : 450 966-0349 ou à ctrepsychodesmoulins@qc.aira.com.

Psychologue recherché – Région de Lanaudière. Statut de travailleur autonome, références possibles. Bureau, soutien technique et professionnel. Profil recherché : psychologue débutant et supervisé ou d'expérience avec spécialité. Pour information, Denise Turcotte, M.A., 450 759-1387.

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

Une équipe du Centre de recherche Fernand-Seguin recherche 2 psychologues d'approche cognitivo-comportementale, disponibles 1 ou 2 journées par semaine. Exigences : travail au sein d'une équipe multidisciplinaire; thérapie individuelle avec une clientèle adulte; intéressé à apprendre et appliquer un protocole de traitement spécialisé. Les candidats bilingues (capables de mener un

entretien clinique autant en anglais qu'en français) seront privilégiés. Veuillez faire parvenir votre curriculum vitae à l'attention de : M^{me} Ariane Fontaine, Coordonnatrice, Centre d'étude sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics. Courriel : afontaine.crfs@ssss.gouv.qc.ca.

Recherche psychologue d'approche cognitivo-comportementale possédant 5 ans d'expérience. Clinique spécialisée auprès des enfants/ados. Statut de travailleur autonome, clientèle fournie. Disponibilités pour location d'un bureau : mercredi, vendredi et samedi. Faire parvenir CV au : CIPJ, 3350, rue de la Pérade, bureau 220, Ste-Foy (Québec) G1X 2L7.

SERVICES OFFERTS

Vacances aux Îles-de-la-Madeleine. Chalet à louer, à 100 pas de la plage de la Baie de Plaisance à Havre-Aubert. Deux chambres, équipement complet, BBQ, emplace-

ment pour feu extérieur, terrain tranquille, immense plage de 12 km 30 à 50 % de rabais pour mois de mai, juin, septembre et octobre. Luc Chevrier : 418 986-6166, chalets solange@hotmail.com. Site web : www.ilesdelamadeleine.com/chaletssolange.

Les Services Professionnels de prévention du suicide de Montréal. Évaluation, psychothérapie, supervision individuelle ou de groupe, formation. Direction : Gaëtan Roussy, psychologue. 514 840-0614 ou gaetanroussy@hotmail.com.

Vous souhaitez être supervisé par une psychologue formée en thérapies brèves et en intervention de crise? Vous recherchez une personne qui peut vous aider à développer vos compétences? Brigitte Lavoie a une expérience en éducation, dans les PAE et comme directrice de Suicide Action Montréal. Appelez au 514 241-0510.

Nouveaux membres

Artaud, Janick
Bigaouette, Jacques
Chagnon, Marie-Lisa
De Grâce, Marie
Deschênes, Myriam
Dubé, Louis-Marie
Fréchette, Virginie
Gamberg, Susan
Giguère, Émilie
Giroux, Mylène
Houle, Anne-Marie
Keeley, Jonathan
Lavigne, Annie
Leanza, Yvan
Lévy, Karyn
Manascu, Yettie
Martel, Chantal
McCoubrey, Gail
Michaud, Josée
Morin, Amélie
Morin, Sylvie

Painchaud, Amélie
Perron, Louise
Petraglia, Jonathan
Pilon, Mathieu
Plourde, Marie-Christine
Ponton, Nancy
Roy, Karine
Salvati, Nadia
Segura, Teresa
Senécal, Sylvie
Simard, Geneviève
Stamate, Alina-Nusa
Therrien, Edith
Tourigny, Jacinthe
Vandeveld, Caroline
Zygmuntowicz,
Catherine

Réinscriptions
Boisclair, Suzanne
Côté, Denise

Gagnon, Jeanne Élise
Gagnon, Karen
Grondin, Richard
Labbé, Réjean
Laforest, Marie-Claude
Lafortune, Michel
Lelievre, Jean-Luc
Moiescu, Eugenia-
Carmen
Olivier, Bertrand
Roy, Mariette
Sioui, Michel-André
Tremblay, Nicole
Vachon, Sandra
Vallières, Claude

Décès
Jacques Gosselin
Louise Lagarde
Alain Veyseyre

Décès du psychologue Alain Veyseyre

LE 26 SEPTEMBRE dernier est décédé Alain Veyseyre, à l'âge de 61 ans, suite à une maladie dégénérative. Français d'origine, M. Veyseyre avait choisi le Québec comme terre d'adoption lors d'un voyage dans les années 1970 et c'est ici qu'il avait découvert sa passion pour la psychologie. Sa carrière a été riche et variée. Il a ouvert une clinique privée à Montréal avant d'occuper un poste cadre à la CSST. De 1984 à 2003, il était psychologue clinicien au C.H. M^{gr} Ross à Gaspé où il supervisait des stagiaires. De plus, il enseignait pour l'UQAR, donnait des formations et des conférences et collaborait avec plusieurs PAE. À 58 ans, il terminait sa carrière par un dernier défi à Valcartier auprès de militaires atteints de stress post-traumatique. Alain était un psychologue rigoureux, à la fois avide des avancées scientifiques et profondément humaniste. Il a laissé de belles traces chez ses collègues, amis et sûrement chez les milliers de personnes qu'il a accompagnées comme thérapeute.



La recherche le dit...

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

Aphrodisiaque ou pas ?

De nombreuses vertus sont prêtées au chocolat... surtout en matière sexuelle. Par exemple, on dit de cette friandise qu'elle accroît le désir ou le plaisir sexuel. Des Italiennes (n=163), âgées en moyenne de 35 ans, se sont intéressées à ce sujet. Des mesures de leur fonction sexuelle, de la détresse sexuelle ressentie et des critères de dépression ont été prises durant cette expérience. Les résultats montrent que les participantes qui rapportaient une prise quotidienne de chocolat étaient plus jeunes que celles qui ne consommaient pas de chocolat (environ 33 ans contre 40 ans), et ce, même si leur indice de masse corporelle était semblable. Le groupe de femmes friandes de chocolat rapportait des taux plus élevés de désir sexuel et une meilleure fonction sexuelle que ceux enregistrés dans l'autre groupe. Or, l'effet sur l'index de

fonction sexuelle aurait d'abord été influencé plus par l'âge des femmes que par ce qu'elles avaient l'habitude de manger. En outre, aucune différence n'a été trouvée pour les autres variables à l'étude telles que l'excitation sexuelle, le niveau de satisfaction ou de détresse sexuelle ou les symptômes de dépression. Cet effet du chocolat sur le désir sexuel est-il psychologique ou biologique? Les auteurs croient que ces deux processus soient impliqués. En complément d'une bonne communication dans le couple, un carré de chocolat sera-t-il bientôt prescrit par les sexologues?

Salonia, A., Fabbri, F., Zanni, G., Scavini, M., Fantini, G. V., Briganti, A., Naspro, R., Parazzini, F., Gori, E., Rigatti, P. et F. Montorsi (2006). « Chocolate and Women's Sexual Health : An Intriguing Correlation ». *Journal of Sexual Medicine*, vol. 3, n° 3, p. 476-482.

Le chocolat : une posologie différente selon l'âge ?

Chez les parents de jeunes enfants, le chocolat a parfois bien mauvaise presse. En effet, plusieurs lui attribuent des effets négatifs sur le com-

portement des bambins, les rendant plus turbulents ou davantage distraits. Or, jusqu'à présent peu d'études ont fait le point sur cette croyance populaire. Ingram et Rapee, de l'Université Macquarie en Australie, se sont penchés sur cette question. Ils ont observé 26 enfants d'âge préscolaire divisés en deux groupes. Une moitié des participants a mangé du chocolat tandis que des fruits séchés étaient offerts aux autres, et ce, afin de tenir compte de l'excitation due à la nouveauté et au fait de recevoir un aliment plaisant. Les enfants écoutaient ensuite un conte pendant lequel ils étaient filmés de façon à ce que leurs comportements (tout de suite après et 30 minutes plus tard) soient codifiés selon une grille précise. Les critères tels que le niveau d'activité (se lever, bouger, agir de façon agressive, etc.) et le degré d'attention (regarder en direction du conteur, parler, etc.) ont été considérés. Il ressort de cette étude que les participants n'ont pas été affectés par l'ingestion de l'une ou l'autre des friandises. Comme quoi le chocolat n'est peut-être pas si mauvais pour les petits non plus! Gamins, à vos lapins et poules en chocolat!

Ingram, M. et R. M. Rapee (2006). « The Effect of Chocolate on the Behaviour of Preschool Children ». *Behaviour Change*, vol. 23, no 1, p. 73-81.

Une joie de courte durée

La croyance populaire attribue des vertus non seulement aphrodisiaques et relaxantes, mais aussi euphorisantes, toniques et antidépresseurs au chocolat. Les personnes déprimées pourraient avoir recours au chocolat comme nourriture émotionnelle : elles assouvi- raient des « rages de chocolat » pour contrer la dépression. Jusqu'à quel point le chocolat altère-t-il réellement notre humeur? La revue de littérature réalisée récemment par

Parker, Parker et Brotchie révèle qu'en fait les bénéfices pour l'humeur de manger du chocolat sont éphémères. En effet, ces auteurs ont relevé que les propriétés du chocolat et leurs actions sur le système des neurotransmetteurs n'expliquent pas davantage des changements d'humeur que d'autres aliments. Des déficits en magnésium, en sérotonine ou autres ne pourraient expliquer l'attrait pour le chocolat. Il serait possible néanmoins d'expliquer la « rage de chocolat » simplement par son impact sur le système orosensoriel : le fait de voir et de sentir du chocolat nous en donnerait envie! Plusieurs problèmes méthodologiques empêchent d'y voir plus clair quant à l'effet du chocolat sur l'humeur. Son effet serait souvent confondu avec l'effet de l'état émotionnel actuel de la personne (ex. : dépression, anxiété, ennui), avec l'effet d'avoir déjà mangé ou non en fonction du moment d'ingestion du chocolat, avec l'effet d'être une personne qui a ou non des rages de chocolat et qui est mince ou obèse. Les auteurs s'entendent pour dire que le chocolat peut apaiser une « rage », mais n'est pas un antidépresseur. Lorsqu'on en mange pour être moins déprimé, des auteurs rapportent qu'il tendrait plutôt à prolonger l'humeur en maintenant une impression de perte d'énergie alors que d'autres auteurs ont trouvé un effet initial sur l'humeur, mais qui ne persiste pas dans le temps. Le chocolat peut aller se réemballer... il ne vaut pas la psychothérapie et la médication antidépresseive!

Parker, G., Parker, I. et H. Brotchie (2006). « Mood state effects of chocolate ». *Journal of Affective Disorders*, vol. 92, no 2-3, p. 149-159.

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

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

En bref

Programme de recherche clinique pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le Centre d'étude sur les tics et les troubles obsessionnels-compulsifs offre un programme de thérapie cognitivo-comportementale pour traiter le TOC et la peur d'une dysmorphie corporelle.

Les participants au programme de recherche bénéficient d'une thérapie individuelle de 20 semaines donnée par des psychologues du Centre de recherche Fernand-Seguin.

Ce programme est dirigé par le Dr Kieron O'Connor, en affiliation avec l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

Pour information, contactez Ariane Fontaine au (514) 251-4015, poste 3585 ou visitez le site Web <http://ticetoc.crfs.rtss.qc.ca>



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

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

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

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

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

GATINEAU JONQUIÈRE MONTRÉAL QUÉBEC SHERBROOKE



Ordre
des psychologues
du Québec

**DALE·
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers



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

Documentation disponible
en ligne ou sur demande.

Institut Victoria

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

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

www.institut-victoria.ca

PSYCHOLOGIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Région de la Capitale-Nationale, Montréal, Québec, 15, 16 et 17 février 2007

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

Montréal 375.00 \$ (taxes incluses)

Groupe B, le 26 janvier et les 2 et 9 février 2007; Groupe C, les 21 et 28 mars et le 11 avril 2007;
Groupe D, les 2, 9 et 23 mai 2007.

Régions 445.00 \$ (taxes incluses)

Trois-Rivières, les 23 février et les 2 et 23 mars 2007 **Gatineau**, les 26, 27 et 28 avril 2007

Québec, les 8, 15 et 29 mai 2007

► PROGRAMME DE FORMATION DE 3 ANS

À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Montréal Montréal groupe 2005-2008 et 2006-2009 en cours (complet), surveillez l'ouverture possible d'un groupe en janvier 2007 **Québec** groupe 2004-2007 en cours (complet). Prochain groupe débutant en septembre 2007 **Sherbrooke** nouveau groupe débutant en septembre 2007

► FORMATION ET SUPERVISION SUR MESURE

POUR LES INSTITUTIONS ET LES REGROUPEMENTS D'INDIVIDUS

► ATELIERS D'UNE JOURNÉE

CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Québec le 9 février 2007.

150.00 \$ (taxes incluses)

ATELIERS THÉMATIQUES D'APPROFONDISSEMENT

Prochain perfectionnement régional le 3 juin

- Structure schizoïde, le 23 mars 2007.
- Structure narcissique, le 4 mai 2007
- Structure borderline, le 18 mai 2007.

Montréal 150.00 \$ (taxes incluses)

Toutes nos formations sont agréées par Emploi-Québec