

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 29
numéro 02
mars 12

> Le traumatisme craniocérébral

ÉVALUATIONS ET
INTERVENTIONS
NEUROPSYCHOLOGIQUES
VERS UN RÉTABLISSEMENT
OPTIMAL

AVIS D'ÉLECTION

BULLETINS DE MISE EN CANDIDATURE À L'INTÉRIEUR

ENTREVUE

CARL LACHARITÉ

LA PLACE DES PÈRES ET LES FAMILLES EN DIFFICULTÉ

CHRONIQUE JURIDIQUE

CE QUI N'EST PAS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Formations en ligne



**IL EST MAINTENANT POSSIBLE DE BÉNÉFICIER DE FORMATIONS EN LIGNE
AVEC DES FORMATEURS CHEVRONNÉS DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE**

Contact: Suzanne Dorais / 819 776-8011 / Suzanne_Dorais@ssss.gouv.qc.ca

CFSMO 
CENTRE DE FORMATION EN SANTÉ
MENTALE DE L'OUTAOUAIS

Le Centre de formation en santé mentale de l'Outaouais (CFSMO) s'est récemment doté d'une plateforme d'apprentissage en ligne qui permet la diffusion de formations en ligne pour l'ensemble des professionnels du réseau de la santé. Au cours de la prochaine année, plusieurs formations seront disponibles et accessibles par l'entremise du site internet de l'établissement à l'adresse suivante : www.chpj.ca/campus

En cliquant sur le bouton « Accès », vous serez invité à créer votre compte usager externe qui vous permettra d'accéder à la plateforme. Une fois à l'intérieur du portail, sous l'onglet **Formation**, vous pourrez visionner les descriptifs des « cours offerts en ligne ».

Il sera facile, par paiement avec une carte de crédit, d'acheter une formation en ligne. Vous aurez l'avantage de visionner votre formation au moment qui vous convient et d'y retourner en tout temps.

Dès que le projet de loi 21 sera mis en application, nous verrons à respecter les exigences requises par le règlement de formation continue de l'Ordre des psychologues du Québec afin que chacune de ces formations en ligne soient accréditées et reconnues dans l'obligation des psychologues et des psychothérapeutes d'accumuler leur 90 heures de formation sur une période de cinq ans.

Nous vous invitons à consulter régulièrement notre calendrier de formations sur la plateforme d'apprentissage en ligne.



**D^r SIMON
PATRY**



**D^r FRÉDÉRIC
DIONNE**



**D^r PIERRE
COUSINEAU**



**M^{me} DIANE
MERCIER**



**D^r MARIE-
CLAUDE GUAY**



**M^{me} KARÈNE
LAROCQUE**



**D^r ANNICK
VINCENT**



**D^r GILLES
DELISLE**

THÈME	FORMATEUR	DURÉE	COÛT
La thérapie interpersonnelle	D ^r Simon Patry / Médecin psychiatre	7 hres	245 \$
La thérapie d'acceptation et d'engagement	D ^r Frédéric Dionne / Psychologue	12 hres	420 \$
Les schémas de Young	D ^r Pierre Cousineau / Psychologue	10 hres	350 \$
La communication non verbale	M ^{me} Diane Mercier / Psychologue	6 hres	210 \$
Les traumatismes faits aux enfants	M ^{me} Diane Mercier / Psychologue	6 hres	210 \$
L'intervention auprès des enfants souffrant de TDHA	D ^r Marie-Claude Guay / Psychologue	5 hres	175 \$
Intervenir auprès des dépendants affectifs	M ^{me} Karène Larocque / Psychologue	6 hres	210 \$
Le TDAH chez l'adulte	D ^r Annick Vincent / Médecin psychiatre	5 hres	175 \$
La compétence affective du psychothérapeute	D ^r Gilles Delisle / Psychologue	3,5 hres	125 \$

> dossier p. 34

Le traumatisme craniocérébral

ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS NEUROPSYCHOLOGIQUES VERS UN RÉTABLISSEMENT OPTIMAL

35_ Les effets cumulatifs des commotions cérébrales dans le sport

Dr Louis De Beaumont, neuropsychologue

39_ Le traumatisme craniocérébral léger chez l'adulte : pronostic et intervention

Dr^e Michelle McKerral, neuropsychologue

44_ Le traumatisme craniocérébral en âge avancé : particularités cliniques, réadaptation et accessibilité aux services

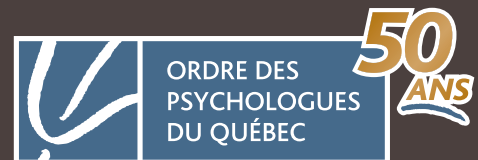
Eduardo Cisneros, neuropsychologue

50_ Les lésions cérébrales précoces : plasticité ou vulnérabilité?

Dr^e Miriam H. Beauchamp, neuropsychologue

Un logo anniversaire pour souligner les 50 ans de l'Ordre

C'est le 21 mars 1962 qu'a été fondée la Corporation professionnelle des psychologues de la province de Québec, soit le jeune ancêtre de l'Ordre des psychologues du Québec. Pour souligner les 50 ans de l'Ordre, un logo commémoratif a été créé. Le nouveau visuel met en vedette les « 50 ans », qui sortent littéralement du cadre habituel! La couleur vive rappelle le caractère festif de ces 50 ans d'histoire. Le logo anniversaire sera apposé sur toutes les publications produites par l'Ordre dans la prochaine année.



Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731



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



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

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

_entrevue p. 30

La place des pères, la parentalité et
l'intervention auprès de familles en difficulté

Dr Carl Lacharité, psychologue



_sommaire

07_ Éditorial

50 ans à changer le monde

09_ Secrétariat général

La formation initiale des psychologues d'hier à aujourd'hui

11_ Pratique professionnelle

Lignes directrices sur l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme

15_ Affaires juridiques

Ce qui est ou ce qui n'est pas de la psychothérapie : les enjeux

21_ Octobre 2012 : un grand moment de la psychologie au Québec

22_ Saviez-vous que?

25_ Le *Cahier recherche et pratique* revient en force

26_ Avis d'élection 2012

29_ Opinions

54_ Activités régionales et des regroupements

55_ Tableau des membres

56_ Petites annonces

58_ La recherche le dit

Psychologie QUÉBEC

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

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

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier,
Alessandra Schiavetto

Rédaction :: Krystelle Larouche

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Conception graphique et production ::
MichauDesign

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

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

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

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Mai 2012 : 23 mars 2012

Juillet 2012 : 25 mai 2012



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

50
ANS

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



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

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

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

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



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

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

1 800 361-8715
dpm.ca/opq

MONTRÉAL | GATINEAU | JONQUIÈRE | QUÉBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie



CABINET DE SERVICES FINANCIERS



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

Éditorial

— 50 ans à changer le monde

C'est le 21 mars de cette année que l'Ordre des psychologues aura 50 ans. *50 ans à changer le monde* est le thème du congrès 2102 qui se tiendra du 25 au 27 octobre à Montréal et où nous soulignerons de façon particulière ce cinquantième anniversaire. Est-ce audacieux de croire que nous avons, comme profession, contribué à changer le monde? Je ne le crois pas.

Les connaissances en psychologie ont évolué de façon exponentielle et les pratiques ont été développées dans le respect des principes scientifiques et professionnels. C'est ainsi qu'ont été déployés des services de mieux en mieux adaptés aux besoins de la population, et ce, dans tous les secteurs d'activité. Les psychologues se sont graduellement différenciés de ceux qui, à première vue, semblaient partager leur champ de pratique mais qui ne possédaient ni leur formation scientifique et l'esprit critique qui en découle, ni leur engagement dans une pratique qui bénéficie du soutien et de l'encadrement d'un ordre professionnel. Nous avons su, au fil des ans, faire reconnaître notre professionnalisme, la pertinence et l'efficacité de nos interventions. La population a bien compris et elle revendique désormais les services des psychologues.

On peut dire sans trop risquer de se tromper que les deux valeurs fondamentales qui balisent notre profession sont l'humanisme et la rigueur scientifique. C'est en intégrant de manière harmonieuse et créative ces deux valeurs que nous avons traversé les différentes étapes qui nous ont mené là où nous sommes. Nous y avons gagné en maturité et en crédibilité.

L'expérience des 50 dernières années nous a transformés comme psychologues et comme profession. Mais il y a plus. Notre présence dans différents milieux a permis de diffuser la psychologie, non seulement comme réponse à des questions, mais comme grille d'analyse pour des phénomènes humains et sociaux. Nous avons ainsi apporté notre contribution au mieux-être de nos concitoyens, soit à l'éducation et au développement des enfants, aux bonnes relations familiales, au traitement et à la prévention des troubles psychologiques et même des maladies physiques, à la qualité de vie au travail, à la productivité et à l'économie. Il y a de quoi être fier. Et il y a lieu de poursuivre.

Quel sera le principal défi de notre profession au cours des prochaines années? Selon moi, il consistera à faire évoluer notre discipline en mettant la technologie et les avancées scientifiques au service de la profession. Nous aurons de plus en plus le moyen d'étudier la personne en pièce détachée. Il nous faudra continuer de la respecter dans son intégralité.

J'aime cette profession et je trouve qu'elle vieillit bien. Je souhaite continuer à m'y impliquer comme présidente afin de réaliser concrètement l'implantation du projet de loi 21 et de contribuer à la solidification des nouvelles assises professionnelles de la psychologie québécoise. C'est pourquoi j'ai décidé de solliciter un autre mandat à la présidence de l'Ordre.

50 ans à changer le monde, ça se fête! Espérons que vous serez nombreux à participer au congrès 2012 pour souligner ce moment historique.

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

Des rabais exclusifs? C'est réglé.

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



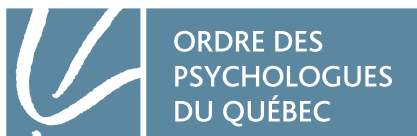
OBTENEZ UNE SOUMISSION

1 866 551-2641
lacapitale.com/opq



CONCOURS
*Costa Rica
me voilà!*

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



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

Secrétariat général

La formation initiale des psychologues d'hier à aujourd'hui



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

La formation initiale des psychologues n'a pas cessé d'évoluer au fil des ans. À l'aube de nos 50 ans en tant que profession réglementée, où en est rendue la formation initiale des psychologues? Il fut un temps où l'on exigeait une licence pour obtenir l'accès au titre. Ensuite, c'est la maîtrise qui a été la norme d'accès pendant quelques décennies. Depuis juillet 2006, le doctorat est la condition d'accession au titre de psychologue.

En 50 ans, les secteurs de pratique se sont diversifiés et complexifiés. Les problématiques et les champs d'intervention des psychologues se sont multipliés. Le corpus de connaissances requis pour la préparation des futurs psychologues s'est considérablement élargi.

La formation des nouveaux psychologues est fondée sur un modèle articulé autour de sept compétences que l'étudiant doit maîtriser au terme de son parcours doctoral. Il s'agit des compétences suivantes : relations interpersonnelles, évaluation, intervention, recherche, éthique et déontologie, consultation et supervision. En plus d'une formation théorique extensive, tous les doctorats incluent aujourd'hui un internat d'un an à temps complet, précédé d'un stage. L'internat constitue un des principaux éléments qui ont été ajoutés à la nouvelle formation des psychologues. Une solide formation pratique supervisée est essentielle et représente une des pierres angulaires de la préparation de nos futurs professionnels.

La recherche fait partie intégrante de la formation du futur psychologue. La dimension scientifique caractérise notre profession. Sans que l'objectif premier soit de former des spécialistes en recherche fondamentale, la dimension recherche vise à outiller le futur psychologue pour qu'il devienne un utilisateur éclairé de la littérature scientifique. La formation en recherche forme une pensée critique essentielle à l'exercice du jugement clinique et professionnel.

L'Ordre joue un rôle actif dans la formation des futurs psychologues. Une relation étroite de collaboration est en place entre l'Ordre et les universités afin de s'assurer de l'adéquation de la formation initiale au besoin contemporain de la pratique. Dans le respect des champs de compétence, l'Ordre et les universités

collaborent au maintien et à l'amélioration de la qualité de la formation initiale. Par l'entremise de son comité de la formation, l'Ordre fixe des normes et des critères (présentés dans le *Manuel d'agrément*¹). Les universités ont quant à elles le savoir-faire et l'expertise pour former d'excellents professionnels.

Aujourd'hui au Québec, il y a 19 programmes de doctorat en psychologie dans 9 universités. L'Ordre procède à l'agrément de ces programmes. Il s'agit d'un processus en continu qui combine une procédure d'évaluation exhaustive de chaque programme tous les cinq ans ainsi qu'un mécanisme de suivi annuel. Le conseil d'administration de l'Ordre, sur recommandation du comité de la formation, formule des recommandations aux universités en vue de l'amélioration des programmes. Le suivi de ces recommandations est assuré annuellement par le comité exécutif.

La formation initiale des psychologues québécois en est une de haut niveau. Elle rivalise avec les programmes de partout dans le monde. Elle prépare très bien les futurs psychologues à exercer de façon autonome dans plusieurs contextes différents afin de répondre adéquatement au besoin de la population. Nous avons toutes les raisons d'être fiers de notre profession et de l'évolution de sa formation initiale.

_MESURE D'ATTRACTION ET DE RÉTENTION DANS LE RÉSEAU PUBLIC

En suivi de la chronique du secrétaire général dans le numéro de novembre 2011 de *Psychologie Québec*, le MSSS annonçait en janvier dernier une prime salariale visant à favoriser l'attraction et la rétention des psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cette mesure temporaire prévoit des hausses salariales de 12 % et 15 %, selon que le psychologue travaille à 26 ou 35 heures/semaine. Le MSSS évaluera l'impact de cette mesure d'ici au 30 mars 2015 et statuera sur la pertinence de la reconduire, notamment si on observe un effet positif sur la pénurie anticipée de psychologues dans le réseau. Précisons que la prime en question s'ajoute au 5 % (approx.) d'augmentation obtenu l'an dernier en lien avec le dossier de l'équité salariale. Advenant le cas où ce 5 % devait être ajusté à la hausse à la suite du règlement de la plainte actuellement déposée devant la Commission de l'équité salariale, les primes de 12 et 15 % seraient diminuées proportionnellement à cet ajustement.

_Note

¹ Le Manuel d'agrément est disponible sur le site Web de l'Ordre.
www.ordrepsy.qc.ca/manuelagrément



Programmation **Hiver** | **Printemps** 2012

Formations  *Porte-Voix*

Hiver 2012



Les troubles de l'attachement chez les enfants de 4 à 12 ans :
initiation à l'intervention basée sur les théories de l'attachement
Mtl : 6-7 mars 2012 • Qc : 29-30 mars 2012

Par D^{re} Geneviève Tardif,
psychologue



**Initiation à l'intervention auprès des personnes présentant
un trouble de la personnalité**
Qc : 22-23 mars 2012

Par D^r Sébastien Bouchard,
psychologue



**Réinsertion socioprofessionnelle et retour au travail de
personnes présentant un trouble mental : mieux évaluer et
soutenir leur cheminement personnel**
Qc : 9 mars 2012

Par Marc Corbière,
Ph. D. en psychologie

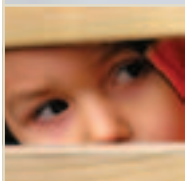


Printemps 2012



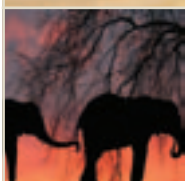
Thérapie cognitivo-comportementale de la dépression :
mise à jour des connaissances et présentation des techniques
d'interventions efficaces
Mtl : 10-11 mai 2012 • Qc : 7-8 juin 2012

Par D^r Martin D. Provencher,
psychologue



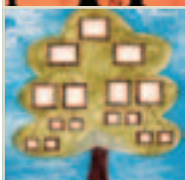
**Traitement cognitivo-comportemental des troubles anxieux
chez les enfants et les adolescents : séminaire clinique**
Mtl : 31-1^{er} juin 2012 • Qc : 3-4 mai 2012

Par D^{re} Lyse Turgeon,
psychologue



Être superviseur clinique auprès de psychothérapeutes :
cadre de travail et gestion des enjeux relationnels
Mtl : 15 juin 2012 • Qc : 27 avril 2012

Par André Renaud,
psychologue et psychanalyste



**La négligence transgénérationnelle : évaluation et intervention
auprès des familles multiassistées**
Mtl : 1^{er} juin 2012 • Qc : 18 mai 2012

Par Benoît Clotteau,
M. Sc., psychoéducateur



Informations et inscriptions

www.porte-voix.qc.ca

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

Pratique professionnelle

Lignes directrices sur l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique
pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

_L'ENGAGEMENT DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES

Au moment d'écrire ce texte, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) prévoient faire le lancement des lignes directrices sur l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA) le 23 février. Ce document est issu de travaux dans lesquels se sont engagés les deux ordres professionnels dans le but de clarifier et de préciser le rôle que peuvent jouer les médecins et les psychologues dans la démarche d'évaluation des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés pouvant relever des TSA. Les deux ordres constatent en effet que leurs membres sont fréquemment mobilisés dans cet exercice complexe et à haut risque de préjudice, ce qui justifie l'élaboration d'un document encadrant leur pratique particulière.

_CE QUE SONT LES LIGNES DIRECTRICES

Il est important de situer les lignes directrices dans le contexte du PL 21 et de la réserve consécutive de l'activité d'évaluation des troubles mentaux. Le médecin et le psychologue sont habilités à conclure à la présence de tels troubles¹. Les lignes directrices font état des meilleures pratiques en vue d'outiller notamment les médecins et les psychologues, tout en considérant que leur degré d'expertise et d'expérience en matière de TSA peut varier par ailleurs. Ce n'est pas un guide des meilleures pratiques. De tels guides existent déjà et servent toujours de référence². Ces guides des meilleures pratiques couvrent de plus la pratique de tous les professionnels ou intervenants pouvant être mobilisés à l'évaluation des TSA, ce qui n'est pas le cas de nos lignes directrices. Celles-ci s'appuient cependant sur ces guides pour en dégager ce qu'on attend des médecins et des psychologues, tenant compte de leur degré d'expertise en matière de TSA, et ce, tant au regard du dépistage que de l'évaluation, dans le cadre d'une pratique en solo, en équipe multidisciplinaire ou en équipe interdisciplinaire. Par ailleurs, les lignes directrices ne balisent pas le travail de tous les autres professionnels, ne statuent pas davantage sur la nature ou l'importance de leur contribution, celle-ci étant bien sûr d'emblée reconnue.



_LA DÉMARCHE DE TRAVAIL

Le CMQ et l'OPQ ont d'abord mis sur pied un comité de travail dont la responsabilité était de jeter les bases des lignes directrices et d'en valider le contenu tout au cours de leur production. Ce comité de travail était constitué de trois médecins, soit la D^{re} Isabelle Arès, M.D., psychiatre, le D^r Laurent Mottron, M.D. et le D^r Pierre-Claude Poulin, M.D., pédiatre, de même que de trois psychologues, soit M^{me} Nancie Lalancette, M^{me} Joanne Larose et la D^{re} Mandy Steiman. Ce comité était coordonné par les délégués des deux ordres, soit la D^{re} Pauline Gref, M.D., pédiatre, et M. Pierre Desjardins, psychologue.

Les lignes directrices ont par la suite été soumises à la consultation. Du côté du CMQ, on a reçu l'avis des associations médicales dont les membres sont susceptibles d'être exposés aux TSA de même que celui de quelques médecins experts. Du côté de l'OPQ, près d'une cinquantaine de psychologues offrant des services d'évaluation des TSA ont fait part de leurs réactions sous forme de commentaires et de suggestions. À ce propos, nous tenons à remercier tous ceux qui ont pris le temps de réagir et qui nous ont permis de bonifier les lignes directrices.

_LE CONTENU DES LIGNES DIRECTRICES

D'entrée de jeu, il faut préciser que les lignes directrices n'abordent pas la question des services à offrir aux enfants et adolescents qui présentent un TSA. Elles se concentrent plutôt sur l'évaluation des enfants et des adolescents, excluant donc les adultes, en vue de conclure à la présence de TSA. On peut convenir, par ailleurs, que les lignes directrices ne sont pas novatrices, puisqu'elles s'emploient à rendre compte de ce que la science et les règles de l'art ont établi. Toutefois, elles proposent une démarche évaluative qui tient compte du degré variable de difficulté à conclure à la présence de TSA, rendant ainsi possible un accès plus rapide aux services pour un certain nombre d'enfants ou d'adolescents évalués (« cas classiques »).

Comme il se doit, les lignes directrices présentent dans leur première section un très bref état de situation et un survol de ce qui fait consensus en matière de terminologie, d'étiologie, d'épidémiologie et de critères diagnostiques.

La deuxième section traite de la surveillance du développement et du dépistage des TSA. On comprendra aisément qu'on ne s'adresse pas, du moins à cette étape, à des experts en la matière, le contenu pouvant d'ailleurs paraître relativement trivial pour ceux-ci. On se situe à la première étape du processus et l'objectif est de sensibiliser et d'informer les médecins et les psychologues non spécialisés en leur présentant une démarche commune. Cette démarche vise à relever différents signes d'appel de TSA, à noter les remarques ou propos significatifs que peuvent tenir les parents ou les proches d'enfants ou d'adolescents pour lesquels ils auraient alors à envisager une évaluation plus formelle.

La troisième section présente la démarche rigoureuse et structurée que le médecin et le psychologue doivent suivre pour procéder à l'évaluation en bonne et due forme. On y détaille d'un côté le travail attendu du médecin et de l'autre, celui du psychologue en se basant à la fois sur le champ d'exercice de chaque profession et sur la contribution particulière de chaque professionnel, comme en témoigne généralement leur engagement sur le terrain.

La quatrième et dernière section fait état de l'importance du travail interdisciplinaire ou multidisciplinaire. On souligne que les équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires peuvent être à géométrie variable, leur constitution découlant à la fois des ressources professionnelles disponibles et des compétences requises pour confirmer la présence d'un TSA. Tous les cas ne présentent pas les mêmes défis. Parfois, le travail du médecin et du psychologue suffit pour conclure. Parfois, il faut compter aussi sur d'autres professionnels pour mener à bien le travail d'évaluation différentielle. Soulignons par ailleurs que le travail interdisciplinaire ou multidisciplinaire permet en outre de dresser un portrait fonctionnel global qui sera des plus utiles à la planification et à l'adaptation des services qui seront offerts.

_QUELQUES ÉLÉMENTS-CLÉS À DÉGAGER DES LIGNES DIRECTRICES

Les conclusions cliniques provisoires

Les lignes directrices permettent de saisir l'impact positif du recours aux « conclusions provisoires », telles que définies dans le DSM. Ce qui suit est un extrait des lignes directrices sur cette question :

Les médecins ou psychologues [...] peuvent conclure provisoirement à la présence d'un trouble nécessitant des services. En effet, le DSM-IV TR prévoit le recours à la spécification provisoire pour livrer des conclusions, même si l'information disponible est insuffisante ou que tous les critères d'un trouble ne sont pas satisfaits, mais qu'il y a de fortes raisons de penser qu'ils finiront par l'être.

[...] Attendre systématiquement que les différentes évaluations de tous les professionnels impliqués soient complétées risque d'allonger les listes d'attente et d'augmenter les délais d'intervention.

Rappelons que c'est sur la base des comportements observés que s'établissent les conclusions cliniques de TSA. Par conséquent, dans la mesure où la démarche évaluative est structurée et rigoureuse et que le médecin ou le psychologue s'appuie sur une anamnèse bien documentée et sur une observation systématisée des comportements, il peut livrer des conclusions donnant accès aux services requis, et ce, sans attendre que soit complétée la démarche interdisciplinaire ou multidisciplinaire. Il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas de conclure à la légère :

Aucun comportement ou déficit, pris isolément, ne permet à lui seul de confirmer même provisoirement la présence d'un TSA. C'est l'accumulation des signes et leur organisation dans le fonctionnement de l'enfant ou du jeune qui sont déterminantes.

L'ADOS

La plupart du temps, l'observation systématique des comportements se fait à l'aide de l'ADOS³, l'un des outils psychométriques les plus utilisés. Toutefois, il faut être formé à l'utilisation de cet outil de même que très expérimenté pour interpréter correctement le matériel qu'il permet de recueillir, puisque les comportements relevés peuvent découler de causes diverses. Par ailleurs, on serait porté à croire que l'utilisation de l'ADOS est incontournable. De fait, ce sont les informations sur les comportements observés qu'il permet de recueillir qui sont indispensables pour conclure à la présence de TSA. Ainsi, s'il arrive que ce ne soit ni possible ni indiqué d'utiliser l'ADOS (formation du psychologue ou du médecin insuffisante, contre-indications d'ordre culturel ou linguistique et autres), il faut voir à systématiser autrement l'observation comportementale pour disposer de données sans lesquelles il ne serait pas possible de livrer des conclusions, qu'elles soient ou non provisoires⁴.

Des équipes virtuelles

Les lignes directrices reconnaissent l'importance des équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Cependant, les ressources dont on dispose ne sont pas partout les mêmes et on ne peut pas toujours compter sur la présence réelle d'une équipe multidisciplinaire et encore moins d'une équipe interdisciplinaire dédiée à l'évaluation des TSA. Il est toutefois possible de constituer ce qu'on pourrait désigner comme des équipes multidisciplinaires virtuelles en faisant appel à différents professionnels qui exercent de façon autonome et qui contribueraient, dans le cadre de leur champ d'exercice, à fournir les informations requises au professionnel habilité (le médecin ou le psychologue en l'occurrence) pour qu'il puisse conclure à la présence de TSA.



L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

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

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

Inscription avant le 30 novembre 2012

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

_CONCLUSIONS

Le CMQ et l'OPQ ont conçu des lignes directrices qui témoignent de la démarche évaluative rigoureuse qu'il faut entreprendre pour conclure à la présence de TSA. Cette démarche reprend essentiellement les orientations et recommandations que donnent les guides de meilleures pratiques en la matière en les transposant sur la pratique des médecins et des psychologues. On peut voir que, même si on n'a pas toujours accès à des équipes interdisciplinaires spécialisées pour ce faire, il est possible de tirer des conclusions solides à la condition de suivre une démarche rigoureuse. Il suffit que soient mobilisés les bons intervenants et que le médecin ou le psychologue dispose de toutes les informations pour répondre aux critères diagnostiques et conclure.

Nous espérons que ces lignes directrices seront utiles non seulement aux médecins et aux psychologues, mais également à tous leurs collègues et partenaires professionnels ou organisationnels, étant donné l'importance que tous saisissent bien la rigueur exigée par une telle démarche et soient informés de la contribution particulière du médecin et du psychologue à l'évaluation des TSA. À cet effet, nous vous invitons à en faire la diffusion auprès de tous ceux qui pourraient bénéficier d'en prendre connaissance.

À titre d'information, vous pouvez télécharger les lignes directrices à partir du site Internet de l'Ordre.

_Notes

- 1 Il est important ici de distinguer d'une part ce que la loi reconnaît ou autorise, et on fait alors référence à l'habilitation des médecins et des psychologues à conclure à la présence de TSA, et d'autre part, les mesures administratives qui pourraient identifier le professionnel dont ils retiendront les conclusions en vue d'allouer certaines ressources. C'est en vertu de telles directives administratives que, par le passé, on exigeait un diagnostic du médecin pour qu'un enfant ou un adolescent qui présente un TSA ait accès aux services d'intervention intensive. Le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation ont chacun modifié leurs directives administratives, celles-ci reconnaissant dorénavant les conclusions cliniques des psychologues sur la présence de TSA. Pour plus d'information, consulter les chroniques juridiques suivantes :
Lorquet, É. (2010). « Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport reconnaît la compétence des psychologues pour l'évaluation des troubles mentaux ». *Psychologie Québec*, vol. 27, n° 6, p. 11.
Lorquet, É. (2010). « La portée légale du projet de loi 21 ». *Psychologie Québec*, vol. 27, n° 1, p. 11.
- 2 Nous invitons les psychologues qui souhaitent en connaître davantage sur les meilleures pratiques à consulter le guide suivant : Naschshen, I. et coll. (2008). *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*. Montréal : Fondation Miriam, 2008, 95 p. Le guide est téléchargeable à partir de l'adresse URL suivante : www.interteddi.ca/projet-pratiques-exemplaires/handbook_french.pdf
- 3 *Autism Diagnostic Observation Schedule*. En français : L'Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme.
- 4 Il serait important que soient précisées au dossier les raisons qui justifient le non-recours à l'ADOS, tout en indiquant les moyens qui auront été pris pour y suppléer.

_DÉCÈS DU PSYCHOLOGUE JEAN-PIERRE DESCHÊNES

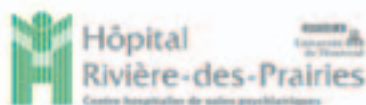
M. Jean-Pierre Deschênes, président de l'Ordre de 1997 à 1998, est décédé à Montréal le 16 décembre 2011. M. Deschênes avait été élu au Bureau de l'Ordre pour la région de Montréal en septembre 1993 et il y avait siégé jusqu'en mai 1997 avant d'accepter le mandat de président intérimaire, animé entre autres par son goût profond pour le monde des organisations. Il a démontré une grande motivation en relevant ce défi, car à cette époque l'Ordre se remettait d'une difficile crise. Dans ce contexte, le fort leadership de M. Deschênes aura été utile et apprécié à sa juste valeur, ayant joué un rôle important dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de redressement de l'Ordre.



Travailleur d'équipe, Jean-Pierre Deschênes a pris en main des dossiers capitaux pour l'avenir de la profession de psychologue tout en associant les membres de l'Ordre aux processus de décision les concernant. Il s'est attaqué de front à reconstruire la crédibilité de l'Ordre et à regagner la confiance des membres. Après son mandat à la présidence, M. Deschênes a été directeur général de l'Ordre au début des années 2000. Il a obtenu le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec en 1999.

Lors de la cérémonie hommage qui s'est tenue le 7 janvier dernier, le psychologue Robert Philippe, qui était un de ses bons amis, a résumé la vision de la vie véhiculée par Jean-Pierre Deschênes par cette phrase : « Comme lui, j'aime à penser que l'on ne peut pas décider de la manière dont nous allons mourir, mais l'on peut certainement choisir la manière dont nous allons vivre... jusqu'à la fin. »

L'Ordre tient à offrir ses plus sincères condoléances à sa famille et à ses proches.



Journée portes ouvertes

Samedi 14 avril 2012
de 10 h à 15 h

✓ **RECHERCHÉS :** **PSYCHOLOGUES et** **NEUROPSYCHOLOGUES**

- Rencontre avec des passionnés du domaine
- Visite des lieux
- Prix de participation

Venez découvrir le **seul centre hospitalier**
entièrement voué à la santé mentale des enfants
et des adolescents au Québec

Apportez votre **CV!**



Découvrez-nous aussi en ligne : **www.hrdp.qc.ca**



Offrez de l'horizon à vos ambitions!

- **Expertise**
- **Formation continue**
- **Interdisciplinarité**
- **Ça vous intéresse?**

➔ **HÔPITAL**
Rivière-des-Prairies

7070, boulevard Perras
Montréal (Québec) H1E 1A4

Affaires juridiques

Ce qui est ou ce qui n'est pas de la psychothérapie : les enjeux



M^e Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire
du conseil de discipline

elorquet@ordrepsy.qc.ca

Le projet de loi n° 21 (PL 21) prévoit que c'est l'Ordre des psychologues du Québec qui sera responsable d'intenter toute poursuite pénale pour exercice illégal de la psychothérapie ou pour usurpation du titre de psychothérapeute. Rappelons qu'avec l'entrée en vigueur du PL 21, seuls les médecins, les psychologues et les détenteurs du permis de psychothérapeute qui sera délivré par l'Ordre des psychologues seront autorisés à exercer la psychothérapie. Toute autre personne qui l'exercera commettra alors une infraction au Code des professions et sera passible d'une amende.

De son propre chef ou lorsqu'une situation sera portée à son attention, l'Ordre des psychologues devra donc vérifier si une personne non autorisée exerce ou non la psychothérapie. Certains cas seront facilement identifiables. Par exemple, si une personne annonce sur ses cartes d'affaires, dans un journal, dans un bottin téléphonique ou sur un site Internet qu'elle exerce la psychothérapie ou si elle le dit à la clientèle qu'elle dessert, la preuve ne sera pas difficile à établir. Mais qu'en est-il lorsque différents termes ou expressions autres que « psychothérapie » sont utilisés pour désigner une intervention dont les objectifs semblent similaires à ceux recherchés par la psychothérapie? Le cadre législatif et réglementaire qui sera mis en place avec l'entrée en vigueur du PL 21 viendra certainement aider à résoudre une bonne partie des situations que nous rencontrerons.

_LA PSYCHOTHÉRAPIE

Le PL 21 définit la psychothérapie de la façon suivante :

La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

Ainsi, il est possible de dégager de cette définition trois grands éléments constitutifs de même que l'évocation de ce qu'elle n'est pas, comme illustré par le tableau qui suit :

Premier élément constitutif	Traitement psychologique;
Deuxième élément constitutif	Pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique;
Troisième élément constitutif	Qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé;
Ce qui n'est pas de la psychothérapie	Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

Pour qu'une intervention soit considérée comme étant de la psychothérapie, elle devra donc être constituée des trois (3) éléments qui la définissent et qui, en somme, sont les critères permettant de reconnaître ce qui est ou n'est pas de la psychothérapie, et ce, peu importe le nom donné à l'intervention en question. Il faut noter qu'une intervention pourrait rencontrer l'un ou l'autre de ces trois critères sans être pour autant de la psychothérapie, puisque c'est la présence combinée des trois éléments constitutifs qui permet de conclure que l'intervention est de la psychothérapie.

Or, nous ne sommes pas sans savoir que différentes interventions existent en santé mentale et qu'il n'est pas toujours facile pour le commun des mortels de s'y retrouver. Afin d'aider le public à y voir un peu plus clair et de sécuriser les différents intervenants œuvrant en santé mentale et en relations humaines, le législateur a prévu que l'Office des professions, par règlement, établirait une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie au sens de la loi, mais s'en rapprochent, et qu'il les définirait.

_LES INTERVENTIONS QUI NE SONT PAS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Ainsi, les interventions décrites ci-dessous et qui apparaissent dans le projet de règlement actuel de l'Office sont réputées ne pas constituer de la psychothérapie au sens de la loi. Elles ne sont donc pas « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé ». Ces interventions sont les suivantes :

1. **La rencontre d'accompagnement**, qui vise à soutenir la personne par des rencontres, qui peuvent être régulières ou ponctuelles, permettant à la personne de s'exprimer sur ses difficultés. Dans un tel cadre, le professionnel ou l'intervenant peut lui prodiguer des conseils ou lui faire des recommandations;
2. **L'intervention de soutien**, qui vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources

dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Elle implique notamment de rassurer, prodiguer des conseils et fournir de l'information en lien avec l'état de la personne ou encore la situation vécue;

3. **L'intervention conjugale et familiale**, qui vise à promouvoir et à soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille par l'intermédiaire d'entretiens impliquant souvent l'ensemble de ses membres. Elle a pour but de changer des éléments du fonctionnement conjugal ou familial qui font obstacle à l'épanouissement du couple ou des membres de la famille ou d'offrir aide et conseil afin de faire face aux difficultés de la vie courante;
4. **L'éducation psychologique**, qui vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé, et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi;
5. **La réadaptation**, qui vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer les habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer,

par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales;

6. **Le suivi clinique** consiste en des rencontres qui permettent l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à des personnes qui présentent des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Ce suivi peut s'inscrire dans un plan d'intervention au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi sur l'instruction publique, se dérouler dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou d'interventions de soutien, telles que définies précédemment, et également impliquer de la réadaptation ou de l'éducation psychologique. Il peut aussi viser l'ajustement de la pharmacothérapie;
7. **Le coaching**, qui vise l'actualisation du potentiel par le développement de talents, ressources ou habiletés de personnes qui ne sont ni en détresse ni en souffrance, qui expriment des besoins particuliers en matière de réalisations personnelles ou professionnelles;
8. **L'intervention de crise**, qui consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation

Inscrivez-vous en ligne



Découvrez les 3 étapes faciles pour renouveler votre inscription et payer votre cotisation à l'Ordre

1. Rendez-vous au www.ordrepsy.qc.ca/inscription2012
2. Entrez votre numéro de permis et votre mot de passe
3. Remplissez le formulaire et payez en ligne!

vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins.

Comme on peut le constater, ces interventions que **ne réserve pas le PL 21** se distinguent de la psychothérapie en raison notamment de leur objectif et des moyens sur lesquels elles reposent. Cette liste n'est certainement pas exhaustive, mais il s'y trouve définies des interventions auxquelles le milieu clinique se réfère fréquemment. Pour la plupart et dans la majorité des cas, elles s'inscrivent dans un plan d'intervention¹, en sont partie prenante et sont offertes à un même individu, couple, famille ou groupe par différents professionnels ou intervenants constituant des équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Bien que ces interventions soient à distinguer de la psychothérapie, elles peuvent en faire partie. La plupart sont offertes dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans le réseau de l'éducation. Enfin, précisons que ce n'est pas parce que le psychologue, le médecin ou le détenteur d'un permis de psychothérapeute sont autorisés à exercer la psychothérapie qu'ils ne peuvent exercer ces interventions dans le cadre de leur pratique professionnelle.

ARTICULATION ENTRE CETTE LISTE ET LA DÉFINITION PRÉVUE À LA LOI

Lorsque l'Ordre aura à déterminer si une intervention constitue ou non de la psychothérapie, il commencera par vérifier si elle répond à la définition de l'une de celles considérées comme n'en étant pas, et cela, peu importe le terme utilisé pour l'identifier. À cet égard, il faut souligner que le mot « thérapie », auquel on ajoute un préfixe ou un suffixe, sert très fréquemment pour désigner une multitude d'interventions qui, au sens du PL 21, ne constituent pas nécessairement de la psychothérapie. Pour une bonne part, cela s'explique par le fait qu'on a recours, dans le

cadre de ces interventions, à des techniques ou à des moyens issus de l'un des quatre grands modèles psychothérapeutiques, mais il n'en demeure pas moins que ces interventions visent souvent davantage à éduquer ou à soutenir. Par ailleurs, il se peut également qu'on utilise un terme ou une expression pour désigner une intervention qui, dans un contexte donné, pourrait correspondre à la définition de la psychothérapie alors que dans un autre, il s'agirait plutôt d'une des interventions que le règlement désigne comme n'étant pas de la psychothérapie. Prenons l'exemple de la « thérapie de soutien », expression courante sur le terrain. Dans certaines situations, il s'agit d'une intervention de soutien telle que définie dans la liste ci-haut, alors que dans d'autres cas, il s'agit bel et bien de psychothérapie. C'est pourquoi, en cas de doute, au-delà du nom spécifique ou générique donné à une intervention, il faudra en vérifier la nature (premier élément constitutif), l'objet (deuxième élément constitutif) et l'objectif poursuivi (troisième élément constitutif) afin de déterminer s'il s'agit ou non de psychothérapie.

En résumé, ce n'est pas parce qu'une intervention n'est pas nominale ou spécifiquement prévue à la liste qu'elle n'en fait pas partie et ce n'est pas parce qu'elle y est nommée spécifiquement que, dans les faits, ce n'est pas de la psychothérapie. Évidemment, et il faut le préciser, ces nuances ne s'appliquent pas à ceux qui annonceront ou diront à leur clientèle qu'ils exercent la psychothérapie. Si cette personne n'y est pas autorisée, elle sera de facto en situation d'illégalité.

Note

1 Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 102; Loi sur l'instruction publique, art. 96.14.

au tableau des membres

Profitez de votre inscription au tableau des membres pour vous abonner aux services à la carte!

> Le service de référence et la page personnelle

Le service de référence vous permet de faire connaître votre bureau privé aux clients de deux manières :

1) par la ligne téléphonique de l'Ordre réservée à cet effet; 2) par le moteur de recherche accessible au **www.servicedereference.com**.

Cet outil de référencement, offert à 83 \$ annuellement pour un bureau, est grandement efficace pour se trouver de nouveaux clients.

Ajoutez à votre abonnement du service de référence la page personnelle, une page Web reliée au service de référence en ligne comprenant un complément d'information pertinent sur votre parcours professionnel et vos champs d'expertise. Une adresse Web, qui comprend votre prénom et votre nom (comme ceci : **www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom**), vous est créée automatiquement; vous pourrez ainsi l'utiliser sur votre carte d'affaires. Un minisite Web éditable en tout temps pour 42 \$!

> Les bases de données EBSCO

Comme vous avez pu le constater à la lecture de la chronique *La recherche le dit*, toujours publiée en dernière page du magazine, les bases de données EBSCO vous offrent la possibilité de rechercher de l'information pertinente à vos problématiques cliniques. Ce moteur de recherche recense plus de 2000 périodiques en texte intégral. Peu importe votre secteur de pratique, vous trouverez des articles scientifiques qui bonifieront votre pratique pour seulement 45 \$ par année!

Le service de référence se fait voir!

Du 1^{er} au 29 février, l'Ordre a mené une campagne publicitaire d'envergure afin de promouvoir le service de référence auprès de la population. La stratégie a été de cibler des individus susceptibles de consulter un psychologue en bureau privé (à l'aide de facteurs tels que l'âge et le revenu) et déjà à la recherche d'information de nature psychologique. De l'espace publicitaire a été acheté sur le site Web de Radio-Canada, notamment sur les sites des émissions *RDI Santé*, *Les Docteurs*, *Kampai*, *L'après-midi porte conseil* et *Apparences*. Le concept, déjà développé lors des campagnes précédentes, était une série de messages animés sur fond de couleur : *Votre estime personnelle est dans le rouge? Votre quotidien vous cause des nuits blanches? Vous avez une peur bleue des lendemains? Vous ne voyez plus la vie en rose?* Consultez un psychologue et retrouvez vos couleurs. Une centaine de

mots clés (par exemple, anxiété, dépression, panique, stress) ont également été achetés sur Google afin que le site Web du service de référence soit l'un des premiers résultats de la boîte publicitaire « Google Ads » lorsque les Internauts cherchaient ces termes. Enfin, la campagne a également exploré l'univers de la publicité sur Facebook, ciblant ainsi précisément la clientèle québécoise.

Cette campagne publicitaire est financée par les frais d'abonnement des psychologues inscrits au service de référence. Ceux-ci bénéficient de cette publicité, car elle augmente significativement le nombre de visiteurs sur le site Web et, par le fait même, le nombre d'appels au service de référence téléphonique. Si vous n'êtes toujours pas inscrit au service de référence, profitez de votre inscription annuelle au tableau des membres pour le faire!

Les publicités diffusées sur Facebook



YVES MARTINEAU, CONSEILLER À LA FORMATION CONTINUE

M. Yves Martineau, psychologue, s'est joint à l'équipe de la direction de la qualité et du développement de la pratique le 9 janvier dernier. Il occupe le poste de conseiller à la formation continue.

Son parcours témoigne de sa motivation à développer ses compétences. En ce qui a trait à sa formation, il obtient d'abord une licence en orientation scolaire et professionnelle en 1985, puis il décroche sa maîtrise en psychologie clinique en 1989, se spécialisant dans les méthodes d'évaluation projective. En 1996, il obtient un certificat de formation clinique en psychothérapie gestaltiste et en 1998, il complète une formation en neuropsychologie. Il est actuellement inscrit dans un programme de doctorat offert aux psychologues en exercice, ayant à ce jour complété la scolarité. Polyvalent, il termine en 2003 une formation universitaire en administration des affaires. Sur le plan professionnel, il a enseigné au niveau collégial en techniques d'éducation spécialisée durant trois ans, puis il a occupé pendant les trois années suivantes un poste de psychologue



et de responsable des activités cliniques au Centre de réadaptation pour toxicomanes de la base militaire de Valcartier. Il a ensuite œuvré en tant que psychologue à l'Hôpital de la base militaire de Valcartier et, plus tard, au Département

de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Montmagny. En 2000, il a mis entre parenthèses sa carrière de psychologue pour se consacrer durant 5 années à une entreprise de services Internet qu'il a cofondée. Il a repris par la suite sa pratique de psychologue, d'abord à titre de coordonnateur clinique à l'Hôpital Ste-Anne, et puis à titre de coordonnateur à l'éducation au secteur de l'expertise clinique du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel (Anciens combattants Canada).

Nous souhaitons donc à M. Martineau du succès dans ce poste qui, en raison de l'avènement du projet de loi n° 21, revêtira une importance toute particulière.

Denys Dupuis quitte l'Ordre des psychologues

Le 27 janvier dernier, M. Denys Dupuis a quitté ses fonctions de syndic de l'Ordre des psychologues pour se joindre à Urgences-santé à titre de commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Pendant ses 12 années au service de la profession, M. Dupuis a apporté rigueur et organisation au bureau du syndic. L'un de ses chevaux de bataille a été la valorisation de la conciliation comme solution alternative à la judiciarisation du processus disciplinaire. En plus d'écrire de nombreuses chroniques sur la déontologie dans *Psychologie Québec*, M. Dupuis a été l'instigateur et le maître d'œuvre pendant sept ans de la série des fiches déontologiques.

Sur cette photo, la présidente de l'Ordre, M^{me} Rose-Marie Charest, offre à M. Dupuis une toile de la jeune peintre québécoise Louise Lauzon en reconnaissance des 12 années de sa vie professionnelle consacrées à l'Ordre des psychologues.



LYSANNE GOYER, PREMIÈRE QUÉBÉCOISE À RÉALISER LE MARATHON DE L'EVEREST

Le 2 décembre dernier, la tête motivée plus que jamais et le corps dûment entraîné, la D^{re} Lysanne Goyer, psychologue, courait le marathon du mont Everest en 8 heures 4 minutes, à plus de 5000 mètres d'altitude. La D^{re} Goyer est ainsi la première Québécoise à réaliser cet exploit. À sa course s'est ajouté un projet de sensibilisation, *Trois petits pas en cœur avec Lysanne*, qui visait à recueillir de l'argent au profit de la Fondation québécoise En Cœur et de la Fondation népalaise Sir Edmund Hillary, tout en faisant la promotion des saines habitudes de vie en alimentation, en activité physique et en santé psychologique. Cette grande aventure pouvait être suivie sur le blogue de la psychologue, qui a fait preuve de grande générosité en y décrivant ses entraînements, ses déplacements au Népal, ses réflexions sur la vie et en y ajoutant photos et vidéos en direct de l'Everest. En plus d'avoir accordé des dizaines d'entrevues dans les médias québécois, la D^{re} Goyer a été nommée Personnalité de la semaine *La Presse*/Radio-Canada le 19 décembre dernier. La campagne de financement de la D^{re} Goyer se poursuit. Pour plus de renseignements, consultez le www.gojicoaching.com.

JEAN-FRANÇOIS, 32 ANS

MON MÉTIER, C'EST ÉCOUTER

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



MA PASSION, C'EST LE SPORT

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

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

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec



NOUVELLES DATES
TENUE DE DOSSIERS
**Hiver et
printemps
2012**

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

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

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

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

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

Les frais d'inscription sont de 170,89 \$ (taxes et repas du midi inclus).
Si vous payez par chèque, il doit être daté d'au moins deux (2) semaines avant la date de la formation.

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. bureau : () _____

Tél. rés. : () _____

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

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

Octobre 2012 : un grand moment de la psychologie au Québec

Nous travaillons présentement très fort à la préparation du prochain congrès de l'Ordre, qui aura lieu du 25 au 27 octobre 2012 à l'hôtel Hilton Bonaventure de Montréal. Cette édition promet d'être particulièrement remarquable, avec un programme de formation continue percutant et des événements spéciaux venant souligner les 50 ans de la création de l'Ordre. La programmation complète sera disponible au début de l'été.

LES PRIX DE L'ORDRE : PROPOSEZ DES CANDIDATURES

Comme c'est la tradition tous les deux ans, le congrès sera aussi l'occasion de remettre nos prix à certains membres qui s'illustrent de manière exceptionnelle dans les activités visant le développement de la profession (Prix Noël-Mailloux, Prix professionnel) ainsi que le Prix de la santé et du bien-être psychologique, soulignant le travail d'une personne ou d'un organisme contribuant au bien-être psychologique de la population.

Ces prix sont décernés à des membres à partir de candidatures proposées par leurs pairs, c'est-à-dire vous! Nous sommes en plein dans la période de mises en candidature (elle se termine le 10 mai prochain), alors nous vous invitons à nous parler de vos collègues qui se démarquent.

Si vous avez dans votre entourage un collègue qui vous impressionne par son professionnalisme, ses initiatives, son savoir-faire et son cheminement, peut-être mérite-t-il un des prix suivants :

- le Prix Noël-Mailloux est décerné à un membre de l'Ordre qui s'est distingué par sa contribution au développement de la psychologie. Ce prix souligne l'ensemble d'une carrière marquée par l'excellence;
- le Prix professionnel est remis à un membre de l'Ordre pour une ou des réalisations professionnelles remarquables;
- le Prix de la santé et du bien-être psychologique est décerné à une personne, à un organisme ou à une entreprise pour reconnaître son engagement et sa contribution significative à l'amélioration de la santé et du bien-être psychologique des Québécois.

Il est très simple de présenter une candidature. Premièrement, trouvez deux complices souhaitant proposer le même candidat que vous, car il faut trois proposeurs pour valider une candidature. Ensuite, procurez-vous le curriculum vitae du candidat et remplissez le formulaire disponible dans le site de l'Ordre : www.ordrepsy.qc.ca/candidatureprix

Souvenez-vous : les candidatures doivent être soumises avant le 10 mai! Et les prix seront décernés au congrès, en octobre.



Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

Une solution globale et efficace
aux souffrances des personnes
traumatisées.

Un traitement dont la rapidité
honore le plein potentiel
d'autoguerison de l'être humain.



Danie Beaulieu, Ph. D.



Contenu

Niveau 1

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

Niveau 2

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

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue

Superviseur/e/s accrédité/e/s:

Stéphane Migneault, psychologue

Annie Perreault, psychologue

Stéphanie Deslauriers, psychologue



**Académie
IMPACT**
PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE

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

T: 418 841-3790 • 1 888 848-3747

F: 418 841-4491

www.academieimpact.com • info@academieimpact.com

IMO-1 Mtl: 2-3 avril 2012 • 6-7 sept. 2012

Qc: 19-20 avril 2012

IMO-2 Mtl: 27-28 sept. 2012

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 650\$ / pers.

Réservation*: 600\$ / pers.

Communautaire: 400\$ / pers.

* Paiement deux semaines
avant la tenue de la
formation

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

Saviez-vous que?

Dépression et maladie cardiaque

Dr^e Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique

Selon une recherche effectuée par l'Université Concordia, la dépression augmenterait le risque de la maladie cardiaque. Cette recherche a été menée auprès de 886 participants (moyenne d'âge d'environ 60 ans), dont environ 5 % avaient reçu un diagnostic de dépression majeure. Les participants étaient soumis à une épreuve d'effort, suivie de la mesure de leur fréquence cardiaque et de leur pression artérielle. Les résultats démontrent qu'il fallait plus de temps aux personnes déprimées pour retrouver une fréquence cardiaque normale. La récupération de la fréquence cardiaque après l'effort est un moyen de mesurer le stress. L'allongement de ce délai chez les personnes déprimées révélerait un dysfonctionnement

de la réaction de stress et pourrait contribuer à augmenter leur risque de maladie cardiaque. Les auteurs de cette étude rapportent que les professionnels de la santé devraient tenir compte du risque de maladie cardiaque chez les personnes souffrant de dépression majeure et que ces deux problèmes de santé devraient être traités conjointement.

Note

- 1 Gordon, J. L., Ditto, B., Lavoie, K.L., Pelletier R., *et al* (2011)
The effect of major depression on postexercise cardiovascular recovery.
Psychophysiology, 48: 1605–1610. Tiré du Guide de Référence Santé
[nouvelles@guidesanteenligne.com] 29 novembre 2011.

FORMATION

Thérapie brève et psychologie positive

Thérapie brève 2.0 : nouvelle génération
22-23 mars 2012

Faire face aux drames de la vie : psychologie positive appliquée
20 avril 2012

La détresse des hommes : le dernier tabou
4 mai 2012

S'occuper des angles morts du traitement traditionnel de la dépression
25 mai 2012

L'approche orientée vers les solutions auprès des jeunes et de leurs familles
14-15 juin 2012



Brigitte Lavoie, M.Ps.

Formatrice et superviseure en thérapie brève, spécialiste en intervention de crise et co-auteure de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*

Détails et inscription

www.lavoiesolutions.com

(514) 241-0510

Les bases de données, des réponses à vos questions cliniques... à votre portée!

Votre inscription annuelle au tableau des membres est l'occasion de renouveler ou de vous inscrire pour la toute première fois aux bases de données EBSCO! Ces bases de données, disponibles en ligne, sont un outil de recherche et d'information utile au maintien de vos compétences. Elles permettent de faire des recherches rapides pour répondre à des questions spécifiques qui touchent un vaste éventail de problématiques cliniques. L'accès à ces bases de données permet également une mise à jour constante de l'information scientifique disponible.

L'entente qu'a établie l'Ordre avec EBSCO comprend deux bases de données :

1) *Psychology & Behavioral Sciences Collection* est une base de données complète couvrant les sujets suivants : caractéristiques émotives et comportementales, psychiatrie et psychologie, processus mentaux, anthropologie, méthodes d'observation et méthodes expérimentales. Avec près de 400 revues en texte intégral, il s'agit de la plus grande base de données en texte intégral au monde dédiée à la psychologie. Elle comprend des recherches variées, qui reflètent différentes approches théoriques. Elles sont donc utiles à tous les psychologues!

2) *MEDLINE with Full Text* est la source la plus complète au monde de revues médicales en texte intégral, avec plus de 1450 revues indexées, dont 1430 sont disponibles en texte intégral.

QUELS SONT LES AVANTAGES DE S'ABONNER AUX BASES DE DONNÉES EBSCO?

- Recherches croisées ou par critères (sujet, auteur, revue, date de parution...);
- possibilité de sauvegarder une recherche, une publication, un article;
- l'outil Smart Text Searching permet d'inclure dans les résultats de la recherche tous les sujets s'apparentant à ceux de la recherche initiale;
- possibilité de créer une alerte de recherche qui vous avertira par courriel à intervalles réguliers de tout nouveau contenu correspondant à votre question de recherche (ex. : article de périodique) ajouté aux bases de données.

UNE FOIS INSCRIT, ACCÈS FACILE À PARTIR DU SITE WEB DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES

- Étape 1 : Se connecter à partir de la boîte de connexion de la section « Psychologue » (inscrire son numéro de permis et mot de passe);
- étape 2 : Sélectionner l'onglet « Services aux membres »;
- étape 3 : Sélectionner « Bases de données EBSCO »;
- étape 4 : Sélectionner « Accès aux bases de données EBSCO ».

Et voilà, bonne recherche!



Santé mentale des jeunes adultes

**Colloque
interétablissements
en psychiatrie
et santé mentale**

Les 29 et 30 mars 2012

Hôtel Loews
Le Concorde
Québec

Douglas
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN
SANTÉ MENTALE

**Hôpital
Louis-H. Lafontaine**
Animés par l'espoir

Nous pouvons faire mieux!

**De la recherche à l'organisation
des soins et des services**

Plusieurs troubles tels la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les troubles de personnalité apparaissent le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Leurs conséquences sont, hélas, trop souvent dévastatrices à cette période de la vie. Des progrès ont été faits au cours des dernières années pour aider ces jeunes adultes mais nous pouvons et devons encore mieux faire. Ce colloque propose des communications et forums, des occasions de partager et d'échanger sur ces progrès, sur les besoins non comblés et sur les enjeux cliniques et organisationnels des prochaines années.

Programme et inscription : <http://www.institutsmq.qc.ca>

DÉBAT PUBLIC ACTIVITÉ PRÉCOLLOQUE

Notre société rend-elle nos jeunes malades?

Mercredi 28 mars 2012, de 19 h 30 à 21 h 30
Institut universitaire en santé mentale de Québec
2601, chemin de la Canardière, Québec

**Pour information : <http://www.institutsmq.qc.ca>
418 663-5000 poste 6741**



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

**Documentation disponible
en ligne ou sur demande**

Institut Victoria

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

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

VISITEZ NOTRE SITE WEB !

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

► NOUVELLES FORMATION: CAPSULES EXPRESS

Les capsules express sont des miniformations de 3 heures.

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

■ Troubles alimentaires et trouble de la personnalité

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

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

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

■ Suicide et trouble de la personnalité

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

■ Interventions psychoéducatives et trouble de la personnalité

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

■ Plan de traitement hiérarchisé et trouble de la personnalité

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

www.institut-victoria.ca

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

Le *Cahier recherche et pratique* revient en force

Vous aurez remarqué que ce numéro de *Psychologie Québec* est accompagné d'une nouvelle livraison du *Cahier recherche et pratique*. Nous avons le plaisir d'annoncer que le *Cahier* sera dorénavant publié deux fois par année.

Créée pour devenir « une passerelle entre la recherche en psychologie et les psychologues praticiens qui veulent connaître l'état des connaissances et s'en inspirer pour choisir et améliorer leurs interventions »¹, cette publication a vu le jour en mars 2010. Les deux premiers numéros constituaient un projet pilote. Il nous fallait ensuite évaluer la pertinence et l'utilité du périodique afin de décider s'il allait être publié régulièrement.

Nous avons donc mené une consultation sous la forme d'un sondage réalisé auprès de 1500 membres. Les résultats ont été convaincants. Parmi les sondés, 63 % avaient lu le *Cahier*. De ceux-ci, 95 % estimaient que l'Ordre devait continuer de le publier. Sa valeur éducative et sa pertinence au point de vue de la théorie et de la pratique semblent aussi indéniables selon les avis recueillis.

_LA SUITE

Ces résultats ont inspiré la décision du conseil d'administration de l'Ordre de poursuivre la publication de la revue. Le *Cahier recherche et pratique* sera donc publié deux fois par année, avec pour objectif premier la synthèse des connaissances scientifiques

et le transfert de celles-ci vers le champ de la pratique psychologique. Il mettra à la disposition de tous les praticiens des relevés de littérature critiques et des synthèses de connaissances sur des thématiques précises. Ces dernières seront choisies en fonction de leur pertinence autant clinique que scientifique, sociale et politique. Le *Cahier* sera aussi disponible en anglais au format PDF, sur le site Web de l'Ordre.



Le *Cahier recherche et pratique* publiera des articles sur invitation seulement. Pour en savoir plus sur son fonctionnement, sur son comité éditorial et sa mission, nous vous encourageons à le lire, bien sûr, et à communiquer avec son équipe. Bonne lecture!

_Note

- 1 Ordre des psychologues du Québec. « Recherche et pratique, évoluer ensemble », *Cahier recherche et pratique*, vol. 1, n° 1, mars 2010, p. 2.

_NOUVELLE DIRECTRICE SCIENTIFIQUE DU FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC – NATURE ET TECHNOLOGIES



La psychologue Maryse Lassonde a récemment été nommée directrice scientifique et membre du conseil d'administration du Fonds de recherche du Québec – Nature et technologies (FRQNT). Cet organisme gouvernemental soutient financièrement et encourage la recherche universitaire et collégiale, la formation de personnel hautement qualifié, la diffusion de connaissances dans les domaines des sciences naturelles, des sciences mathématiques et du génie.

L'itinéraire professionnel de D^{re} Lassonde n'est pas commun¹. À l'âge de 23 ans, elle était déjà la plus jeune docteure en psychologie de la prestigieuse université de Stanford, en Californie. Par la suite, après plus de 10 ans d'enseignement et de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières, ses expériences se sont multipliées, tout comme les marques de reconnaissance. Mentionnons

seulement qu'elle fut la neuropsychologue attitrée du Club de hockey Canadien en 1997, chevalière de l'Ordre national du Québec en 1999 (et présidente du même organisme de 2008 à 2010), récipiendaire du Prix Noël-Mailloux en 2001... La Société canadienne de psychologie et la Société royale du Canada lui ont aussi décerné le titre de membre (*fellow*).

D^{re} Lassonde est actuellement professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal et directrice du Laboratoire d'électrophysiologie et d'imagerie optique du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Elle est aussi titulaire de la Chaire de recherche du Canada en neuropsychologie développementale.

L'Ordre tient à féliciter cette membre émérite, dont la vaste expérience et les compétences seront certainement un atout pour le FRQNT.

_Note

- 1 Un portrait de Mme Lassonde, sous la plume d'Éveline Marclé-Denault, a été publié dans *Psychologie Québec*, volume 26, n° 3, mai 2009, p. 34. [En ligne], page consultée le 17 janvier 2011. URL : www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2009_Portrait_Maryse_Lassonde.pdf

Mont-Royal, le 1^{er} mars 2012

Par la présente, avis vous est donné que des élections à la présidence et à six postes d'administrateurs/administratrices du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec auront lieu au cours des mois d'avril et de mai 2012. Vous trouverez ci-dessous des renseignements sur les procédures d'élection et un bulletin de présentation aux postes mis en élection.

Stéphane Beaulieu, psychologue, secrétaire général

ÉLECTION 2012

Les postes mis en élection en 2012 sont les suivants :

PRÉSIDENTE :

M^{me} Rose-Marie Charest

ADMINISTRATEURS/ADMINISTRATRICES :

RÉGION	ADMINISTRATEURS DONT LE MANDAT SE TERMINE EN 2012
--------	---

➤ Québec/Chaudière-Appalaches (1 poste sur 3) :	M^{me} Suzanne Déry
--	------------------------------------

➤ Montréal (4 postes sur 10) :	D^r Martin Drapeau, psychologue M^{me} Linda Gold-Greenberg M^{me} Catherine P. Mulcair D^r Paul C. Veilleux, psychologue
---	--

➤ Outaouais/Abitibi-Témiscamingue/Nord-du-Québec (1 poste sur 1) :	M. Gilles Biron
---	------------------------

INFORMATIONS

Conformément aux articles 61 et 78 du Code des professions, le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec est composé de la présidente ou du président et de vingt-quatre (24) administrateurs et administratrices, dont vingt (20) sont élus par les membres et quatre (4) sont nommés par l'Office des professions du Québec, pour un total de vingt-cinq (25) personnes.

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

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ DES CANDIDATS/CANDIDATES

Aux fins des présentes élections, les candidats/candidates :

- 1- doivent être membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec;
- 2- ne doivent pas s'être vu imposer une limitation ou une suspension du droit d'exercice au cours des 45 jours précédant la date fixée pour la clôture du scrutin;
- 3- doivent être domiciliés au Québec;
- 4- doivent avoir leur domicile professionnel dans la région qu'ils veulent représenter pour les postes d'administrateurs seulement.

Extrait du Code des professions, article 60

Tout professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'ordre dont il est membre le lieu où il exerce principalement sa profession, dans les trente jours où il commence à exercer celle-ci ou, s'il ne l'exerce pas, le lieu de sa résidence ou de son travail principal; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les autres lieux où il exerce sa profession.

N.B. En cas de doute relativement à leur région électorale, les candidats à l'élection sont invités à communiquer directement avec M^{me} Francine Pilon au numéro 514 738-1881 ou 1 800 363-2644, poste 224, avant de soumettre leur candidature.

ÉCHÉANCIER DES ÉLECTIONS 2012

L'élection 2012 se déroulera selon l'échéancier suivant :

- Période de mise en candidature : du 22 mars au 17 avril 2012 à 17 h
- Période de vote : du 2 mai au 17 mai 2012 à 17 h
- Clôture du scrutin : 17 mai 2012 à 17 h
- Dépouillement du vote : 18 mai 2012

N.B. – Seules les personnes qui seront membres de l'Ordre des psychologues du Québec le 2 avril 2012 à 17 h pourront voter.

BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

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

Selon l'article 18 du Règlement sur les élections au conseil d'administration 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 de présentation d'un candidat doit être signé par la personne mise en candidature. En outre, le bulletin de présentation au poste de président doit être signé par au moins cinq (5) membres de l'Ordre alors que le bulletin de présentation au poste d'administrateur dans une région donnée doit être signé par au moins cinq (5) 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.

Les membres qui sont absents du Québec ou qui n'exercent pas leur profession principalement au Québec pendant l'année financière en cours ne sont pas éligibles à la présente élection. Ils peuvent cependant signer un bulletin de présentation pour le poste de président.

Tous les candidats doivent, conformément aux dispositions de l'article 17 du Règlement sur les élections au conseil d'administration 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 de (administrateur) pour la région de (indiquer la région électorale) (ou président) au conseil d'administration 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 ces 3 derniers sujets, utiliser un maximum total de 60 lignes dans le cas d'une candidature à un poste d'administrateur et de 120 lignes pour une candidature au poste de président. Les candidats à la présidence peuvent joindre une photographie mesurant au plus 50 mm par 70 mm.

Lors de la mise en branle de la procédure de votation, 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 conseil d'administration 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 2012 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 vitæ 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 vitæ 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 **mardi 17 avril 2012 avant 17 h**.

N.B. – Les bulletins de présentation expédiés par télécopieur ne seront pas acceptés.

2012_BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN PRÉSIDENT OU D'UNE PRÉSIDENTE

PROPOSITION

Nous soussignés, membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, proposons comme candidat ou candidate au poste de président ou présidente :

Nom du candidat ou de la candidate (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du candidat ou de la candidate

N. B. – Les noms et signatures de cinq (5) psychologues doivent apparaître ci-après.

1.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

2.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

3.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

4.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

5.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Je soussigné(e), domicilié(e) au Québec et membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, accepte de me porter candidat ou candidate au poste de président ou présidente.

Signature de la candidate ou du candidat

2012_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 :

☐ Québec/Chaudière-Appalaches

☐ Montréal

☐ Outaouais/Abitibi-Témiscamingue/Nord-du-Québec

Nom de la candidate ou du candidat (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel de la candidate ou du candidat

N. B. – Les noms, signatures et adresses de cinq (5) 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)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 1

2.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 2

3.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 3

4.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 4

5.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 5

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 de la candidate ou du candidat

UN PROGRAMME À VOTRE ÉCOUTE

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

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca



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

_Opinions

Les psychologues sont invités à nous faire parvenir leurs réactions et commentaires pour la rubrique *Opinions* en adressant leur texte à dcote@ordrepsy.qc.ca. Les opinions exprimées dans ces pages n'engagent que leurs auteurs. Les réactions aux textes d'un auteur lui sont toujours soumises et celui-ci bénéficie d'un droit de réplique.

_Commentaire sur l'article « L'homoparentalité, faits et croyances » publié dans l'édition de novembre 2011

Deux mille ans après Aristote, on s'attendrait à ce que les intellectuels soient sur leurs gardes face aux illusions d'arguments boiteux que l'on appelle les sophismes. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Parmi les sophismes ayant cours en psychologie, j'en identifie un qu'on appelle le *double standard*. Il consiste à se montrer très critique face à la méthodologie de recherches qui ne donnent pas les résultats qu'aimerait celui qui les appréhende, mais, symétriquement, de se montrer complaisant face à la méthodologie de recherches qui donnent les résultats qui correspondent à ses convictions.

À ce sujet, Rail et Roussy (2011) ont probablement raison de dire que certains auteurs alimentent les stéréotypes à propos des homosexuels en interprétant des données de recherche de façon « critiquable ». Pourtant, n'aurait-il pas été juste de dire que d'autres auteurs cherchent à ébranler les mêmes stéréotypes en interprétant des données de recherches de façon non moins critiquable?

Toujours à propos du double standard, Rail et Roussy ont raison de mettre en garde les lecteurs contre des auteurs qui naviguent trop près du sillage des milieux intégristes religieux. Mais n'aurait-il pas été également pertinent de mettre les lecteurs en garde contre les auteurs navigant trop près du sillage des groupes de militants gais?

Et lorsque l'on met de côté les auteurs appartenant à l'un et l'autre groupe, que reste-t-il des recherches sur l'homoparentalité?

*Georges-André Tessier, psychologue
Saint-Hyacinthe*

_RÉPLIQUE

Le commentaire de M. Tessier est très pertinent. Nous ajoutons que l'appartenance à un groupe religieux, même intégriste, ou à un courant activiste gai n'est pas d'emblée problématique dans une démarche de recherche. Les chercheurs aussi ont droit à leurs croyances et leurs valeurs (qui teintent probablement leurs hypothèses), aussi extrêmes soient-elles. Cependant, nous pensons que lorsque des observations récurrentes contredisent ces croyances et ces valeurs, le chercheur doit les modifier pour qu'elles correspondent aux observations.

Dans la préparation de notre article, nous avons cherché des articles présentant des recherches minimalement bien conduites dont les auteurs auraient fait preuve d'un parti pris exagéré pour l'homoparentalité dans l'interprétation de leurs résultats, mais nous n'en avons pas trouvé. S'il en existe dans la littérature scientifique, nous aimerions en prendre connaissance.

Dans l'autre camp, par contre, nous avons trouvé des interprétations démontrant un parti pris exagéré contre l'homoparentalité. Entre autres, un article de Cameron (2009) analysant les données de diverses recherches qui ont comparé des enfants de parents gais à ceux de parents hétérosexuels. L'auteur de cet article présente comme potentiellement nocif le fait que les enfants des parents gais soient, par exemple, moins religieux et qu'ils aient moins tendance à se marier que les enfants de parents hétérosexuels. D'où l'utilisation dans notre article de l'expression « interprétations questionnables » pour qualifier ces positions morales issues de valeurs religieuses.

François-Robert Rail et Alain Roussy, psychologues

indexsanté.ca

Le répertoire santé du Québec

ANNONCEZ VOS SERVICES SUR LE WEB GRÂCE AU RÉPERTOIRE INDEX SANTÉ

www.indexsante.ca/Psychologues



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

Entrevue

La place des pères, la parentalité et l'intervention auprès de familles en difficulté

Les réflexions et constats du D^r Carl Lacharité, psychologue, professeur de psychologie et directeur du Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille à l'Université du Québec à Trois-Rivières

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

Au début de sa carrière, Carl Lacharité s'intéressait à la fonction du père dans le développement de l'enfant. Aujourd'hui, ce chercheur engagé analyse la fonction de l'enfant dans le développement des parents. Depuis janvier 2011, le D^r Lacharité représente le domaine des services sociaux à titre de membre de l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS)¹. Il nous livre ses plus mûres réflexions sur les rôles que prennent père, mère, enfants et intervenants au sein de la famille.

Q : Votre conjointe et vous avez participé à fonder la Maison des Familles Chemin du Roi, dont vous présidez actuellement le conseil d'administration. Qu'est-ce qu'une maison des familles?

Ce type d'initiative s'inscrit dans la tradition des Unions de familles². L'idée est de faire en sorte que des parents puissent se rencontrer, partager, se faire une opinion sur les situations de la vie familiale et avoir une conscience du monde dans lequel eux, leurs enfants et leurs propres parents évoluent.

Ce besoin découle du fait qu'il n'y a pas d'école ou d'attestation pour devenir mère ou père. Les parents disposent d'une foule d'informations, mais il est parfois difficile de se situer lorsqu'un spécialiste dit une chose, un autre dit le contraire et un troisième est ambivalent...

Q : Pensez-vous que les préoccupations sont les mêmes depuis 20 ans?

Il y a des thèmes récurrents : l'arrivée d'un enfant, éduquer un jeune enfant, la conciliation travail/famille et l'établissement des limites à l'adolescence. Mais ce qui est plus nouveau depuis une dizaine d'années, c'est la préoccupation pour la coparentalité et, dans cette foulée, pour le rôle et la place des pères à l'intérieur de la famille.

Au départ, ce ne sont pas vraiment les pères qui ont demandé à prendre davantage de place. Plusieurs pères considèrent, encore aujourd'hui, qu'ils jouent un rôle de substitut et que c'est la mère qui doit aller à l'avant-scène et s'occuper, par exemple, de coordonner les visites des enfants chez le médecin et d'assurer les communications avec l'école.

Q : Le monde de la petite enfance est-il trop féminin?

Les mères prennent effectivement beaucoup de place dans l'univers des jeunes enfants. Mais, d'autre part, les personnes qui gravitent autour de ces derniers sont aussi principalement des femmes – les infirmières, les éducatrices, les enseignantes, etc. Il y a encore une division du travail rigide entre les mères et les pères sur le plan domestique, mais aussi du côté professionnel. Dans ce contexte, nous, les pères, avons à réfléchir à la place que nous souhaitons avoir et à la manière de prendre cette place.

Q : Mais de plus en plus d'hommes investissent l'univers de la petite enfance, non?

Je pense que ces hommes-là le font parce qu'ils ont de l'espace pour le faire. La plupart des mères sont aujourd'hui sur le marché du travail et cela a même amené, dans certains cas, un renversement de ce qu'on voyait traditionnellement dans la division des rôles. Certains hommes sont très à l'aise dans ce nouveau modèle.

Q : Ces attentes envers les mères peuvent être lourdes à porter. Est-ce vécu de la même façon pour les pères qui s'impliquent?

Souvent, les femmes entourant les pères qui sont engagés vont avoir tendance à être très positives à l'égard de ce que les hommes vont réussir à accomplir, et ce, même si ces derniers en font moins qu'elles!

On a attribué un caractère symbolique à un certain nombre de conduites paternelles, comme être présent à l'accouchement ou changer les couches. Ce genre d'implication de la part d'un homme ne passe pas inaperçu et est reconnu comme un signe de son engagement; il a droit au même genre de regard qu'on pose généralement sur la mère. Somme toute, ce que les hommes font pour produire directement la vie quotidienne de leurs enfants (en particulier lorsqu'ils sont jeunes) est encore en dessous de ce que les femmes font, mais il y a un rattrapage social qui s'effectue.

Q : Vos intérêts de recherche ont évolué au fil du temps. Comment en êtes-vous venu à vous intéresser au rôle des pères?

J'ai été formé comme psychologue du développement, et donc à comprendre ce qui permet à un enfant de se développer le mieux possible. Comme clinicien, j'ai appliqué ces connaissances pour aider des familles à composer avec leurs difficultés. Je me

suis rendu compte assez vite que les enfants ne sont pas que des personnes qui ont besoin des autres pour se développer, mais que ceux qui partagent leur vie ont tout autant besoin de leur présence pour pouvoir explorer, devenir quelqu'un d'autre, aller plus loin.

J'ai commencé à travailler dans le domaine de la protection de l'enfance, en particulier les situations de négligence, alors que j'avais moi-même de jeunes enfants. Je me demandais souvent où étaient les pères dans ce type de situations. Alors, je suis allé à leur rencontre. J'ai posé des questions, à eux, à leurs conjointes, à leurs enfants et aux intervenants, en cherchant à comprendre comment ils faisaient partie du problème, mais aussi de la solution.

En s'intéressant à ces hommes, on découvre paradoxalement l'importance que les enfants jouent dans leurs vies. Pour plusieurs de ces pères, la relation à ces derniers est aussi importante que la relation avec leur conjointe ou que leur travail. La préoccupation d'être un bon père est également très présente. J'ai interviewé nombre de pères qui, même en ayant peu de contacts, continuaient à penser à leurs enfants, à se demander ce que leurs enfants faisaient, pensaient d'eux, ou si leurs enfants les aimaient. Bref, je me suis rendu compte que, sous plusieurs aspects, ces pères n'étaient pas si différents de moi ou de monsieur Tout-le-Monde.

Q : Quels sont les obstacles à l'investissement du père auprès des enfants?

Sans en faire une généralité, il y a des situations où des mères vont en venir à jouer un rôle de sentinelle, et donc réguler l'accès des personnes à leurs enfants, dont le père. Quand survient une séparation conjugale, cela peut avoir un impact majeur sur l'accès du père à l'enfant et sur la relation père-enfant. Certaines mères vont développer une « présomption » d'incompétence à l'égard du père, ce qui place ce dernier dans une position où il a le fardeau de prouver qu'il est compétent tout en étant surveillé dans ses moindres gestes. Inutile de dire qu'il s'agit d'une position très inconfortable pour jouer son rôle parental.

Dans ces cas-là, des services de médiation attentifs à ce type d'enjeux permettent aux parents de prendre un peu de recul et de continuer à se voir comme des parents au lieu de seulement se voir comme un homme et une femme qui ne peuvent plus se sentir.



Dr Carl Lacharité, psychologue

Q : Le statut d'expert peut-il être contre-productif dans le contexte du soutien aux familles en difficulté?

De nos jours, on demande aux parents d'avoir cette capacité à réfléchir aux conséquences de leurs gestes sur le bien-être et le développement de leurs enfants, mais on ne soutient pas toujours cette réflexion. Nous – les professionnels, les chercheurs, mais aussi les médias qui relaient leurs opinions – sommes souvent dans la prescription. D'une certaine façon, on dit au parent : « Ne te pose pas trop de questions. Voici ce qu'il faut faire, fais-le. »

On vulgarise des connaissances théoriques en pensant que ça va aider les parents, mais ça n'aide pas toujours, car l'information ainsi transmise peut être une prescription supplémentaire. Un jour, on m'a invité à faire une présentation devant un groupe de parents bénéficiant de services de la protection de la jeunesse. On leur avait annoncé qu'un expert viendrait leur parler de l'impact qu'ils pouvaient avoir sur le développement de leurs enfants. En les voyant entrer dans la salle, j'ai eu l'impression qu'ils s'en venaient à l'abattoir! J'ai alors expliqué que ce que j'avais envie de faire avec eux, c'était plutôt d'explorer comment l'idée du « développement de l'enfant » avait un impact sur eux.

Ils m'ont décrit ce que j'en suis venu à appeler « la politique du développement de l'enfant », c'est-à-dire le poids des normes dans leurs vies. Alors que certains parents sont parfois dans des conditions atroces, on leur demande d'atteindre des standards qui sont de plus en plus élevés. Si on ne focalise que sur les normes et les objectifs à atteindre sans porter attention aux conditions d'exercice de leur rôle de parents, il est clair qu'on place ces gens dans une situation d'échec.

Q : Comment améliorer l'intervention auprès des familles en difficulté?

On détient une foule de données probantes à propos du développement de l'enfant et des relations familiales, mais on a peu de données sur la manière d'introduire nos connaissances à l'intérieur de la vie familiale. L'idée serait donc de promouvoir une bonne pratique qui soit non seulement déontologique, mais aussi éthique dans le sens qu'elle s'attarde aux effets généraux de nos actions sur les personnes et leur famille. Les professionnels doivent à mon sens inclure l'importance de la relation à l'intérieur de leurs bonnes pratiques.

Q : Mais n'y a-t-il pas des limites au soutien que l'on peut offrir lorsque la situation ne s'améliore pas?

Il y a bien entendu des circonstances où l'on doit prendre une position d'autorité. Quand on dit qu'on a tout essayé avec ces familles, c'est souvent vrai. Mais on a tout essayé ce qui est disponible. Or, je pense qu'on commence tout juste à voir comment on pourrait faire mieux dans les situations de grande détresse familiale.

C'est le genre de travail auquel je me consacre : effectuer des recherches sur des innovations qui ont pour but d'établir des relations opérantes avec des familles en difficulté. Je peux me sentir relativement serein lorsque, au terme d'une démarche intégrée de services, on en vient à prendre une décision de retirer un enfant de son milieu familial. Mais je fais néanmoins partie de ceux qui voient dans certaines de ces situations une forme d'échec – pas pour l'enfant, mais pour la société.

Q : Comment intervenez-vous auprès des familles dans les contextes de négligence?

Avec mes collègues, nous avons développé un programme d'intervention³ dans les situations de négligence qui combine l'aide professionnelle directe aux parents et aux enfants avec un travail visant à faire émerger l'entraide et le soutien non professionnel. Par exemple, quand on anime des groupes, on soutient les parents dans la construction d'une intelligence collective et non seulement leur apprentissage à être des parents à travers ce que des spécialistes peuvent en dire. On cherche à recréer des conditions où les parents se mettent ou se remettent à réfléchir aux conséquences de leurs décisions dans la vie de l'enfant, aux relais à leur disposition – c'est-à-dire les autres personnes qui peuvent contribuer au bien-être de l'enfant – et aussi à ce qu'on appelle la fonction d'orchestration.

Dans les familles en difficulté, c'est souvent une autre personne que le parent qui joue le rôle de chef d'orchestre de la vie de l'enfant, comme le médecin ou le travailleur social. Ces parents ont donc peu d'occasions et peu de soutien pour développer cette fonction d'orchestration, qui est pourtant une composante importante du rôle parental.

Notes

- 1 « L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été créé le 19 janvier 2011 et a alors succédé au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). L'INESSS a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. » (Extrait du site Web de l'INESSS – page consultée le 12 janvier 2012)
- 2 Ces initiatives communautaires, présentes sous différentes dénominations dans diverses régions, sont regroupées sous l'égide de la Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (www.fqocf.org).
- 3 Pour en connaître davantage sur le modèle d'intervention développé par le Dr Lacharité et ses collègues de l'UQTR :
Lacharité, C., Gagnier, J.P. (2009). Comprendre les familles pour mieux intervenir : Répères conceptuels et stratégies d'action. Montréal : Chenelière.
Lacharité, C. (2009). Traitement en matière de négligence envers les enfants. Dans : M.-È. Clément et S. Dufour (dir.). Violence faite aux enfants en milieu familial. Montréal : Éditions CEC.



34. Congrès annuel ISPA

Association internationale de psychologie scolaire

9 au 13 Juillet 2012

**Aidons les Enfants du Monde
à Réaliser leurs Rêves**



Université McGill, Montréal

Conférenciers principaux

Dr. George Sugai, Etats-Unis

Dr. Roger Azevedo Canada

Dr. Marta Bogdanowicz, Pologne

Dr. Shaheen Shariff, Canada

Pour plus d'information :

Tél. : 514 398-3450

<http://www.ispaconference.info/>



salon **réadaptation** et gestion d'invalidité

Palais des congrès de Montréal • **Mardi 17 avril 2012**

Inscrivez-vous en ligne avant le 16 mars et profitez du tarif d'inscription hâtive.



Le Salon est de retour pour sa 3^e édition !

Ce salon s'adresse à tout professionnel à la recherche de solutions
pour une gestion des invalidités efficace et une réinsertion au travail durable.

AU PROGRAMME :

- De nombreuses conférences d'actualité
- Une exposition de qualité
- Une occasion unique de réseautage

Partenaire Or

SOLAREH
Expert en capital humain

Un événement
produit par

Opus3
inc.

Programme et inscription : **www.salonreadaptation.com**

> Le traumatisme craniocérébral

ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS NEUROPSYCHOLOGIQUES VERS UN RÉTABLISSEMENT OPTIMAL

Athlètes qui ne peuvent pas retourner au jeu, troubles cognitifs, dépression, agression, violence – les individus ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) qui se présentent dans les cabinets de médecins ou à nos bureaux sont inquiets. Nous entendons parler régulièrement des TCC dans les médias et les demandes de consultation et de suivi pour cette problématique sont croissantes. Les psychologues ont un rôle pivot dans l'évaluation et le traitement de ces individus.

Dans les prochaines pages, vous pourrez lire une description détaillée de l'incidence, des critères diagnostiques et des facteurs pronostiques du TCC. La grande majorité des TCC sont de sévérité légère (75-85 %). Souvent, la cinétique d'un accident occasionnant un TCC est spectaculaire (haute vitesse, agression, blessure par balle), mais on peut souffrir d'un TCC léger (TCCL) à la suite d'une simple chute de sa hauteur. Ce phénomène est de plus en plus courant, surtout chez la population âgée pour qui peu de ressources spécialisées existent, d'où la pertinence de l'article sur le vieillissement inclus dans ce dossier. Le pronostic, dans la plupart des cas (approximativement 85 %), est favorable. Ceci ne veut pas dire que les séquelles du TCCL sont toujours légères. Vous pourrez lire que les jeunes enfants peuvent garder des séquelles d'un TCCL, surtout si celui-ci survient dans un moment charnière du développement.

Par ailleurs, nous commençons à mieux comprendre l'effet des TCC à répétition. L'article traitant des effets des TCCL dans le sport nous le démontre et suggère que ces blessures au cerveau à répétition pourraient avoir des répercussions en rendant le cerveau plus fragile aux neuropathologies dégénératives. Cela dit, il faut comprendre que le TCC, comme toute autre atteinte neurologique subite, doit être compris dans le contexte de l'individu qui l'a subi. Par exemple, un individu ayant des fragilités préexistantes, tant sur le plan de la neurologie qu'en matière de psychiatrie ou de psychologie, pourrait voir une exacerbation de ses symptômes. De plus, des facteurs comme les stressors contemporains au TCCL ou les traits de personnalité interagissent et influencent l'évolution et le pronostic à long terme. Je vous invite à lire ce numéro qui pourra fournir des outils pour identifier, comprendre et intervenir de façon plus informée auprès de cette clientèle.



D^{re} Alessandra Schiavetto

Invitée au comité de rédaction de ce dossier, la D^{re} Alessandra Schiavetto, neuropsychologue, travaille au programme de traumatologie, de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal. Elle intervient également à la division de psychologie du département de psychiatrie de l'Hôpital général juif de Montréal. Elle est membre du conseil d'administration de l'Ordre et du comité d'experts en neuropsychologie.

Le comité de rédaction du magazine *Psychologie Québec* est composé des membres permanents M^{me} Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre, D^r Nicolas Chevrier, psychologue, membre responsable des communications au conseil d'administration, et M^{me} Diane Côté, rédactrice en chef. Un psychologue reconnu pour ses compétences sur le sujet du dossier est invité au comité.

Les effets cumulatifs des commotions cérébrales dans le sport



Dr Louis De Beaumont / Neuropsychologue

Professeur régulier, Département de psychologie, Université de Québec à Trois-Rivières
Chercheur régulier, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, axe traumatologie

Bien qu'un effort de conscientisation du public ait récemment été remarqué, les commotions cérébrales qui surviennent durant la pratique des sports de contact demeurent à ce jour plutôt banalisées. Cette banalisation s'explique probablement en partie par la disparition rapide des signes apparents de l'accident. En effet, la personne semble de visu, de même qu'à l'examen neuropsychologique, le plus souvent tout à fait normale. Or, bien que l'on ait longtemps pensé qu'une commotion cérébrale d'origine sportive constituait une blessure mineure, on reconnaît aujourd'hui qu'elle entraîne des conséquences dont la gravité s'apparente à celle d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) d'origine non sportive (par exemple un accident de la route) (Belanger et Vanderploeg, 2005). La problématique du TCCL du sport diffère toutefois du TCCL secondaire consécutif à un accident de la route ou de travail. Bien que la physiopathologie soit sensiblement la même, la clientèle visée est bien différente. Une caractéristique distinguant les athlètes commotionnés des personnes ayant subi un traumatisme crânien léger d'origine non sportive est le risque accru de subir une commotion cérébrale subséquente dans un court intervalle de temps. En effet, l'attitude qui prévaut encore et malheureusement au sein de la *culture sportive* en est une d'ambivalence, où l'orgueil poussant au

retour au jeu hâtif se confond bien souvent avec la bravoure du *guerrier*, qui fait référence à la légitimation du sacrifice personnel au bénéfice de la collectivité. Les athlètes se placent ainsi trop souvent dans une position de plus grande vulnérabilité, puisqu'ils peuvent retourner au jeu dans les jours, voire les heures suivant la blessure initiale, et ce, sans en être complètement guéris. La prise en charge adéquate s'avère donc cruciale, car le retour au jeu prématuré n'est pas sans conséquence. En effet, de récentes études ont montré des anomalies du cerveau augmentées à la suite de commotions cérébrales répétées. Le présent article propose une recension des écrits concernant les effets cumulatifs des commotions cérébrales et leur impact délétère persistant sur les fonctions cognitives.

_DURANT LA PHASE AIGÜE

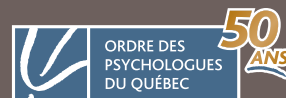
La phase aiguë après un traumatisme craniocérébral fait généralement référence aux trois mois suivant l'accident, au-delà desquels très peu d'athlètes expérimentent des symptômes persistants (McCrea, 2008). Un intervalle de rétablissement variant de 2 à 10 jours suffit habituellement pour près de 90 % des athlètes commotionnés, bien que cette période puisse perdurer chez les

enfants et les adolescents (McCrory, Meeuwisse *et al.*, 2009). Des données récentes montrent toutefois que le processus de rétablissement est prolongé chez les athlètes présentant des antécédents de commotions cérébrales multiples, et ce, peu importe leur âge. Plus particulièrement, les fonctions cognitives, telles qu'évaluées à l'aide de tests neuropsychologiques, prennent plus de temps à se remettre d'une nouvelle commotion cérébrale chez les commotionnés multiples (Guskiewicz, McCrea *et al.*, 2003). Parallèlement, deux études d'envergure distinctes montraient que les commotionnés multiples étaient plus à risque que ceux en étant à leur première commotion d'expérimenter des symptômes prolongés de confusion immédiatement après l'accident (Collins, Lovell *et al.*, 2002; Slobounov, Slobounov *et al.*, 2007). Au retard de rétablissement postcommotionnel s'ajoute la sévérité accrue des symptômes autorapportés chez les patients ayant subi des commotions cérébrales multiples. En effet, des données convergentes suggèrent que la symptomatologie expérimentée durant les semaines qui suivent l'accident s'aggrave en fonction du nombre de commotions cérébrales antérieures (Collins, Lovell *et al.*, 2002; Thornton, Cox *et al.*, 2008). Dans la même veine, une étude réalisée auprès de jeunes footballeurs (football américain) issus des rangs secondaires montre qu'avoir subi au moins une commotion cérébrale avec perte de conscience augmente de quatre fois le risque de perdre conscience à nouveau des suites d'une commotion cérébrale

subséquente (Gerberich, Priest *et al.*, 1983). Une étude plus récente est venue appuyer cette donnée et montre que les athlètes présentant des antécédents de commotions cérébrales multiples sont significativement plus susceptibles d'expérimenter une perte de conscience accompagnée d'amnésie antérograde et de confusion lors de la survenue d'une nouvelle commotion cérébrale (Collins, Lovell *et al.*, 2002). La donnée la plus frappante de cette étude est toutefois issue d'une analyse concourante des quatre marqueurs de sévérité de la commotion cérébrale, c'est-à-dire la perte de conscience, l'amnésie antérograde, l'amnésie rétrograde et la confusion. Celle-ci suggère que la probabilité d'expérimenter trois des quatre marqueurs de sévérité de la commotion cérébrale chez les commotionnés multiples était plus de sept fois celle observée chez les athlètes étant à leur première commotion cérébrale (Collins, Lovell *et al.*, 2002). En somme, cette imposante accumulation de données sur l'augmentation de la durée et de la sévérité des symptômes en fonction du nombre de commotions cérébrales subies a suscité d'importantes réflexions concernant la validité des protocoles de retour au jeu actuellement en vigueur au sein des ligues professionnelles de sports de contact (McCrory, Meeuwisse *et al.*, 2009).

La donnée possiblement la mieux établie, qui jouit d'un relatif consensus au sein de la littérature scientifique portant sur les effets cumulatifs des commotions cérébrales, a trait à la vulnérabilité accrue de subir une commotion cérébrale subséquente.

COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



POUR QUI?

Les psychologues et les candidats à l'admission.

POURQUOI?

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

QUAND?

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

À MONTRÉAL

- 13 avril et 11 mai 2012
- 25 mai et 22 juin 2012

COMBIEN? 282,19 \$ (taxes incluses)

LA FORMATRICE : Élyse Michon, psychologue

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

Une étude réalisée auprès de joueurs de football et de soccer montre que les antécédents de commotions cérébrales agissent comme facteur prédisposant aux commotions cérébrales ultérieures (Delaney, Lacroix *et al.*, 2002); cet effet étant d'autant plus manifeste chez les femmes (Colvin, Mullen *et al.*, 2009). Une imposante étude épidémiologique a de plus montré qu'une fois commotionné, un athlète court trois fois plus de risque d'en subir une seconde durant la même saison sportive (Guskiewicz, McCrea *et al.*, 2003). Lorsqu'évalué prospectivement sur une période de 24 mois, ce facteur de vulnérabilité acquise passe à 5,8 fois celui des athlètes sans antécédents de commotion cérébrale (Zemper, 2003). Sans conteste, le plus tragique dénouement

[...] les anciens footballeurs professionnels retraités ayant subi trois commotions cérébrales [...] présentent cinq fois plus de risque de développer des troubles cognitifs [...]

qui puisse survenir dans la phase aiguë à la suite de commotions cérébrales répétées s'avère le syndrome du second impact (SSI). Le SSI surgit habituellement lorsqu'un athlète subit un coup à la tête avant la disparition des symptômes aigus d'une commotion cérébrale récente (Cantu, 1998). Dans les secondes ou minutes qui suivent le second impact, l'athlète s'écroule typiquement au sol dans un état semi-comateux. Les conséquences du SSI sont bien souvent catastrophiques, allant de séquelles permanentes au cerveau au décès de l'athlète. Des études s'intéressant aux mécanismes d'action du syndrome du second impact font état d'une encéphalopathie diffuse, principalement caractérisée par une enflure du cortex cérébral (*diffuse cerebral swelling*), qui entraîne de sévères complications (McCrory et Berkovic, 1998). Bien qu'il s'agisse de phénomènes plutôt rares (Cantu, 2003), leurs conséquences catastrophiques justifient à elles seules que les cliniciens œuvrant auprès de la clientèle sportive adoptent une attitude particulièrement conservatrice dans la gestion du retour au jeu des athlètes (Cantu, 1995; Cobb et Battin, 2004).

_DURANT LA PHASE CHRONIQUE

Parce qu'elles guettent potentiellement tous les athlètes ayant subi de multiples commotions cérébrales, la pertinence clinique de ces trouvailles sur les effets cumulatifs des commotions cérébrales ne prend toutefois tout son sens qu'en présence des fâcheuses conséquences observées durant la phase chronique, particulièrement celles surgissant plusieurs années après la dernière commotion cérébrale. Bien que les technologies de pointe en neuro-imagerie décèlent des séquelles sous-cliniques persistantes des commotions cérébrales multiples (Gosselin, Theriault *et al.*, 2006; De Beaumont, Lassonde *et al.*, 2007; Henry, Tremblay *et al.*, 2011; Theriault, De Beaumont *et al.*, 2011; De Beaumont, Tremblay *et al.*, 2012), la nature exacte des dysfonctions cognitives qui s'y rattachent demeure à ce jour plutôt nébuleuse. Toutefois, lorsque jumelées aux effets du vieillissement, les commotions cérébrales du sport entraînent des séquelles cognitives et motrices inquiétantes, tout à fait quantifiables au plan clinique. En premier lieu, des données épidémiologiques alarmantes suggèrent que les footballeurs professionnels retraités ayant subi trois commotions cérébrales ou plus au cours de leur carrière présentent cinq fois plus de risque de développer des troubles cognitifs légers (MCI), lesquels se convertissent en maladie d'Alzheimer dans près de 60 % à 80 % des cas à l'intérieur de cinq ans (Guskiewicz, Marshall *et al.*, 2005). À ces données s'ajoutent de récentes trouvailles montrant qu'en comparaison avec leurs homologues non commotionnés, les anciens athlètes universitaires sexagénaires ayant des antécédents de commotions cérébrales subies durant la vingtaine présentent un profil de déclin cognitif et de lenteur d'exécution motrice (De Beaumont, Theoret *et al.*, 2009). Fait à noter, ce profil différentiel est obtenu à partir de tests neuropsychologiques traditionnellement utilisés dans les milieux cliniques qui mesurent les processus impliqués dans la mémoire épisodique et les fonctions exécutives. Ces altérations cognitives relevées en neuropsychologie sont de plus hautement corrélées avec les anomalies sous-cliniques persistantes de la commotion cérébrale aussi objectivées chez le jeune athlète, suggérant que le processus de vieillissement est venu exposer une fragilité des fonctions cognitives que l'athlète parvenait jadis à compenser. L'apparition de ces symptômes cognitifs latents se manifeste également au cœur de l'encéphalopathie chronique d'étiologie traumatique (ECT). Autrefois réservés aux sports de combat, les cas d'ECT, aussi appelée démence pugilistique, ont été répertoriés chez des athlètes pratiquant d'autres sports de contact, tels que le hockey sur glace, le football américain et le soccer (Matser, Kessels *et al.*, 1999; Omalu, Hamilton *et al.*, 2011). L'ECT est une pathologie neurodégénérative du cerveau entraînant à la fois de graves symptômes cognitifs et moteurs.

En résumé, force est d'admettre que les commotions cérébrales du sport, et surtout leur cumul, ne sont pas aussi bénignes qu'on l'aurait cru. De cette imposante littérature scientifique décrivant les effets cumulatifs et à long terme se dégage l'urgence d'exercer, en tant que société, notre devoir de protection de la jeunesse. En ce sens, il convient, dans une première mesure, d'intensifier les efforts de conscientisation du public concernant les risques associés aux commotions cérébrales multiples. Il faut ensuite accélérer les démarches afin d'exiger des associations sportives une révision de la réglementation relative aux coups à la tête et, possiblement, même de s'interroger formellement sur la nécessité des mises en échec dans la pratique de certains sports d'équipe, tels que le hockey sur glace.

BIBLIOGRAPHIE

- Belanger, H. G. and R. D. Vanderploeg (2005). "The neuropsychological impact of sports-related concussion: a meta-analysis." *Journal of the International Neuropsychological Society* : JINS 11(4): 345-357.
- Cantu, R. C. (1995). "Second impact syndrome: A risk in any contact sport." *Phys Sportsmed* 38(1): 53-67.
- Cantu, R. C. (1998). "Second impact syndrome." *Clinical Journal of Sports Medicine* 17(1): 37-44.
- Cantu, R. C. (2003). "Recurrent athletic head injury: risks and when to retire." *Clin Sports Med* 22(3): 593-603, x.
- Cobb, S. and B. Battin (2004). "Second-impact syndrome." *J Sch Nurs* 20(5): 262-267.
- Collins, M. W., M. R. Lovell, et al. (2002). "Cumulative effects of concussion in high school athletes." *Neurosurgery* 51(5): 1175-1179; discussion 1180-1171.
- Colvin, A. C., J. Mullen, et al. (2009). "The role of concussion history and gender in recovery from soccer-related concussion." *Am J Sports Med* 37(9): 1699-1704.
- De Beaumont, L., M. Lassonde, et al. (2007). "Long-term and cumulative effects of sports concussion on motor cortex inhibition." *Neurosurgery* 61(2): 329-336; discussion 336-327.
- De Beaumont, L., H. Theoret, et al. (2009). "Brain function decline in healthy retired athletes who sustained their last sports concussion in early adulthood." *Brain : a journal of neurology* 132(Pt 3): 695-708.
- De Beaumont, L., S. Tremblay, et al. (2012). "Altered bidirectional plasticity and reduced implicit motor learning in concussed athletes." *Cerebral cortex* 22(1): 112-121.
- Delaney, J. S., V. I. Lacroix, et al. (2002). "Concussions among university football and soccer players." *Clin J Sport Med* 12(6): 331-338.
- Gerberich, S. G., J. D. Priest, et al. (1983). "Concussion incidences and severity in secondary school varsity football players." *Am J Public Health* 73(12): 1370-1375.
- Gosselin, N., M. Theriault, et al. (2006). "Neurophysiological anomalies in symptomatic and asymptomatic concussed athletes." *Neurosurgery* 58(6): 1151-1161; discussion 1151-1161.
- Guskiewicz, K. M., S. W. Marshall, et al. (2005). "Association between recurrent concussion and late-life cognitive impairment in retired professional football players." *Neurosurgery* 57(4): 719-726; discussion 719-726.
- Guskiewicz, K. M., M. McCrea, et al. (2003). "Cumulative effects associated with recurrent concussion in collegiate football players: the NCAA Concussion Study." *Jama* 290(19): 2549-2555.
- Henry, L. C., J. Tremblay, et al. (2011). "Acute and chronic changes in diffusivity measures after sports concussion." *J Neurotrauma* 28(10): 2049-2059.
- Matser, E. J., A. G. Kessels, et al. (1999). "Neuropsychological impairment in amateur soccer players." *Jama* 282(10): 971-973.
- McCrea, M. A. (2008). *Mild Traumatic Brain Injury and Postconcussion Syndrome*. New York, Oxford University Press.
- McCrory, P. and S. F. Berkovic (1998). "Second impact syndrome." *Neurology* 50(3): 677-683.
- McCrory, P., W. Meeuwisse, et al. (2009). "Consensus statement on Concussion in Sport 3rd International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2008." *Clin J Sport Med* 19(3): 185-200.
- Omalu, B. I., R. L. Hamilton, et al. (2011). "Chronic traumatic encephalopathy (CTE) in a National Football League Player: Case report and emerging medicolegal practice questions." *J Forensic Nurs* 6(1): 40-46.
- Slobounov, S., E. Slobounov, et al. (2007). "Differential rate of recovery in athletes after first and second concussion episodes." *Neurosurgery* 61(2): 338-344; discussion 344.
- Theriault, M., L. De Beaumont, et al. (2011). "Cumulative effects of concussions in athletes revealed by electrophysiological abnormalities on visual working memory." *Journal of clinical and experimental neuropsychology* 33(1): 30-41.
- Thornton, A. E., D. N. Cox, et al. (2008). "Cumulative concussion exposure in rugby players: neurocognitive and symptomatic outcomes." *J Clin Exp Neuropsychol* 30(4): 398-409.
- Zemper, E. D. (2003). "Two-year prospective study of relative risk of a second cerebral concussion." *Am J Phys Med Rehabil* 82(9): 653-659.

Institut québécois de Gestalt-thérapie		Mini-série : Le corps en relation	
	Le travail avec les rêves et l'imaginaire en Gestalt-thérapie Janine Corbeil et Gisèle Robert, psychologues (Québec) 4-5-6 mai (Montréal)		La dimension corporelle en psychothérapie Janine Corbeil et Gisèle Robert, psychologues (Québec) 9-10-11 mars (Montréal)
	La Gestalt-thérapie et l'intervention de stress post-traumatique auprès de survivants d'agression sexuelle dans l'enfance Louise Dubuc, psychologue (Québec) 28-29-30 septembre (Québec)		De corps à corps - l'intercorporalité du lien thérapeutique Jean Marie Delacroix, psychologue (France) 25-26-27 mai (Montréal)
	ACTIVITÉS 2012		L'analyse des mouvements fondamentaux: introduction à l'approche du développement somatique en psychothérapie Ruella Frank, Ph.D., psychologue (États-Unis) 16-17 juin (Montréal)
1801, boul. St-Joseph Est, Montréal, Québec H2H 1C8 514 288-2082, # 3 www.iqgt.ca / info@iqgt.ca			

Le traumatisme craniocérébral léger chez l'adulte : pronostic et intervention



D^{re} Michelle McKerral / Neuropsychologue

Michelle McKerral est neuropsychologue, professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheure-clinicienne au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation–Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) ainsi qu'au Centre de recherche en neuropsychologie et cognition. Elle exerce ses activités professionnelles en contexte de réadaptation axée sur l'intégration sociale auprès d'adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et fait partie d'une équipe, au CRLB, qui a développé une expertise interdisciplinaire clinique-recherche sur le TCC léger.

Souvent appelé commotion cérébrale, le traumatisme craniocérébral (TCC) léger survient, chez l'adulte, surtout lors d'accidents de voiture, de chutes, d'accidents de travail ou en contexte sportif. L'incidence dans la population générale des cas de TCC léger est estimée à environ 600 par 100 000 habitants. Bien que la majorité des personnes ayant subi ce type de traumatisme récupère rapidement, 5-15 % d'entre elles sont à risque de présenter des problèmes cognitifs, psychologiques et physiques persistants qui nuisent à leur vie personnelle, professionnelle et sociale. Il y a eu ces dernières années une augmentation fulgurante de nos connaissances au sujet des impacts d'un TCC léger sur la structure, le métabolisme et le fonctionnement du cerveau. Il est maintenant clair qu'un diagnostic de TCC léger n'implique pas pour autant un impact négligeable ou transitoire sur la fonction cérébrale. Ainsi, une bonne connaissance des critères diagnostiques du TCC léger, des problématiques qui peuvent en découler et des meilleures interventions à prodiguer est de prime importance pour réduire les risques de conséquences à long terme chez cette population. Dans cet article, la pathophysiologie du TCC léger, les principaux symptômes et troubles qui en découlent et les facteurs qui modulent la récupération sont brièvement présentés. Les principes de base de l'intervention neuropsychologique et interdisciplinaire pour le TCC léger sont ensuite décrits en faisant référence aux données probantes existantes sur le sujet.

LA BLESSURE CÉRÉBRALE, UNE RÉALITÉ

Le TCC léger est une atteinte cérébrale aiguë résultant d'un transfert d'énergie d'une source externe vers le crâne et les structures sous-jacentes. Chez l'adulte, environ 75 % de tous les TCC sont de sévérité légère. Les hommes présentent un risque deux fois plus élevé que les femmes de subir un TCC léger et sa fréquence est plus forte au début de l'âge adulte et en âge

avancé. Le TCC, même lorsqu'il est léger, cause une perturbation de l'état de conscience et peut provoquer une altération des capacités cognitives et physiques, des troubles comportementaux ou émotionnels et des incapacités et difficultés psychosociales. Les critères diagnostiques du TCC léger sont :

1) l'objectivation d'au moins un des éléments suivants : une période d'altération de l'état de conscience (confusion, désorientation); une perte de conscience de moins de 30 minutes; une amnésie post-traumatique de moins de 24 heures; ou tout autre signe neurologique transitoire, comme un signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale;

2) un résultat entre 13 et 15 (sur un maximum de 15) sur l'échelle de coma de Glasgow (30 minutes ou plus après l'accident, lors de l'évaluation à l'urgence) (MSSS, 2005). On parle de TCC léger complexe lorsque l'imagerie cérébrale est positive (moins de 20 % de tous les TCC légers).

Le traumatisme au cerveau est causé par des forces de contact et/ou d'accélération et de décélération (coup-contrecoup) ainsi que de rotation. Dans le cas du TCC léger, ces forces engendrent surtout des étirements des petits vaisseaux sanguins et des axones neuronaux (qui assurent la transmission des informations dans le cerveau), alors que les lésions focales (ex. : hématomes) sont moins fréquentes que lors d'un TCC de sévérité modérée ou grave. À cela s'ajoute une cascade complexe d'événements neurométaboliques qui a lieu sur une période de plusieurs jours à plusieurs semaines (Barkhoudarian, Hovda & Giza, 2011). Les mécanismes pathophysiologiques en jeu représentent donc un processus et non un événement unique. Il en résulte une atteinte axonale diffuse qui touche davantage certaines structures corticales (lobe frontal, lobe temporal médian) et sous-corticales (diencéphale et partie supérieure du tronc cérébral – système limbique), vu leur position anatomique qui les rendent vulnérables aux forces biomécaniques engendrées par le TCC léger. Cette atteinte sera minime et réversible dans la majorité des cas, mais pourra être plus importante et durable chez certains individus.

_LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Ces changements cérébraux sont à l'origine des symptômes physiques, cognitifs et émotionnels qu'on observe en phase aiguë après un TCC léger (ex. : céphalées, fatigabilité, perturbation du sommeil, étourdissements, vertiges, troubles de l'équilibre, nausées, troubles visuels, hypersensibilité au bruit et à la lumière, ralentissement de la pensée, difficultés de concentration, d'attention et de mémoire, labilité émotionnelle, irritabilité, symptômes anxieux, symptômes dépressifs). Dans la majorité des cas, ces symptômes se résorberont graduellement dans les 10 à 30 jours suivant le TCC léger, mais environ 5-15 % des personnes verront leurs symptômes perdurer au-delà de cette période, parfois même se complexifier et devenir chroniques si les interventions nécessaires ne sont pas mises en place précocement (Dickmen *et al.*, 2010). Des facteurs liés aux diagnostics associés au TCC léger (ex. : blessures musculosquelettiques ou orthopédiques) et des facteurs psychosociaux pourront contribuer à cette chronicité.

L'évaluation neuropsychologique représente actuellement le meilleur moyen pour objectiver les séquelles cognitives post TCC léger. Les domaines cognitifs les plus fréquemment affectés sont la vitesse de traitement de l'information, l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives (Landre *et al.*, 2006). Les TCC légers complexes seraient plus susceptibles de montrer des séquelles neuropsychologiques persistantes. Pour leur part, les méthodes d'imagerie cérébrale utilisées en clinique (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique) permettent une assez bonne détection des atteintes du parenchyme cérébral pour bien orienter la personne du point de vue neurochirurgical et éviter les complications (pronostic vital). Toutefois, ces techniques ne permettent pas de détecter les lésions plus subtiles, n'offrent pas d'information sur la fonction cérébrale et ne permettent pas de prédire le niveau de récupération (pronostic fonctionnel). D'autres techniques plus sensibles, mais qui ne sont pas encore disponibles en clinique (ex. : imagerie du tenseur de diffusion; IRM fonctionnelle; spectroscopie par résonance magnétique; potentiels évoqués cérébraux), apparaissent toutefois prometteuses pour mesurer l'impact réel d'un TCC léger sur la structure et la neurophysiologie du cerveau. De plus, elles semblent bien corrélées avec la symptomatologie, le fonctionnement neuropsychologique et l'impact dans les habitudes de vie (Bigler, 2010; Gosselin *et al.*, 2008; Henry *et al.*, 2010; Lachapelle *et al.*, 2008).

Plusieurs variables seront susceptibles d'exacerber les séquelles cognitives : insomnie, douleur chronique, réaction catastrophique et anxiété, dépression, symptômes de stress post-traumatique (Beaupré, DeGuise & McKerral, 2012; Borgaro *et al.*, 2003). Ainsi, l'individu qui vit des changements cognitifs et affectifs à la suite d'un TCC léger peut rapidement ressentir une perte de contrôle

sur sa vie, ne retrouvant plus ses repères de fonctionnement habituel. Il nourrira un questionnement intense quant à sa condition, sera mal à l'aise dans les situations sociales, craindra continuellement de commettre des erreurs d'inattention et des oublis portant à conséquence. De telles réactions sont plus à risque de se produire en lien avec certains traits de personnalité : perfectionnisme, intellect surinvesti, impulsivité, estime de soi fragile, tempérament déjà anxieux. Le niveau de soutien social que reçoit la personne ainsi que les aspects liés aux croyances et aux valeurs personnelles et culturelles sont également en jeu.

[...] l'individu qui vit des changements cognitifs et affectifs à la suite d'un TCC léger peut rapidement ressentir une perte de contrôle sur sa vie [...]

_L'IMPORTANCE DE L'INTERVENTION PRÉCOCE ET DU SUIVI

Les données de la littérature démontrent que les interventions précoces non intensives (réassurance, information sur l'évolution attendue, bref counseling psychologique), en particulier chez ceux qui présentent initialement plusieurs symptômes, réduisent la quantité, l'intensité et la durée de ceux-ci. Ce type d'intervention est déjà en place dans les hôpitaux de traumatologie au Québec, mais il demeure que la majorité des personnes ayant subi un TCC léger sont plutôt vues dans les hôpitaux généraux et les cabinets de médecins. Ainsi, dans ces contextes, le suivi médical et de l'évolution de ces individus est essentiel dans les premiers mois afin de dépister ceux qui évoluent de façon atypique et d'agir sur les facteurs qui influencent négativement la récupération (ex. : référence vers une ressource spécialisée en réadaptation). Les interventions en réadaptation pour le TCC léger s'effectuent idéalement selon une approche interdisciplinaire particulière (Guérin *et al.*, 2005) qui consiste en une phase initiale permettant de rendre le patient « disponible » médicalement (ex. : traitement pharmacologique) et psychologiquement pour la réadaptation. L'équipe interdisciplinaire se compose habituellement des professionnels suivants : médecin, psychologue-neuropsychologue, ergothérapeute et travailleur social. À ce noyau, viennent s'ajouter kinésiothérapeute (entre autres pour la dimension de l'activité physique, puisque cette dernière favoriserait la récupération cognitive) et physiothérapeute au besoin.

Les interventions psychologiques visent premièrement à favoriser la mise en contact avec les émotions afin d'identifier les besoins qui y sont reliés. Ensuite, le neuropsychologue et son client explorent ensemble le niveau de fonctionnement d'avant l'accident ainsi que l'impact du TCC léger et de divers autres facteurs sur la fonction cognitive (c.-à-d. relations cerveau-comportement). La compréhension qu'acquiert graduellement le client lui permet notamment de mieux gérer son stress. Puis, l'intervention neuropsychologique consiste à explorer et mettre à l'essai des stratégies pour composer avec la symptomatologie (ex. : stratégies pour mieux utiliser les ressources attentionnelles et mnésiques, outils pour contrôler les réactions émotionnelles exacerbées, intervention sur les attitudes et les comportements qui contribuent au maintien des symptômes). Les interventions initiales ayant permis à la personne une première phase d'assimilation de sa situation, l'intervention interdisciplinaire devient alors importante pour agir dans les sphères de vie qui sont perturbées. Pour être efficace, l'intervention interdisciplinaire doit idéalement être effectuée par une équipe dédiée, expérimentée et stable. Le plan d'intervention interdisciplinaire est succinct, centré sur les habitudes de vie de l'individu et révisé régulièrement (toutes les 6 à 8 semaines). Les objectifs du plan d'intervention sont réalistes et élaborés à partir des priorités d'intervention du client, qui est au centre du processus décisionnel. L'intervention de réadaptation mise sur les forces et favorise l'expérience du succès afin de rétablir le sens de soi et de renforcer les sentiments d'autodétermination et de compétence.

Il y a peu d'études sur l'évolution à moyen et long terme du sous-groupe de personnes ayant subi un TCC léger qui récupère plus difficilement. Les données existantes émanent d'études de cohortes où l'intervention était souvent inexistante et qui sont difficilement comparables entre elles pour diverses raisons méthodologiques. En ce sens, notre contexte québécois d'organisation (continuum) de services en traumatologie est un facilitateur pour étudier l'évolution de ce sous-groupe, parce que nous offrons des services cliniques spécialisés à cette clientèle. Nos études des dernières années ont d'ailleurs permis de démontrer qu'en contexte d'intervention interdisciplinaire axée sur la reprise des rôles sociaux à la suite d'un TCC léger des variables psychologiques et physiques – comme un diagnostic antérieur de dépression ou une blessure orthopédique associée – ne représentaient pas nécessairement des facteurs de mauvais pronostic pour le retour au travail (Guérin *et al.*, 2006). Nos résultats, ainsi que ceux d'autres groupes, suggèrent que des interventions de réadaptation post TCC léger qui sont individualisées, spécifiques et bien planifiées en fonction de la courbe de récupération de l'individu facilitent la reprise des habitudes de vie (McKerral & Desormeau, 2009; Ponsford, 2005).

En conclusion, cet article souligne le rôle joué par les neuropsychologues québécois dans le développement, la prestation et l'évaluation des services de réadaptation pour les personnes ayant subi un TCC ainsi que dans l'avancement des connaissances sur les problématiques multifactorielles pouvant en découler. Ces activités, réalisées en interdisciplinarité, permettent d'obtenir des données probantes contextualisées et de soutenir les meilleures pratiques.

Références

- Barkhoudarian, G., Hovda, D.A., Giza, C.C. (2011). The molecular pathophysiology of concussive brain injury. *Clinics in Sports Medicine* 30:33-48.
- Beaupré, M., DeGuisse, É., McKerral, M. (2012). The association between pain-related variables, emotional factors, and attentional functioning after mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Research and Practice* (sous presse).
- Belanger, H., Vanderploeg, R. D., Curtiss, G., Warden, D. L. (2007). Recent Neuroimaging Techniques in Mild Traumatic Brain Injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 19: 5-20.
- Bigler, E.D. (2010). Neuroimaging in Mild Traumatic Brain Injury. *Psychological Injury and Law* 3:36-49.
- Borgaro, S. R., Prigatano, G.P., Kwasnica, C., Rexer, J. L. (2003). Cognitive and affective sequelae in complicated and uncomplicated mild traumatic brain injury. *Brain Injury* 17: 189-198.
- Dikmen, S., Machamer, J., Fann, J.R., Temkin, N.R. (2010). Rates of symptom reporting following traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2010: 401-411.
- Gosselin, N., Bottari, C., Chen, J.-K., Petrides, M., Tinawi, S., De Guise, É., Ptito, A. (2011). Electrophysiology and functional MRI in post-acute mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma* 28 : 329-341.
- Guérin, F., Dominique, A., Léveillé, G., Kennepohl, S., Honoré, W., Brière, N., McKerral, M. (2005). Intervention based on the multifactorial nature of mild TBI. In : *Interdisciplinary rehabilitation research and traumatic brain injury: New theoretical and clinical perspectives*, Ed.: Michallet, B. Montréal: Carte Blanche Editions, p. 145-157.
- Guérin, F., Kennepohl, S., Léveillé, G., Dominique, A., Honore, W., Brière, N., McKerral, M. (2006). Vocational outcome indicators in atypically recovering mild TBI: a post-intervention study. *NeuroRehabilitation* 21 : 295-303.
- Henry, L.C., Tremblay, S., Boulanger, Y., Ellemberg, D., Lassonde, M. (2010). Neurometabolic Changes in the Acute Phase after Sports Concussions Correlate with Symptom Severity. *Journal of Neurotrauma* 27 : 65-76.
- Lachapelle, J., Bolduc-Teasdale, J., Ptito, A., McKerral, M. (2008). Deficits in complex visual information processing after mild TBI: electrophysiological markers and vocational outcome prognosis. *Brain Injury* 22: 265-274.
- Landre, N., Poppe, C.J., Davis, N., Schmaus, B., Hobbs, S.E. (2006). Cognitive functioning and postconcussive symptoms in trauma patients with and without mild TBI. *Archives of Clinical Neuropsychology* 21 : 255-273.
- McKerral, M., Desormeau, J. (2009). Impact of neuropsychological rehabilitation on return to work after TBI rehabilitation. *Journal of the International Neuropsychological Society* 15, Suppl.
- McKerral, M., Guérin, F., Kennepohl, S., Dominique, A., Honoré, W., Léveillé, G., Brière, N. (2005). Comments on the Task Force report on mild traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37: 61-62.
- Ministère de la santé et des services sociaux-MSSS (2005). *Orientations ministérielles pour le traumatisme crânio-cérébral léger*; publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/orientations_traumatisme.pdf
- Ponsford, J. (2005). Rehabilitation interventions after mild head injury. *Current Opinion in Neurology* 18 : 692-697.

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

L'Ordre protège le public

L'ASSOCIATION PROTÈGE CEUX QUI EN PRENNENT SOIN



Profitez de services professionnels variés :

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

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

ASSURANCE « frais disciplinaires »;

SOUTIEN durant les procédures
disciplinaires; (incluant informations via notre
site Internet);

inscription gratuite au
SERVICE DE RÉFÉRENCE;

site **INTERNET**;

SOUTIEN aux psychologues en début de
pratique;

BULLETIN couvrant différents sujets de la vie
professionnelle des psychologues;

FORMATIONS à tarif préférentiel pour les
membres;

SERVICES aux associations et
regroupements (assurances, support
logistique, appui politique, ...).

SOUTIEN ET EXPERTISE concernant la
problématique du suicide

Contribution spéciale demandée

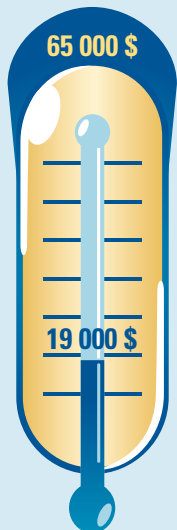
Vous êtes invités à soutenir la
démarche juridique de deux
psychologues qui contestent
la décision du Conseil du trésor
quant aux résultats de
l'exercice de l'équité salariale
concernant notre profession.

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

À date, 23 % des 3 500 psy-
chologues du réseau public
ont contribué pour un total
de 19 000 \$ sur les 65 000 \$
requis pour la démarche. Un
effort important reste à faire.

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

Pour contribuer, visitez le www.apqc.ca



Actions et réalisations de l'APQ :

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

Assurance frais disciplinaires Dormez sur vos deux oreilles!

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

www.apqc.ca

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

Communiquez avec notre secrétariat au 514.353.7555 ou 1.877.353.7555
7400, boul. Les Galeries d'Anjou, bureau 410 Anjou (Québec) H1M 3M2

Dépression et anxiété après un traumatisme craniocérébral

D^{re} Marie-Christine Ouellet, psychologue

Professeure adjointe sous octroi, École de psychologie, Université Laval

Chercheure, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

Selon des données récentes, au moins 50 % des personnes qui subissent un traumatisme craniocérébral développeraient une dépression majeure dans les quelques mois ou années qui suivent l'accident, et environ 45 % souffriraient d'un trouble anxieux, limitant ainsi leur pleine participation sociale et leur qualité de vie. Outre les altérations neurophysiologiques liées aux lésions qui peuvent contribuer à leur étiologie, ces troubles peuvent aussi être associés à des facteurs psychosociaux préaccident tels une histoire psychiatrique, de l'instabilité sur le plan occupationnel et de l'abus d'alcool ou de drogue. Aussi, de nombreux facteurs postaccident tels le stress, la douleur, la fatigue, les troubles cognitifs ou les difficultés de sommeil contribuent probablement au développement d'anxiété et de dépression après un TCC. L'évaluation de ces troubles constitue un défi, puisque plusieurs séquelles associées à une lésion cérébrale (ex. : fatigue, difficultés de concentration, irritabilité) peuvent être confondues avec

les symptômes anxieux ou dépressifs. De plus, il est souvent ardu pour les cliniciens de tirer la ligne entre une réaction normale et une réaction pathologique devant un événement ayant le potentiel de bouleverser toutes les sphères de fonctionnement de l'individu. En termes de traitement ou de prévention, il existe encore très peu de données probantes spécifiques de cette population, obligeant les cliniciens à se fier aux traitements reconnus pour des troubles primaires, ou dans d'autres populations avec problèmes médicaux, ce qui n'est pas sans heurt. D'une part, le TCC peut rendre une personne plus sensible aux effets secondaires des psychotropes. D'autre part, la psychothérapie est complexifiée par des facteurs tels les difficultés attentionnelles, les problèmes de mémoire, la fatigabilité, les altérations de l'autocritique, l'impulsivité ou encore la difficulté à s'organiser.

FORMATION SUR LA RÉDACTION

DES RAPPORTS D'ÉVALUATION DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES*

*Formation réservée aux psychologues et aux neuropsychologues

PLUSIEURS EXEMPLES DE RAPPORTS SONT PRÉSENTÉS AFIN
D'ILLUSTRER DIFFÉRENTS PROFILS COGNITIFS

Objectifs

- Devenir plus efficace dans la rédaction de rapports d'évaluation des troubles des apprentissages (TA).
- Synthétiser les résultats du test de fonctionnement intellectuel, des épreuves d'attention, de fonctions exécutives, de rendement en lecture et en écriture, etc.
- Expliquer les informations pertinentes afin de faire du rapport un outil de communication commun entre les parents et les différents intervenants qui œuvrent auprès de l'enfant (médecins, enseignants, etc.).
- Conclure aux diagnostics de TA et rédiger les recommandations en lien avec les conclusions.

Lundi, 28 mai 2012

Cette journée de formation aura lieu de 9h à midi et de 13h30 à 16h30 au Centre St-Pierre, 1212 rue Panet, à Montréal (métro Beaudry)



Marie-Claude Guay, Ph.D.

Frais d'inscription: 175\$ + tx

514 721-7904

centrepsychologiemcguay@gmail.com



Le traumatisme craniocérébral en âge avancé : particularités cliniques, réadaptation et accessibilité aux services



Eduardo Cisneros / Neuropsychologue

Eduardo Cisneros est candidat au doctorat au Département de psychologie de l'Université de Montréal et clinicien au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau-Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation.

Le vieillissement est un processus normal qui entraîne des changements neurophysiologiques, cognitifs et psychosociaux souvent considérés uniquement comme synonymes de perte et de déficit. Une telle conception peut constituer un obstacle à l'accès aux services de réadaptation pour les personnes qui subissent un traumatisme craniocérébral (TCC) en âge avancé. Or, de récentes découvertes en neurosciences permettent d'identifier autant des vulnérabilités neurophysiologiques particulières que des capacités de plasticité cérébrale spécifiques du vieillissement. Ces études mettent en évidence un potentiel de récupération chez la personne âgée. Toutefois, les programmes actuels de réadaptation cognitive pour le TCC sont fondés sur des principes d'organisation cérébrale de l'adulte jeune qui ne correspondent pas entièrement aux particularités de l'adulte âgé. Or, le vieillissement démographique et l'incidence exponentielle de cas de TCC à partir de la soixantaine soulignent le besoin d'élaborer des programmes et des stratégies d'intervention spécifiquement conçus pour tenir compte des aspects neurocognitifs propres au vieillissement. Dans cet article, nous présentons une synthèse de ces découvertes ainsi que des recherches cliniques conduites auprès de personnes âgées présentant des neuropathologies de diverses natures dont les résultats favorables suggèrent leur capacité à bénéficier de programmes de réadaptation. Nous concluons sur une réflexion concernant des propositions de programmes de réadaptation cognitive pour des personnes âgées qui subissent un TCC.

LE VIEILLISSEMENT : CROYANCES VS DONNÉES PROBANTES

Le vieillissement fait partie du processus développemental normal de l'être humain. La perception que les sociétés et les cultures ont du vieillissement peut influencer la manière dont ces populations vont s'en occuper. Ainsi, le vieillissement est considéré comme un facteur positif par certaines cultures qui voient leurs personnes

âgées comme une source de connaissance nécessaire au bien-être collectif. Le Sénat de l'Empire romain était formé d'anciens dont la mission principale était de conseiller dans la prise de décisions de l'État. En fait, le mot *sénat* provient du mot *senex* qui veut dire « vieux ». Dans les sociétés modernes, particulièrement en Occident, par contre, le vieillissement est souvent considéré comme synonyme de perte et de déficit. Les individus s'efforcent de demeurer jeunes et la prolongation de l'adolescence et de la vie du jeune adulte est recherchée et favorisée. La rapidité, l'individualisme et la productivité sont des traits valorisés d'une société active et jeune. Dans ce contexte, le déclin cognitif normal associé au vieillissement est souvent perçu comme une perte significative pour la société. Une telle conception peut avoir une influence sur les décisions concernant les personnes âgées, notamment en lien avec l'accès à la réadaptation pour des personnes qui subissent un traumatisme craniocérébral (TCC). Elle peut se cristalliser dans des arguments qui considèrent que la personne âgée ayant subi un TCC ou présentant une autre atteinte cérébrale acquise est susceptible de tirer peu ou aucun bénéfice des programmes existants.

Les données provenant des recherches scientifiques en neurosciences contredisent ces croyances, indiquant que le cerveau âgé possède des capacités de réorganisation et que cette forme de plasticité cérébrale semble spécifique du vieillissement. Malgré la présence de vulnérabilités neuroanatomiques et physiologiques, le cerveau des personnes âgées peut continuer à évoluer sous des principes relativement différents des enfants et des adultes plus jeunes.

INCIDENCE DU TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL ET ÂGE

L'incidence du TCC varie en fonction de l'âge. Ainsi, l'incidence est plus élevée pour le groupe des enfants de 0-4 ans, suivi des jeunes de 15-24 ans, alors que le troisième groupe correspond aux personnes âgées de plus de 60 ans, atteignant la plus haute incidence vers les 70-75 ans et plus (Langlois *et al.*, 2006). Les causes de TCC chez la personne âgée sont principalement les chutes (>50 %) (Fields, 1997; Thompson *et al.*, 2006), suivies des accidents de la route, notamment comme piéton.

Au Québec, la proportion des personnes vieillissantes connaîtra une accélération significative à partir de 2011; les estimations prévoient une augmentation de près de 12 % de personnes de 65 ans et plus, pour atteindre 25,3 % de la population en 2031 (Statistique Canada, 2005). L'accélération du vieillissement démographique associée à l'incidence du TCC en âge avancé sont deux facteurs en interaction qui permettent de prévoir dans les années à venir une augmentation significative et progressive du nombre de cas de TCC chez les personnes âgées. Cet état des choses souligne le besoin d'élaborer des programmes et des stratégies d'intervention spécifiquement conçus pour tenir compte des particularités du vieillissement.

[...] le cerveau des personnes âgées peut continuer à évoluer sous des principes relativement différents des enfants et des adultes plus jeunes.

_VULNÉRABILITÉ NEUROPHYSIOLOGIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Si on observe la magnitude de l'atrophie (perte du volume cérébral qui s'accroît vers la sixième décennie de la vie) à travers une résonance magnétique de certaines personnes âgées, on pourrait penser que ces personnes sont probablement atteintes d'une forme de détérioration cognitive. Cependant, ces personnes manifestent un fonctionnement cognitif parfaitement normal (Raz, 2005). Le cerveau se réorganise donc lors du vieillissement même si cette réorganisation, ainsi que les pertes neuronales, varient grandement selon les individus.

Les pertes neuronales créent, cependant, une vulnérabilité accrue aux impacts d'un TCC chez les personnes âgées : le rétrécissement du volume cérébral entraîne un élargissement des citernes et des ventricules cérébraux chargés de conduire le liquide céphalo-rachidien. Cet espace élargi fait en sorte que le cerveau peut bouger plus amplement dans la boîte crânienne. La plus grande amplitude du mouvement dans le crâne peut amener à un cisaillement des veines-pont qui irriguent de sang le cerveau en traversant la dure-mère. Les déchirures des veines surviennent donc plus facilement en cas de traumatisme ou de chute, même sans impact direct à la tête. Compte tenu de cette

condition et du fait que le système vasculaire cérébral lui-même peut être affaibli par l'âge ou la maladie, une chute de la hauteur de la personne peut suffire pour provoquer une hémorragie sous-durale ou sous-arachnoïdienne. Les manifestations cliniques d'une telle hémorragie peuvent s'exprimer plus tardivement, rendant le diagnostic clinique plus difficile, car l'accident lui-même, compte tenu de sa banalité, a pu être oublié (Flanagan *et al.*, 2006; Barathan et Dennyson, 1972). Il est donc essentiel de conduire un questionnement sur la présence de toute chute dans l'obtention de l'histoire clinique de personnes âgées.

_PLASTICITÉ CÉRÉBRALE ASSOCIÉE AU VIEILLISSEMENT

Les neurosciences ont mis en évidence l'existence de formes de plasticité cérébrale associées au vieillissement. Certaines tâches cognitives (ex. : des formes de mémoire visuelle) sont, chez les jeunes adultes, effectuées par une activation neurophysiologique prédominante des régions postérieures du cerveau. Les zones cérébrales impliquées dans l'élaboration du processus cognitif étudié manifestent une plus grande consommation de glucose et d'oxygène, activation identifiable à travers l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). La même tâche cognitive effectuée par des personnes âgées, avec un même niveau de réussite, donnera plutôt lieu à de plus grandes activations des régions frontales (antérieures). Ce phénomène est nommé *Posterior-anterior shift in aging* ou PASA (Davis *et al.*, 2007).

Les neurosciences ont découvert une autre forme de plasticité cérébrale apparemment unique chez l'adulte âgé : le phénomène HAROLD (*Hemispheric asymmetry reduction in older adults*). Dans ce cas-ci, des personnes âgées plus efficaces dans certaines tâches cognitives utilisent les deux hémisphères cérébraux, alors que chez l'adulte jeune la même tâche cognitive est réussie par l'activation d'un seul hémisphère. Ces phénomènes, PASA et HAROLD, montrent que chez la personne âgée, tout n'est pas déclin et que leur cerveau possède des propriétés de plasticité cérébrale (Daselaar & Cabeza, 2005; Grady, 2008).

_RÉORGANISATION CÉRÉBRALE À LA SUITE DE LA RÉADAPTATION

Si le cerveau possède des capacités de modification (plasticité), on devrait pouvoir obtenir une amélioration du fonctionnement cognitif chez des personnes âgées normales en utilisant des techniques de réadaptation cognitive. Ce postulat a été démontré par plusieurs recherches.

Ball et ses collègues (2002) ont montré que l'entraînement cognitif a été efficace durant les deux à trois ans après l'entraînement chez trois groupes de personnes âgées normales, chacun recevant

l'un des trois programmes spécifiques (mémoire, raisonnement, vitesse du traitement de l'information), et un groupe contrôle sans intervention. Par contre, le suivi à long terme a permis de montrer que les effets positifs de l'entraînement cognitif sur les habitudes de vie perduraient cinq ans sous la forme d'un déclin significativement moins accentué que chez le groupe n'ayant pas reçu d'intervention (Willis *et al.*, 2006). On découvrait donc non seulement son efficacité immédiate, mais également que la réadaptation cognitive aurait une propriété neuroprotectrice à travers les années.

Van Hooren et ses collègues (2007) ont adapté un protocole d'entraînement des fonctions exécutives (*goal management*) pour l'utiliser auprès de personnes âgées sans TCC présentant des plaintes en ce qui concerne des fonctions exécutives. Ils ont constaté une diminution de l'anxiété et un meilleur fonctionnement exécutif dans les activités quotidiennes chez les participants, comparativement à un groupe contrôle.

Stuss et ses collaborateurs (Stuss *et al.*, 2007; Craik *et al.*, 2007; Levine *et al.*, 2007; Winocur *et al.*, 2007) ont effectué un essai randomisé auprès de personnes âgées normales présentant de légères plaintes cognitives pour évaluer l'efficacité d'un

programme qui comportait trois modules d'entraînement : fonctions mnésiques, fonctions exécutives et habiletés psychosociales. L'impact favorable des interventions a été objectivé à travers des mesures de taille d'effet des changements évalués pour les trois types de fonctions entraînées. Les effets se sont maintenus six mois après la fin des interventions.

Belleville *et al.* (2006) ont développé un programme d'intervention pour la mémoire (MÉMO) (Gilbert *et al.* 2008) qu'ils ont évalué auprès de personnes âgées portant un diagnostic de trouble cognitif léger, condition dans laquelle les personnes âgées montrent des atteintes cognitives, principalement de la mémoire épisodique, dont l'ampleur et la sévérité ne sont pas suffisantes pour répondre aux critères de démence. Un impact significatif des interventions a été démontré sur différentes dimensions mnésiques et même sur des mesures du bien-être psychologique. En 2011, Belleville et son équipe ont démontré, à travers une étude utilisant l'IRMf, des changements dans l'organisation cérébrale chez des personnes ayant suivi le programme MEMO. Des zones cérébrales associées à la mémorisation (encodage) et à l'évocation (rappel) ainsi que de nouvelles régions cérébrales recrutées par l'entraînement cognitif étaient liées à un rendement significativement supérieur après le traitement.

Cohérence Cardiaque

formation professionnelle à l'intention des psychologues

La Cohérence Cardiaque a été popularisée par David Servan-Schreiber en tant que méthode simple pour gérer le stress. Le biofeedback par Cohérence Cardiaque est un outil puissant pour tous les intervenants professionnels. La formation spécifique « psychologues » présente les possibilités d'apprentissage, d'évaluation et d'accompagnement par un logiciel de Cohérence Cardiaque et l'enseignement d'une pratique personnelle simple et accessible à tous dans des indications cliniques débordant largement le stress.

contenu

Niveau 1 :

Démonstration de variabilité et de Cohérence Cardiaque, bases physiologiques, psychologiques et cliniques pour une pratique. Effets et applications cliniques. Apprentissage de la Cohérence Cardiaque avec et sans logiciel de soutien. Applications de base.

Niveau 2 :

Spectrogramme et spectre des émotions. Bases physiologiques et psychologiques des émotions dans l'équilibre étudiées par le spectrogramme. Protocoles de Cohérence Cardiaque de base et protocoles spécifiques. Mise en place pratique en consultation de psychologie. Cohérence Cardiaque interventionnelle, thérapeutique, individuelle et de groupe. Travaux pratiques avec logiciel : une demi-journée (familiarisation, exercices et jeux de rôle).



www.equilibios.com
info@equilibios.com
(514) 932-4744

FORMATION DE 2 JOURS :

Régulier : \$ 795.00 + Tx. / Réservation : \$745.00 + Tx. *

*paiement 2 semaines avant la date de la formation

Groupe maximum de 10 personnes

PROCHAINES DATES À MONTRÉAL

27 & 28 avril 2012 - 18 & 19 mai 2012

autres villes/dates sur demande

Logiciel professionnel inclus
dans le prix



Formateurs :

Dr David O'Hare, MD.
auteur, conférencier
Michel Chiarore
coach certifié
Formation endossée par
Louise Durocher, Ph. D.,
psychologue

Ces recherches démontrent que les programmes de réadaptation ajustés aux besoins de personnes âgées normales et présentant des neuropathologies peuvent aider ces personnes à améliorer leur fonctionnement cognitif tel qu'évalué selon différents points de vue : psychométrique, autoévaluation, bien-être psychologique et rendement dans les habitudes de vie. Ces résultats contredisent les croyances selon lesquelles les gens âgés ne sont pas de bons candidats à la réadaptation.

_UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION POUR DES PERSONNES AYANT SUBI UN TCC À UN ÂGE AVANCÉ

Au Québec, il y a une carence de programmes spécifiquement conçus pour les personnes qui ont subi un TCC en âge avancé. Nous effectuons actuellement une étude afin d'évaluer l'efficacité d'un nouveau programme de réadaptation cognitive façonné spécifiquement pour cette clientèle (Cisneros *et al.*, 2010). Ce programme, conçu pour être offert par un ou une neuropsychologue, vise à intervenir sur des fonctions cognitives perturbées tant lors du vieillissement normal que lors d'un TCC sur la base des revues des meilleures pratiques en intervention cognitive.

Un tel programme de réadaptation doit être multimodal pour tenir compte de la variabilité symptomatologique résultant d'un TCC et du déclin cognitif normal. Il doit offrir une pluralité d'exercices et d'activités afin de tenir compte de la grande variabilité interindividuelle. Il doit aussi considérer la présence de facteurs de risque et de facteurs neuroprotecteurs présents chez cette clientèle (risque vasculaire, isolement, dépression, etc.). Un tel programme de réadaptation doit également comporter des services médicaux ayant une bonne connaissance du TCC et du vieillissement ainsi que des services de nutritionniste pour réduire l'impact de maladies associées : hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète et autres. Un tel programme devrait aussi intégrer un sous-programme de conditionnement physique adapté aux conditions de la personne. Les programmes de réadaptation devraient s'approcher du milieu de vie des personnes.

En conclusion, les programmes de réadaptation actuels pour le TCC ont été conçus principalement pour des personnes adultes plus jeunes, avec comme but principal le retour au travail. Avec le vieillissement de la population, la nécessité d'adapter les programmes aux particularités du fonctionnement cognitif des personnes âgées et à leur réalité socioculturelle devient évidente. Souhaitons que les bienfaits de tels programmes contribuent à un changement dans les perceptions qu'ont plusieurs, dans notre société, de la personne âgée, dont la valeur et la contribution sociale doivent être reconnues et redéfinies.

_Références

- Ball, K., Berch, D.B., Helmers, K.F., Jobe, J.B., Leveck, M.D., Marsiske, M., Morris, J.N., Rebeck, G.W., et al., (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: A randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 13, 2271-2281.
- Barathan, G. & Dennyson, W. (1972). Delayed traumatic intracerebral haemorrhage. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 35, 698-706.
- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, É. & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: Evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22, 486-499.
- Cisneros, E., de Guise, É., Belleville, S. & McKerral, M. (2010). Le Programme d'enrichissement cognitif (PEC) : Une intervention adaptée aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral en âge avancé. *Journé annuelle de la recherche 2010 de la Division de Gériatrie de l'Université McGill*.
- Craik, F.I.M., Winocur, G., Palmer, H., Binns, M.A., Edwards, M., Bridges, K., Glazer, P., Chavannes, R., & Stuss, D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on memory. *Journal of the International neuropsychological society*, 13, 132-142.
- Daselaar, S. & Cabeza, R. Age-related changes in hemispheric organization (2005). In R. Cabeza, L. Nyberg & D. Park (Eds.), *Cognitive neuroscience of aging. Linking cognitive and cerebral aging*, (pp.325-353) New York: Oxford University Press.
- Fields, R.B. (1997) Geriatric head injury. En: P.D. Nussbaum (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging* (pp. 280-297). New York: Springer-Verlag.
- Flanagan, S.R., Hibbard, M.R., Riordan, B. & Gordon, W.A. (2006). Traumatic brain injury in the elderly: Diagnostic and treatment challenges. *Clinics in Geriatric Medicine*, 22(2), 449-468.
- Gilbert, B., Fontaine, F.S., Belleville, S., Gagnon, L. & Ménard, É. (2008). *Programme d'intervention cognitive pour les aînés. Programme MEMO. Méthode d'entraînement pour une mémoire optimale. Guide à l'intention des animateurs*. Centre de recherche. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Montréal.
- Grady, C.L. (2008). Cognitive neuroscience of aging. *Annals of the New York Academy of sciences*, 1124, 127-144.
- Langlois, J.A., Rutland-Brown, W., Thomas, K.E. (2006). Traumatic brain injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Levine, B., Stuss, D.T., Winocur, G., Binn, M.A., Fahy, L., Mandic, M., Bridges, K. & Robertson, I.H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behaviour in relation to goal management. *Journal of the International neuropsychological society*, 13, 120-131.
- Papp, K.V., Walsh, S.J. & Snyder, P.J. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions. *Alzheimer and Dementia*, 5, 50-60.
- Raz, N. (2005). The aging brain observed in vivo. Differential changes and their modifiers. En R. Cabeza, L. Nyberg & D. Park (Eds.), *Cognitive neuroscience of aging. Linking cognitive and cerebral aging*, (pp.19-57). New York: Oxford University Press.
- Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires. No. 91-520-XIF, 2005-2031, pp. 46, 58, 59, 64.
- Stuss, D.T., Robertson, I.H., Craik, F.I.M., Levine, B., Alexander, M.P., Black, S., Dawson, D., Binns, M.A., Palmer, H., Downey-Lamb, M. & Winocur, G. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: A randomized trial to evaluate a new protocol. *Journal of the International neuropsychological society*, 13, 120-131.
- Thompson, H., McCormick, W.C. & Kagan, S.H. (2006). Traumatic brain injury in older adults: Epidemiology, outcomes and future implications. *Journal of the American geriatric society*, 54(10), 1590-1595.
- Van Hooren, S.A.H., Valentijn, S.A.M., Bosma, H., Ponds, R.W.H.M., van Boxtel, M.P.J., Levine, B., Robertson, I. & Jolles, J. (2007). Effect of a structured course involving goal management training in adults: A randomised controlled trial. *Patient education and counselling*, 65, 205-213.
- Willis, S.L., Tennstedt, S.L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K.M. et al., (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal of the American medical association*, 296 (23), 2805-2814.
- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M.A., Bridges, K., & Stuss, D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors, *Journal of the International neuropsychological society*, 13, 153-165.

Les troubles du sommeil et la fatigue à la suite d'un traumatisme craniocérébral

Simon Beaulieu-Bonneau, M. Ps., neuropsychologue

Candidat au doctorat en psychologie, École de psychologie, Université Laval

Nadia Gosselin, Ph. D., neuropsychologue

Chercheure adjointe, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Chercheure, Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Les troubles du sommeil et la fatigue sont parmi les symptômes les plus persistants à la suite d'un traumatisme craniocérébral (TCC). En effet, les individus ayant subi un TCC rapportent de la fatigue, des difficultés d'endormissement, des difficultés à maintenir le sommeil, des éveils matinaux, des troubles respiratoires pendant le sommeil et le sentiment d'avoir un sommeil non réparateur. Plusieurs facteurs peuvent être la source des troubles de sommeil et de la fatigue à la suite d'un TCC, soit des lésions cérébrales, des symptômes de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, les changements dans les habitudes de vie, etc. L'importance du sommeil pour le fonctionnement cognitif, et plus particulièrement pour l'attention et la concentration, est bien connue : une nuit de moins bonne qualité affecte les capacités à se concentrer

la journée suivante. Le rôle du sommeil pour l'apprentissage et la plasticité cérébrale est également majeur. Ceci est important dans le contexte du TCC où la récupération est dépendante des capacités à se concentrer, des capacités d'apprentissage et de la plasticité cérébrale. De récentes études suggèrent que la thérapie cognitive-comportementale est applicable chez les personnes ayant subi un TCC malgré la présence de déficits cognitifs et de certaines particularités comportementales. Cette forme d'intervention semble avoir des effets bénéfiques non seulement sur le sommeil, mais aussi sur le bien-être général de ces patients (fatigue, détresse psychologique).

	Formation en Intégration du Cycle de la Vie	
	ICV : Une technique novatrice utilisée dans l'intervention auprès de personnes ayant souffert de traumatismes et/ou de négligence.	Formatrice :  Élise Castonguay, M.Ps., psychologue
	Formation de base : À Montréal, les 1^{er} et 2 juin 2012	
	Frais d'inscription (livre inclus) : Avant 1^{er} mai 2012 : 570 \$ / personne Après 1^{er} mai 2012 : 620 \$ / personne	
Pour information : www.integrationcyclevie.com 514 293-0628 ivc@videotron.ca		

Le trouble grave du comportement associé à une atteinte cérébrale

Marie-Claude Sévigny

Doctorante en psychologie, psychologue et coordonnatrice interdisciplinaire

D^{re} Geneviève Thibault, neuropsychologue

Programme pour les personnes présentant un trouble grave de comportement

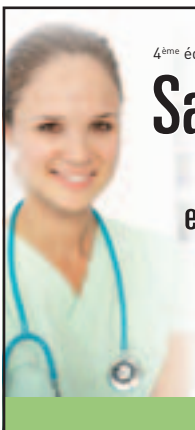
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Les personnes ayant subi une atteinte cérébrale voient leurs capacités d'adaptation sollicitées de plusieurs façons. Les incapacités cognitives ou neurocomportementales découlant de l'atteinte entrent alors en interaction avec les caractéristiques personnelles ainsi qu'avec d'éventuels changements dans l'entourage et l'environnement physique. C'est ce processus complexe qui peut expliquer la présence d'un trouble grave du comportement (TGC).

On parle d'un TGC lorsqu'un comportement problématique a, par sa fréquence, sa durée ou son intensité, un impact grave sur différentes sphères de la vie de la personne ou de son entourage. On mesure l'impact du comportement problématique sur les relations interpersonnelles, l'intégrité physique et psychologique, l'accès aux services et le niveau d'encadrement requis pour le réguler (Godbout *et al.*, 2009).

À long terme, le TGC peut nuire à l'intégration de la personne au travail et dans la communauté, à l'accès aux services de santé ainsi qu'à la qualité des relations interpersonnelles (Semrud-Clickerman, 2010). L'intervention auprès de la clientèle TGC vise donc à augmenter la participation sociale de la personne en diminuant l'impact des comportements problématiques.

La littérature scientifique soutient l'efficacité de l'approche de collaboration tant auprès des enfants que des adultes présentant des troubles du comportement découlant d'un traumatisme craniocérébral modéré à grave (Ylvisaker, Feeney & Jacobs, 2003). Cette approche se distingue des approches traditionnelles, puisqu'elle s'attarde aux antécédents des comportements plutôt qu'à leurs conséquences. Elle privilégie des stratégies pour contourner les limitations cognitives en misant sur une intervention constante et cohérente en contexte écologique, où l'utilisateur a un rôle décisionnel central.



4^{ème} édition
Salon Emploi
de la **santé**
et des services sociaux

PLUS DE 35 EXPOSANTS !
APPORTEZ PLUSIEURS
COPIES DE VOTRE CV !

Une carrière à votre mesure

Rencontrez des recruteurs pour un face-à-face professionnel ou simplement pour recueillir de l'information sur les établissements présents.

LES PSYCHOLOGUES SONT EN DEMANDE !
Ne ratez pas ce rendez-vous !

CHSLD | CSSS | CRDI
Centres hospitaliers universitaires
Agences de recrutement
spécialisées en santé

Mardi 3 avril
12h à 19h
Mercredi 4 avril
10h à 17h

2012

Palais des congrès
de Montréal

ENTRÉE GRATUITE

 PLACE-D'ARMES

Les lésions cérébrales précoces : plasticité ou vulnérabilité?



D^{re} Miriam H. Beauchamp / Neuropsychologue

D^{re} Miriam H. Beauchamp est professeure adjointe au Département de psychologie de l'Université de Montréal où elle dirige le Laboratoire de neuropsychologie développementale ABCs. Elle est également chercheure au Centre de recherche de l'Hôpital Ste-Justine et professeure associée au Département de neurologie et neurochirurgie de l'Université McGill. Ses travaux de recherche visent à mieux comprendre les substrats environnementaux, cognitifs et neuronaux des habiletés sociales chez les enfants et adolescents.



Jenny Bellerose

Jenny Bellerose est candidate au doctorat recherche/intervention en neuropsychologie à l'Université de Montréal. Sous la direction de D^{re} Miriam Beauchamp, elle effectue son projet de recherche sur l'impact d'un traumatisme cérébrocrânien sur les habiletés sociocognitives chez les enfants et les adolescents.



Vincent Chiasson

Vincent Chiasson est étudiant en psychologie à l'Université de Montréal et assistant de recherche au Laboratoire ABCs. Il entreprendra des études doctorales en neuropsychologie clinique en 2012. Il s'intéresse aux lésions cérébrales précoces et aux substrats neuronaux qui sous-tendent le langage et la cognition sociale.

La dernière décennie a changé notre vision de l'impact d'un traumatisme cérébrocrânien (TCC) en bas âge en réfutant plusieurs notions qui semblaient pourtant bien ancrées dans les communautés scientifique et médicale. Bien que parfois subtiles, les lésions cérébrales engendrées par un TCC précoce ont un impact beaucoup plus important sur le développement, contrairement à ce que nous avons longtemps cru. La venue de nouvelles méthodes à la fine pointe de la technologie telles que la neuro-imagerie ainsi que l'émergence de nouveaux domaines d'études interdisciplinaires comme les neurosciences sociales ont permis de raffiner nos connaissances en ce qui a trait aux impacts du TCC durant l'enfance. Grâce à ces avancées, nous commençons à explorer les conséquences d'un TCC sur les habiletés sociocognitives, un aspect négligé jusqu'à tout récemment.

_ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

Malgré les diverses caractéristiques utilisées pour décrire un TCC de différents niveaux de sévérité, il est généralement accepté que celui-ci se définit comme étant un dommage au cerveau à la suite d'une force mécanique externe. Une certitude demeure : le TCC est la cause la plus fréquente de mortalité et de morbidité chez les enfants à travers le monde. Même les blessures cérébrales dites « mineures » (ex. : les commotions cérébrales) constituent un problème d'une magnitude importante. À preuve, les organismes provinciaux et internationaux ont récemment émis des recommandations quant à l'urgence d'améliorer nos approches d'évaluation

et de gestion des conséquences qui en découlent. Les TCC légers ont d'ailleurs été qualifiés « d'épidémie silencieuse » et de « problème sérieux de la santé publique » (Congeni, 2009). Le besoin d'approfondir nos connaissances à ce sujet est d'autant plus important que des données épidémiologiques récentes indiquent que le risque de TCC est extrêmement élevé chez les enfants de cinq ans et moins.

_PLASTICITÉ VS VULNÉRABILITÉ

Une lésion cérébrale acquise à un si jeune âge est particulièrement redoutable, puisqu'elle est susceptible de perturber le délicat équilibre entre le développement neuronal et cognitif, et d'entraver du même coup l'acquisition d'habiletés sociales. Le cerveau en pleine maturation s'avère plus vulnérable aux effets d'un TCC, car il existe en bas âge des périodes critiques pour le développement des fonctions cognitives. Une atteinte cérébrale lors d'une de ces périodes décisives pourrait modifier de manière permanente le développement des habiletés cognitives et sociales. La survenue d'une lésion cérébrale en bas âge influence de manière importante la morbidité étant donné la pathophysiologie spécifique associée à une blessure au cerveau immature ainsi que les changements biochimiques, moléculaires et cellulaires uniques induits par celle-ci chez le jeune enfant (Kochanek, 2006). De plus, durant la petite enfance, des facteurs structurels tels que la flexibilité des os crâniens réduit le risque de dommages focaux et permet à la boîte crânienne de mieux absorber le choc. Toutefois, l'écart relatif entre la grosseur de la tête et du cou augmente le risque de dommages diffus, puisque le petit cou fragile de l'enfant ne peut atténuer la force mécanique appliquée à la tête (Noppens & Brambrink, 2004).

En effet, la recherche nous indique que, contrairement à la notion traditionnelle selon laquelle le jeune cerveau est flexible et capable de se réorganiser à la suite d'une blessure (théorie de la plasticité), les lésions cérébrales *précoces* ont de pires conséquences sur le développement de l'enfant. Cette vulnérabilité accrue du jeune cerveau est attribuable au fait que les fonctions cognitives qui entrent en jeu durant les cinq premières années de vie dépendent de manière critique de l'intégrité de certaines structures du cerveau à des stades développementaux clés (théorie de la vulnérabilité) (Anderson, Catroppa, Morse, Haritou, & Rosenfeld, 2005). Étant donné que les jeunes enfants ont un petit répertoire d'acquis, un TCC perturbe leur développement normal, ce qui culmine en des difficultés croissantes et compromet le développement d'habiletés subséquentes. Afin d'adopter une vision holistique de l'impact de la blessure cérébrale sur le fonctionnement de l'enfant, il importe de considérer l'interaction entre celle-ci et le développement de l'enfant. Cette interaction fait en sorte qu'il est difficile de prédire de façon précise les difficultés à la suite d'un TCC et d'établir un pronostic spécifique de chaque enfant. Cependant, plusieurs études récentes démontrent clairement qu'un TCC en bas âge entraîne d'importantes difficultés cognitives, comportementales et sociales.

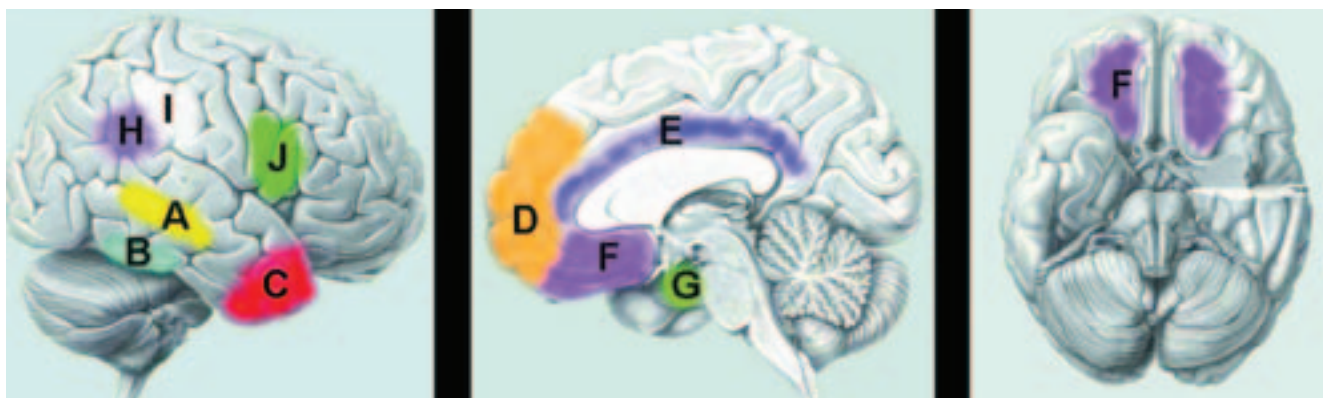
_DÉFICITS COGNITIFS

Sur le plan cognitif, les recherches font état de plusieurs difficultés en lien avec l'attention, les fonctions exécutives et la mémoire à la suite d'un TCC sévère en bas âge (ex. : Catroppa, Anderson, Morse, Haritou & Rosenfeld, 2007). Bien que certaines difficultés soient transitoires, plusieurs persistent dans le temps, surtout chez les enfants d'âge préscolaire. De plus, ces déficits sont amplifiés lorsque l'enfant grandit et qu'il est assujéti à plus d'exigences et de responsabilités dans les sphères scolaire et sociale de la vie. Bien que l'on croyait autrefois qu'un TCC léger n'avait pas de conséquences graves ou persistantes sur la cognition, de plus en plus d'études mettent en évidence des difficultés persistantes sur le plan cognitif (ex. : attention, mémoire),

émotionnel (ex. : irritabilité, anxiété), somatique (ex. : maux de tête, problèmes de sommeil) et psychosocial à la suite d'un TCC léger (ex. : Yeates *et al.*, 2009). Ces résultats sont d'autant plus préoccupants lorsqu'on constate que 90 % des TCC recensés sont légers (Marcotte & Gadoury, 2006).

_DIFFICULTÉS SOCIALES ET COMPORTEMENTALES

L'émergence des habiletés sociales est une étape développementale importante de la petite enfance caractérisée par l'apparition des habiletés de communication sociale vers l'âge de deux ans et l'établissement d'interactions sociales significatives avec les parents. À cet égard, il a été démontré que les enfants ayant subi un TCC éprouvent des difficultés sociales importantes. Parmi celles-ci, on dénote un risque accru de s'engager dans des relations sociales inappropriées et des manquements aux règles sociales, ce qui les met à risque de développer des comportements socialement inadéquats. Selon de récentes études, ces problèmes sociaux seraient les séquelles les plus persistantes et incommodes à la suite d'un TCC en bas âge (Beauchamp, Dooley, & Anderson, 2010). Cependant, ces difficultés n'apparaissent pas en phase aiguë, mais surviennent plutôt lorsque l'enfant reprend sa vie à la maison, retourne à l'école et réintègre son réseau social. C'est seulement à ce moment que les compétences sociales sont mises à l'épreuve par les exigences inhérentes à la vie quotidienne. À l'appui, plusieurs études mettent en évidence des problèmes de conduite et de comportement, un manque d'empathie et de raisonnement moral ainsi que des déficits socioaffectifs et de résolution de problèmes sociaux à la suite d'un TCC à la petite enfance. De plus, ces enfants éprouvent de la difficulté à entretenir des relations amicales et intimes. Ils sont perçus comme étant socialement moins compétents, plus isolés et plus agressifs (Andrews, Rose, & Johnson, 1998). Ces difficultés sociales entraînent à leur tour des problèmes psychologiques, comme l'anxiété, la dépression, l'isolement social et une diminution globale de la qualité de la vie.



Représentation schématisée des régions qui contribuent au « cerveau social » :

A) sulcus temporal supérieur; B) gyrus fusiforme; C) pôle temporal; D) cortex préfrontal et pôle frontal; E) cortex cingulaire; F) cortex orbitofrontal; G) amygdale; H) jonction temporopariétale; I) cortex pariétal inférieur; J) cortex frontal inférieur; insula (pas représenté).

_FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

L'approche biopsychosociale souligne l'importance de considérer des facteurs médiateurs environnementaux et médicaux lorsqu'il est question du fonctionnement post-TCC. La sévérité de la blessure, la présence de problèmes comportementaux prémorbides, les ressources familiales et le statut socioéconomique sont généralement associés au fonctionnement post-TCC. Ainsi, le devenir de l'enfant qui subit un TCC est difficile à prédire et n'est pas simplement déterminé par sa performance à des épreuves cognitives en phase aiguë ou chronique, mais bien par une interaction complexe entre ces performances et les facteurs environnementaux et médicaux.

_COGNITION SOCIALE : MÉTHODES D'INVESTIGATION ET OUTILS D'ÉVALUATION

De récentes études en neuro-imagerie démontrent que plusieurs des régions cérébrales particulièrement vulnérables aux effets d'un TCC en bas âge, telles que les régions frontales, les pôles temporaux, la jonction temporo-pariétale et le sulcus temporal supérieur, sont également associées aux habiletés sociocognitives fondamentales. Ces régions impliquées dans la cognition sociale font partie d'un réseau neuronal que nous appelons « cerveau social » (Yeates *et al.*, 2007). Étant donné les répercussions d'un TCC sur le cerveau immature, il apparaît impératif d'évaluer le fonctionnement social à la suite de la lésion afin de pouvoir identifier les difficultés et d'être en mesure d'y remédier en réadaptation avant que l'enfant réintègre les différentes sphères de sa vie. Cependant, il existe à l'heure actuelle peu d'outils standardisés pour évaluer et identifier les problèmes sociaux, puisque ce champ de recherche clinique est en pleine expansion. L'ajout d'une tâche de perception sociale à la batterie d'évaluation standardisée pour enfants « NEPSY » témoigne toutefois de la reconnaissance croissante que des mesures des processus sociocognitifs doivent être abordées lors de l'évaluation neuropsychologique. Tant en recherche qu'en clinique, une approche biopsychosociale et développementale doit être privilégiée afin de cerner les multiples influences biologiques, cognitives et psychologiques qui sous-tendent le développement des compétences sociales et les facteurs qui peuvent entraîner des difficultés à cet égard (Beauchamp & Anderson, 2010). Dans cette optique, le milieu de la recherche (dont le Laboratoire ABCs) s'affaire au développement d'outils de mesure destinés à l'évaluation scientifique et clinique des habiletés sociocognitives telles que le raisonnement sociomoral, la théorie de l'esprit, l'empathie, l'attribution d'intentions, etc. De plus, plusieurs études visant à évaluer les compétences sociocognitives des enfants ayant subi un TCC sont en cours.

_AVENIR DU TCC ET SA GESTION EN MILIEU CLINIQUE

L'adoption d'une vision holistique s'impose afin de comprendre de façon optimale l'impact d'un TCC sur les multiples sphères de développement de l'enfant. Le milieu de la psychologie est de plus en plus sensibilisé aux impacts d'un TCC sur la cognition sociale et commence à reconnaître le besoin flagrant d'évaluer ces processus sociocognitifs. Les chercheurs et les cliniciens doivent donc travailler de pair afin de mettre au point des outils pour évaluer les compétences sociales. La neuro-imagerie est une autre avenue de recherche qui promet d'accroître notre compréhension des TCC. Elle a d'ailleurs déjà permis de déceler la présence de subtiles anomalies structurelles et fonctionnelles chez les individus ayant subi un TCC léger, réfutant la croyance traditionnelle qu'une « commotion cérébrale » n'induit pas d'altérations cérébrales. La neuro-imagerie permettra ultimement de raffiner nos connaissances du réseau neuronal social et de repérer les sous-réseaux spécifiques de chaque composante de la cognition sociale. Avec l'avancée des méthodes d'investigation, le développement d'outil d'évaluation et l'intérêt grandissant porté au TCC, il y a fort à parier que notre connaissance des atteintes sociocognitives consécutives à un TCC connaîtra une croissance rapide dans les années à venir.

Références

- Anderson, V., Catroppa, C., Morse, S., Haritou, F., & Rosenfeld, J. (2005). Functional plasticity or vulnerability after early brain injury? *Pediatrics*, 116(6), 1374-1382.
- Andrews, T. K., Rose, F. D., & Johnson, D. A. (1998). Social and behavioural effects of traumatic brain injury in children. *Brain Injury*, 12(2), 133-138.
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39-64.
- Beauchamp, M. H., Dooley, J. J., & Anderson, V. (2010). Adult outcomes of pediatric traumatic brain injury. In J. Donders & S. Hunter (Eds.), *Principle and Practice of Lifespan Developmental Neuropsychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Catroppa, C., Anderson, V. A., Morse, S. A., Haritou, F., & Rosenfeld, J. V. (2007). Children's attentional skills 5 years post-TBI. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), 354-369.
- Congen, J. (2009). Management of the adolescent concussion victim. *Adolescent Medicine*, 20(1), 41-56.
- Kochanek, P. M. (2006). Pediatric traumatic brain injury: quo vadis? *Developmental Neuroscience*, 28(4-5), 244-255.
- Marcotte, A.-C., & Gadoury, M. (2006). Orientations ministérielles pour le traumatisme crânio-cérébral léger, 2005-2010, from collections.banq.qc.ca/ark:/52327/54926
- Noppens, R., & Brambrink, A. M. (2004). Traumatic brain injury in children--clinical implications. *Experimental and Toxicologic Pathology*, 56(1-2), 113-125.
- Yeates, K. O., Bigler, E. D., Dennis, M., Gerhardt, C. A., Rubin, K. H., Stancin, T., et al. (2007). Social outcomes in childhood brain disorder: a heuristic integration of social neuroscience and developmental psychology. *Psychological Bulletin*, 133(3), 535-556.
- Yeates, K. O., Taylor, H. G., Rusin, J., Bangert, B., Dietrich, A., Nuss, K., et al. (2009). Longitudinal trajectories of postconcussive symptoms in children with mild traumatic brain injuries and their relationship to acute clinical status. *Pediatrics*, 123(3), 735-743.
- Walz, N. C., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Stancin, T., & Wade, S. L. (2009). First-order theory of mind skills shortly after traumatic brain injury in 3- to 5-year-old children. *Developmental Neuropsychology*, 34(4), 507-519.

> En bref

NOUVEAU FORMULAIRE DE DEMANDE DE VIGNETTE DE STATIONNEMENT POUR PERSONNE HANDICAPÉE

Le Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) a informé l'Ordre de la modification de deux formulaires utilisés par ses membres. Les formulaires de *Demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées* et de *Réévaluation de la situation de handicap* ont fait l'objet de changements.

Le nouveau formulaire de demande de vignette est disponible au saaq.gouv.qc.ca et dans les points de service de la SAAQ. Notez que la SAAQ vous demande aussi de détruire, s'il y a lieu, les versions précédentes du formulaire qui seraient présentement en votre possession.

Enfin, on nous avise aussi que les frais exigés pour obtenir une vignette ont été augmentés, ce qui en porte le montant à 15,60 \$ depuis le 1^{er} janvier dernier.

> En bref

LES 25 ANS DE SERVICES DE LOUISE OOSTDYKE SOULIGNÉS

Madame Louise Oostdyke, agente à la qualité et au développement de la pratique, complétait l'automne dernier sa 25^e année de travail à l'Ordre des psychologues du Québec. L'équipe de la permanence a souligné son importante contribution lors du dîner de Noël, où un pendentif lui a été offert. Sont présents sur la photo : M^{me} Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre, M^{me} Louise Oostdyke et M. Pierre Desjardins, directeur de la qualité et du développement de la pratique. Toutes nos félicitations à M^{me} Oostdyke et souhaitons qu'elle reste parmi nous encore très longtemps!



FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Intégration et utilisation de l'hypnose clinique en psychothérapie

Avec **Michel Landry**, psychologue

FORMATION INTERMÉDIAIRE - 17 ET 18 MARS 2012
À MONTRÉAL

Ce perfectionnement poursuit l'étude et l'apprentissage de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique, en particulier, dans son intégration et son utilisation en psychothérapie.

Résolution de deuils en hypnose

Avec **Paule Mongeau**, psychologue

FORMATION AVANCÉE - 20 ET 21 AVRIL 2012
À MONTRÉAL

Les participants apprendront à utiliser le bagage imaginaire en technique d'hypnose afin d'optimiser les étapes de résolution de deuils. Historique de l'utilisation de la technique d'imagerie en psychothérapie, apport de modèles d'intervention et pratique.

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

Visitez notre site : **www.sqh.info**

Renseignements : **514 990-1205**

Activités régionales et des regroupements

ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA RÉGION SAGUENAY/LAC-SAINT-JEAN

Le comité de formation continue de la région Saguenay/Lac-Saint-Jean invite les psychologues de la région à trois activités.

La première activité est une conférence publique donnée par M^{me} Jacynthe Dion, psychologue et professeur à l'UQAC, et qui aura pour thème *L'impact de la violence et de la négligence sur les enfants*. Cette conférence aura lieu le jeudi 22 mars 2012, à compter de 19 h, à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay. Cette conférence est offerte gratuitement à toute la population.

Le lendemain, 23 mars 2012, M^{me} Dion offre également aux psychologues de la région une formation ayant pour thème *Les interventions auprès des enfants abusés, violentés et négligés*. Cette formation aura lieu de 8 h 30 à 16 h 30, toujours à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay.

La troisième activité est une journée de formation offerte aux psychologues par M. Sébastien Bouchard, psychologue, et qui aura pour thème *Le traitement des personnes présentant des troubles de la personnalité : l'impact des premières entrevues sur la suite de la psychothérapie*. Cette formation aura lieu le jeudi 26 avril 2012, de 8 h 30 à 16 h 30, à l'Hôtel Universel à Alma.

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales au Saguenay/Lac-Saint-Jean, consultez la page Web suivante : www.ordrepsy.qc.ca/region02.

ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

La troisième formation de l'année du Regroupement des psychologues en programme d'aide aux employés (RPPAE) se tiendra le vendredi 23 mars 2012. ACT 2 ou *Thérapie de l'acceptation et de l'engagement, partie 2* sera présentée par le Dr Pierre Cousineau, psychologue et formateur, et fait suite à la présentation de mars 2011 intitulée *Le piège du bonheur*.

Consultez le site Web du RPPAE au www.rppae.ca pour plus de détails.

ACTIVITÉS DE FORMATION DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

Le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) invite tous les psychologues, membres et non-membres, à participer à deux activités.

La première de ces activités, qui aura lieu le 23 mars 2012, de 8 h 30 à 16 h 15, est une formation ayant comme thème *Troubles d'attachement chez l'enfant : Interventions parentales*. Elle sera donnée par Dr Michel Lemay, Ph. D., pédopsychiatre. Cette formation aura lieu à l'Hôtel Classique, au 2815, boulevard Laurier, à Québec.

La deuxième activité consiste au tout premier colloque du RPCCQ. Celui-ci aura lieu les 25 et 26 mai prochain, à l'Hôtel Delta-Québec, au 690, boulevard René-Lévesque Est, à Québec. En plus de souligner le 20^e anniversaire du regroupement, ce colloque présentera des activités de formation autour du thème *Évaluation et traitements des troubles de personnalité complexes et des troubles de l'humeur*.

Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire à l'une ou l'autre de ces activités, consultez le site Web du RPCCQ au www.rpccq.net.

ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) propose différentes activités de formation dans quatre régions du Québec.

D'abord, dans la région de l'Estrie, un souper-conférence ayant pour thème *Diversité et culture : l'aventure du Cirque du Soleil*, aura lieu le 11 avril 2012, de 17 h 30 à 20 h 30, à la Bibliothèque municipale Éva-Senécal, au 450, rue Marquette, à Sherbrooke.

Ensuite, en Outaouais, deux conférences sont organisées. La première aura lieu le 13 avril 2012 et aura pour thème *Les enjeux du facteur humain dans la gestion des équipes de projet*. La deuxième aura lieu le 25 mai 2012 et aura pour thème *Retourner au travail à la suite d'une lésion psychologique reliée au travail : comment assurer le succès de la réintégration et éviter les rechutes?* Ces deux activités se tiendront de 13 h 30 à 16 h 30, au Pavillon Alexandre-Taché de l'Université du Québec en Outaouais, au 283, boulevard Alexandre-Taché, à Gatineau.

Puis, à Montréal, un souper-conférence intitulé *Jusqu'à quel point votre personnalité explique votre efficacité en consultation? Ce que la recherche en dit et les implications pratiques qu'on peut en retirer* aura lieu le 18 avril 2012, de 17 h 30 à 20 h 30, au Holiday Inn Montréal-Midtown, 420, rue Sherbrooke Ouest, à Montréal.

Ensuite, à Québec, une journée de formation en deux parties est organisée. La première partie a pour titre *La crédibilité des jeunes leaders*, alors que la deuxième partie s'intitule *Le legs professionnel : un bouclage intergénérationnel optimisant le transfert d'expertises*. Cette journée de formation aura lieu le 20 avril 2012, de 9 h à 16 h, à l'Hôtel Québec, au 3115, avenue des Hôtels, à Québec.

Enfin, la SQPTO vous invite à réserver les dates du 17 et du 18 mai prochain afin de participer au Colloque annuel de la SQPTO qui aura lieu au Holiday-Inn Montréal-Midtown, à Montréal.

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

ACTIVITÉ DE FORMATION DANS LA RÉGION DE L'ESTRIE

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

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

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

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

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Association au 514 247-3127.

Tableau des membres

_NOUVEAUX MEMBRES

Bélanger, Marie-Eve

Bergeron, Lina

Bonnel, Anna

Brière, Marie-Eve

Campeau, Maude

Chouinard, Andrée-Anne

Conrod, Patricia

Dallaire, Elisabeth

Darques, Laureline

Désy, Marie-Christine

Dostie, Valérie

Doucet, Martin

Drolet, Marie-Eve

Dupuis, Réjeanne

Ferland, Danielle

Fortin, Marie-Eve

Garneau, Marie-France

Giffard-Boily, Tania

Gilbert, Geneviève

Harvey, Simon-Pierre

Kerner, Emily

Lambrinos, Angela

Madriz, Kaisorak

Mann, Luanne

Marchal, Stéphanie

Morin, Julie

Payer, Mylène

Pelletier, Isabelle

Perrault, Annie-Claude

Pérusse-Cavanagh,
Anne-Catherine

Pierret, Coline

Raymond, Carole

Roy, Sylvain

Savion-Lemieux, Tal

Schoendorff, Benjamin

Sounan, Charles

St-Denis, Vickie

Taillon, Annie

Tremblay, Natasha

Tzokova, Vessela

Verreault, Mélissa

_DÉCÈS

Deschênes, Jean-Pierre

Tremblay, Louise

(04144-85)



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE

AVIS est par la présente donné que **Madame Sandy-Lee Ward**, permis numéro 09107-01, ayant exercé sa profession à Sherbrooke, a été déclarée coupable par le conseil de discipline, à savoir :

1. Entre les mois de septembre et décembre 2008, dans le cadre d'un travail de supervision auprès d'une stagiaire en psychologie et directement auprès de la cliente, la psychologue n'a pas respecté les principes scientifiques et professionnels généralement reconnus en acceptant de recevoir à sa résidence sa cliente en vue de l'héberger, risquant d'affecter la qualité des services professionnels à rendre, alors qu'elle connaissait aussi les personnes avec qui cette cliente était en litige.
2. En décembre 2008, alors qu'elle hébergeait une cliente, après avoir été la superviseuse de la stagiaire qui est intervenue auprès de cette cliente et après s'être impliquée elle-même comme psychologue, en vue de l'aider, la psychologue n'a pas eu une conduite irréprochable en s'immisçant dans les affaires personnelles de la cliente et en s'impliquant avec cette dernière dans les activités de magasinage.

Dans sa décision sur sanction rendue le 8 décembre 2011 et signifiée à l'intimée le 13 décembre 2011, le conseil de discipline a condamné l'intimée à une amende de 1 000 \$, ainsi qu'à deux radiations temporaires d'une (1) semaine au chef 1 pour avoir contrevenu respectivement aux articles 5, 26 et 31 du *Code de déontologie des psychologues* et à une amende de 1 000\$, ainsi qu'à deux réprimandes au chef 2 pour avoir contrevenu respectivement aux articles 4, 7 et 25 du *Code de déontologie des psychologues*. Le conseil a ordonné que les périodes de radiation soient purgées concurremment. Le conseil a recommandé au Conseil d'administration de l'Ordre d'obliger l'intimée à suivre et réussir le cours de déontologie offert par l'Ordre des psychologues du Québec et de l'obliger à se soumettre à une supervision dont les objectifs ont été décrits dans la décision. Le conseil a également ordonné qu'un avis de cette décision soit publié dans un journal circulant dans le lieu où l'intimée a son domicile professionnel. Le conseil a condamné les parties à se partager les frais de publication de l'avis de la décision, ainsi que les déboursés du dossier.

Avis est donc donné que **Madame Sandy-Lee Ward** est radiée du Tableau de l'Ordre pour une période d'une (1) semaine à compter du 13 janvier 2012.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du *Code des professions*.
Ville Mont-Royal, ce 25 janvier 2011

M^{re} Édith Lorquet

Secrétaire du conseil de discipline

Service d'intervention d'urgence pour les psychologues

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

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

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

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bureaux à louer, à l'heure, pour psychologues. 1497, boul. Saint-Joseph Est, Montréal, métro Laurier. Références possibles. Pour plus de renseignements, communiquez avec Nicole de Lorimier au 514 522-4535 ou par courriel à delorimier.nicole@ccpeweb.ca.

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

Sous-location – Vieux Saint-Lambert. Bureau propice à l'intervention auprès des enfants. Clinique multidisciplinaire rénovée. Vaste bureau avec grande fenêtre, insonorisé, climatisé, salle d'attente, cuisinette. Disponible le mardi et le vendredi (idéalement sous-location pour les 2 jours). Geneviève Marcotte, psychologue : 450 761-0777, genevieve.marcotte@cliniqueargyle.com.

Rosemère – Bureau à louer. Insonorisé, meublé, climatisé, salle d'attente, stationnement. Temps plein ou journées. Renseignements : 450 621-3305.

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

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

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

Chemin Sainte-Foy, près de Duplessis. Bureau à partager, disponible vendredi, samedi, dimanche, lundi, jour et soir. Meublé, climatisé, salle d'attente, entrée sécurisée, stationnement, 190 \$ mensuel. 418 659-7046, 418 304-0981.

Bureaux à louer. Clinique de psychologie dans édifice professionnel située rue Beaubien, coin Langelier. Meublés, décorés, calmes, climatisés, stationnement privé, Internet. Plusieurs modalités locatives. 514 903-4420.

Psychologue-Montreal.ca. Bureaux disponibles jour/soir, climatisé, insonorisé, WiFi. Métro Fabre. André Surprenant : 514 892-4052

Sous-location à Candiac, possibilité de références ainsi que de partage d'outils d'évaluation et d'intervention, clientèle enfants, adolescents, adultes (jeunesse privilégiée). 514 703-7793.

Métro Laurier. Équipe dynamique recherche personne pour partager vaste bureau ensoleillé, bien décoré et insonorisé. Espaces communs inclus. Disponible du lundi au jeudi. 514 524-5999.

Laval – Bureaux meublés et climatisés à louer. Près des autoroutes, différentes modalités de location, prix compétitifs. 514 502-4381, info@cliniquelaval.com, www.cliniquelaval.com (consultez l'onglet Bureaux).

Superbe bureau à partager. Meublé, très ensoleillé. Situé près de l'Université Laval. Blocs d'heures ou taux fixe à la semaine/mois. 418 456-5235.

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

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

Bureau à louer. Édifice à bureaux de 11 étages, coin Sherbrooke et De Lorimier. Salle d'attente, climatisé, service de sécurité, tranquillité, insonorisé. Restaurant, pharmacie. Roger Bronsard : 514 523-8771.

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

Beau bureau meublé à partager – Centre-ville de Montréal. Équipé d'une salle d'attente. Occupation flexible. Métro Champ-de-Mars. Communiquer avec Caroline : 514 688-3780, cdouret@gmail.com.

Bureau à louer – Ahuntsic (Promenade Fleury). Temps plein ou partiel, meublé ou non, grandes fenêtres, insonorisé, climatisé, salle d'attente. Renseignements : 514 384-2255, npesant_psy@bell.net

Longueuil – Bureaux à louer. Situés près de plusieurs artères principales. Insonorisés, climatisés, entièrement rénovés, Internet sans fil, messagerie vocale, fax-imprimante, cuisinette, salle d'attente. Possibilités de références. Modalités de location aux blocs d'heures ou à la journée. 450 670-5905.

Bureau prestigieux à louer dans une clinique intégrative. Temps plein/partiel. Près du métro Vendôme. Les bureaux sont meublés ou non meublés, climatisés, insonorisés, très fenestres, et la clinique est équipée d'une salle d'attente et cuisinette. Situé dans un immeuble sécuritaire. Service de télécopie et Internet inclus. Dr Bitz : 514 999-2482.

Bureau à partager, boulevard Saint-Joseph, métro Laurier. Salle d'attente et cuisine. Disponible vendredi, samedi et quelques autres plages horaires. Renseignements : 514 277-8763.

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

Westmount – Sous-location. Disponible jeudi, vendredi et/ou samedi. Ambiance très professionnelle. Clair et bien meublé. Photos disponibles. jnblack@videotron.ca ou 514 488-6208.

Métro Laurier – Bureau à louer. Meublé, tout inclus. Occupation flexible. Prix avantageux. Renseignements : 514 251-1271.

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

Grand bureau « zen » à partager. Salle d'attente et cuisinette. Libre les vendredis. 115 \$ par mois tout compris. 514 576-7171.

Bureau à louer à Longueuil. Secteur Vieux-Longueuil, pour pratique autonome. Bureau ensoleillé, tranquille, climatisé avec salle d'attente et stationnement. Lise Le Pailleur : 450 463-5552, poste 1.

À partager – Bureau attrayant, près du métro Guy et d'arrêts d'autobus. Libre 2 jours par semaine. S'adresser au 514 862-4021 ou au 514 484-1614.

Métro Jarry – Édifice professionnel. Bureau aménagé, sobre, insonorisé, tout inclus, Internet. Location en soirée. Lundi, mardi, jeudi disponibles. Prix compétitif. 514 382-2571, poste 26; brassardnathalie@sympatico.ca.

Bureaux luxueux à louer – Coin Laurier/Saint-Laurent. Nouvellement rénové, bien insonorisé et meublé. Différentes modalités de location possibles. Loyer inclus : Wi-Fi, téléphone, télécopieur, photocopieur, salle d'attente, cuisine, A/C, entretien ménage et possibilité de références. Équipe multidisciplinaire dynamique. S.v.p., communiquez avec Isabelle Lajoie, psychologue, au 514 800-8324, poste 301. Cliniquetdah.com.

Voisin du métro Henri-Bourassa – Bureau chaleureux, astucieusement aménagé, permet polyvalence étonnante (entrevues, groupes, causeries, réunions d'équipe). 514 607-7511.

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

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

Bureau à sous-louer. Salle d'attente, plusieurs disponibilités, grande fenêtre, à 2 pas du métro Sherbrooke. 514 217-9222, 514 577-7070.

Longueuil, à proximité du tunnel Louis-H.-Lafontaine. Bureau à sous-louer, blocs d'heures ou à la journée. Idéal pour jeunes professionnels. Références disponibles au besoin. 514 602-0302.

Bureau à louer dans une clinique de psychologie sur le boulevard Saint-Joseph Est, Montréal. Immeuble neuf avec locaux insonorisés, climatisés, très éclairés, bien aménagés. Bonne accessibilité par transport en commun et stationnement facile. Diverses modalités de location disponibles. Tarifs avantageux pour professionnels en début de carrière. Renseignements : 514 288-2082.

Bureaux à louer – Laval. Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublés, spacieux, bien fenestrés. Salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Clientèle adulte. Au bloc, à la

journée ou à forfait. Visitez notre site web au <http://allardcadieux.ca> ou appelez au 450 663-7222.

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

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

Recherchons psychologues adhérant à des valeurs communautaires. Clinique de psychothérapie à Sainte-Thérèse. 25 \$/entrevue. Visitez www.rssoleillevant.org. Renseignements ou C.V. : infocp@bellnet.ca.

Rive-Sud de Montréal – La Clinique Churchill, dédiée aux troubles d'apprentissage et innovatrice dans l'utilisation des technologies, recherche un-e neuropsychologue pédiatrique passionné-e par la rééducation et soucieux-se d'excellence pour joindre une équipe interdisciplinaire. Nous offrons des conditions optimales de pratique (clientèle, Wi-Fi, secrétariat, matériel, etc.). www.cliniquechurchill.com ou Catherine Dumont au 450 812-1300.

Recherche psychologues avec expertise auprès d'enfants ayant des troubles complexes du développement pour travailler en bureau privé. Plusieurs possibilités peuvent s'offrir. Renseignements : 514 574-7216.

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

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

Psychologue consultant-e recherché-e (poste à temps partiel d'environ 15 heures). L'équipe de la clinique BACA est à la recherche d'un-e psychologue intéressé-e à intervenir et développer une expertise auprès d'une clientèle souffrant d'un trouble des conduites alimentaires et qui souhaite travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire chaleureuse et dynamique. Nos bureaux sont situés au centre-ville de Montréal. La clientèle est fournie et notre réceptionniste facilite le travail des intervenants. Différents blocs horaires sont disponibles de jour, de soir et les fins de semaine. Pour plus de renseignements, consultez la description détaillée au www.cliniquebaca.com ou communiquez avec Julie Landreville : 514 544-2323.

Psychologues recherchés. Service populaire de psychothérapie à Laval. Supervision offerte. Plusieurs autres avantages (25 \$ l'intervue). Envoyez votre CV au spp@cooptel.qc.ca. Consultez l'offre complète au www.spp-laval.qc.ca.

Bienvenue aux jeunes psychologues membres de l'OPQ. Travailleur autonome. Bonnes conditions de travail. Clinique Multidisciplinaire de Brossard : www.clinique-cmb.com, cmdb@live.ca. Vincent S. Ghodbane : 514 793-0462.

Expanding clinic is looking for bilingual psychologists to provide referrals or rent space. Group experience, supervision, referrals provided. Contact Paula Lorimer at 514 758-7792, change@paulalorimer.ca, www.paulalorimer.ca.

Psychologues et sexologues recherchés pour se joindre à une équipe dynamique. Bureaux récemment rénovés, chaleureux. Situé à Longueuil, tout près de Boucherville. Références disponibles. 514 602-0302.

Pratique privée comme travailleur autonome. Montréal, près métro Langelier. Références. Atout : traiter la clientèle infantile et les dossiers CSST/IVAC. Achetez C.V. à clipsybeaubien@gmail.com.

_SERVICES OFFERTS

Supervision (étude, analyse et formation), expertises psycholégales. Formulaires, entrevues cliniques, testing, interprétation, rédaction, témoignage, honoraires, relation avocats. D^{re} Lucia Fernandez de Sierra : luciafernandez@videotron.ca, 450 621-3305.

Groupe de gestion de la colère (anglophone) à Lachine. 8 séances (60 \$ chacun), livre inclus. Février, mars, avril 2012. Renseignements : info@paulalorimer.ca, 514 567-9932, www.paulalorimer.ca.

_RECHERCHE

Recherche tests objectifs (WISC4, TEA-Ch, WIPPSI, etc.) les plus récents pour enfants et adolescents. Appelez Gilles : 450 668-6449.

_FORMATION

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

Programme « PEDAP » pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale. Adaptation enrichie de la méthode de Russell Barkley intégrant les approches cognitivo-comportementale et systémique. Atelier de formation donné par Gilles Cloutier, psychologue. Dates : 24 et 25 mai 2012 à Québec (Hôtel Classique). Renseignements : 514 388-0209 ou formation@gillescloutier.ca.

La recherche le dit

La chronique « La recherche le dit » traite d'un cas clinique. Puis, des données probantes tirées de la base de données accessible sur le site internet de l'OPQ sont rapportées en lien avec la problématique soulevée par le cas clinique. Finalement, l'apport des données probantes pour nourrir la compréhension clinique est discuté.

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

Le cas clinique

Cette patiente de 23 ans a été recommandée en psychothérapie par un gastroentérologue pour un syndrome du colon irritable. Elle se plaint principalement de fatigue, de sensations de ballonnements, de douleur au ventre et de diarrhées. Elle gère son alimentation et son hygiène de vie selon un mélange d'informations pertinentes et de rituels personnels, alternant par exemple boissons énergisantes, puis somnifères.

Elle gère difficilement plusieurs conflits intérieurs. Une partie d'elle veut se contenter de « faire de son mieux » et une autre est chroniquement insatisfaite de son niveau de performance et de son niveau de vie, une partie d'elle aspire à l'autonomie et une autre revendique le soutien financier de son père. Une partie d'elle apprécie ses contrats d'enseignante remplaçante à l'école primaire, mais une autre souhaite tout abandonner pour entreprendre une profession de modèle et devenir une artiste. Elle est déchirée entre le désir d'être soi-même et le désir de plaire et de séduire, entre des désirs d'aventures et la panique face à l'incertitude et à l'ambiguïté.

La recherche le dit

Le syndrome du colon irritable est un des désordres gastro-intestinaux les plus communs, affectant de 10 à 20 % de la population adulte (Wiesner et coll., 2009). Au-delà des douleurs abdominales et de changements de la consistance des selles, les symptômes peuvent aussi comprendre l'évacuation fréquente et urgente de selles, la constipation, les diarrhées intermittentes et des sensations d'évacuation incomplète. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion : aucune explication physique (inflammatoire, physiologique, toxique) n'explique ces symptômes.

En complément de la modification de l'alimentation et de l'ajout d'une médication, l'intervention psychothérapeutique est indiquée en partie à cause de la comorbidité y associant la dépression, l'anxiété et l'insomnie (Grundmann et Yoon, 2010). De plus, jusqu'à 50 % des patients consultant en gastroentérologie pour ce problème rapportent une histoire personnelle de mauvais traitements (physiques ou sexuels, dans l'enfance ou à l'âge adulte) (Han et coll., 2009). Lors de l'évaluation, la jeune femme a nié avoir été victime d'attouchements sexuels de la part de son père alcoolique, mais elle rapporte quelques commentaires déplacés sur son apparence séduisante et désirable en présence d'autres hommes.

Les guides directeurs de l'Association américaine de gastroentérologie et de la Société britannique de gastroentérologie recommandent l'usage de l'hypnothérapie pour le traitement du syndrome du colon irritable (Grundmann et Yoon, 2010). Selon Carruthers, Morris, Tarrier et Whorwell (2010), les deux tiers des patients souffrant du syndrome du colon irritable répondent bien à l'hypnothérapie. Gonsalkoral (2006), un des pionniers dans ce domaine, explique d'abord aux patients qu'ils devront apprendre de nouvelles habiletés mentales pour développer un contrôle sur les mécanismes physiologiques influençant les intestins qui ne sont pas habituellement sous le contrôle conscient. Il leur explique que cela peut modifier directement les intestins ou entraîner le cerveau à réinterpréter ou à ignorer les signaux sensoriels provenant de cette région. Gonsalkoral leur présente l'hypothèse selon laquelle tout comme la peur et les préoccupations qui habitent l'esprit peuvent amplifier les symptômes, le cerveau a le pouvoir d'influencer les intestins d'une façon plus désirable. Il leur explique que l'hypnose est un outil pour les aider à le faire et les invite à prendre le contrôle de leur intestin plutôt que de laisser leur intestin les contrôler.

Le patient apprend à se relaxer, à s'imaginer dans un endroit confortable et sécuritaire. Il utilise le mot « calme » pour approfondir la détente en s'imaginant que le calme circule dans tout son corps. Le patient pratique régulièrement un enregistrement et pratique ses habiletés à prendre le contrôle de son corps en transmettant la chaleur de chacune de ses mains qu'il dépose sur son ventre, puis à s'imaginer que son intestin fonctionne normalement, régulièrement, en douceur. Chaque patient trouve la métaphore qui lui convient (une rivière, un train). Il s'imagine par la suite dans des situations problématiques tout en conservant l'image et les sensations d'intestins qui fonctionnent normalement et confortablement.

Ljotsson et ses collaborateurs (2011) considèrent la psychothérapie cognitive-comportementale comme le traitement psychologique le mieux étudié pour le traitement du syndrome du colon irritable. Ils sont en voie d'élaborer un

traitement où leurs patients ont accès au contenu théorique et aux recommandations sur le Web, contenu complété par des échanges de courriels entre les participants et les psychothérapeutes ainsi que par un forum d'échanges entre les participants. Ce programme obtient des résultats significatifs pour ceux qui complètent le traitement. Cette approche formule l'hypothèse que le syndrome du colon irritable pourrait être associé à des récompenses sociales telles qu'une augmentation de l'attention, l'évitement de situations déplaisantes et des compensations financières lors de l'émission des comportements associés au rôle de malade. Les symptômes pourraient également être acquis par imitations de ceux de personnes significatives de l'entourage ou de l'histoire de la personne (Levy et Walker, 2005).

Le traitement de Ljotsson et ses collaborateurs (2011) commence par la pratique régulière de deux exercices de pleine conscience durant lesquels 1) le patient pratique quotidiennement sa capacité d'entrer en contact avec ses expériences internes et externes et 2) un exercice de 20 secondes où il devient conscient dans l'immédiat de ses pensées, de ses symptômes, de ses sentiments et de ses tendances comportementales.

Un modèle psychologique de la maladie est expliqué au patient : l'apprentissage de peurs à la suite d'expériences négatives, l'effet de l'anxiété sur le fonctionnement gastro-intestinal et l'hypervigilance au sujet des signes du colon irritable.

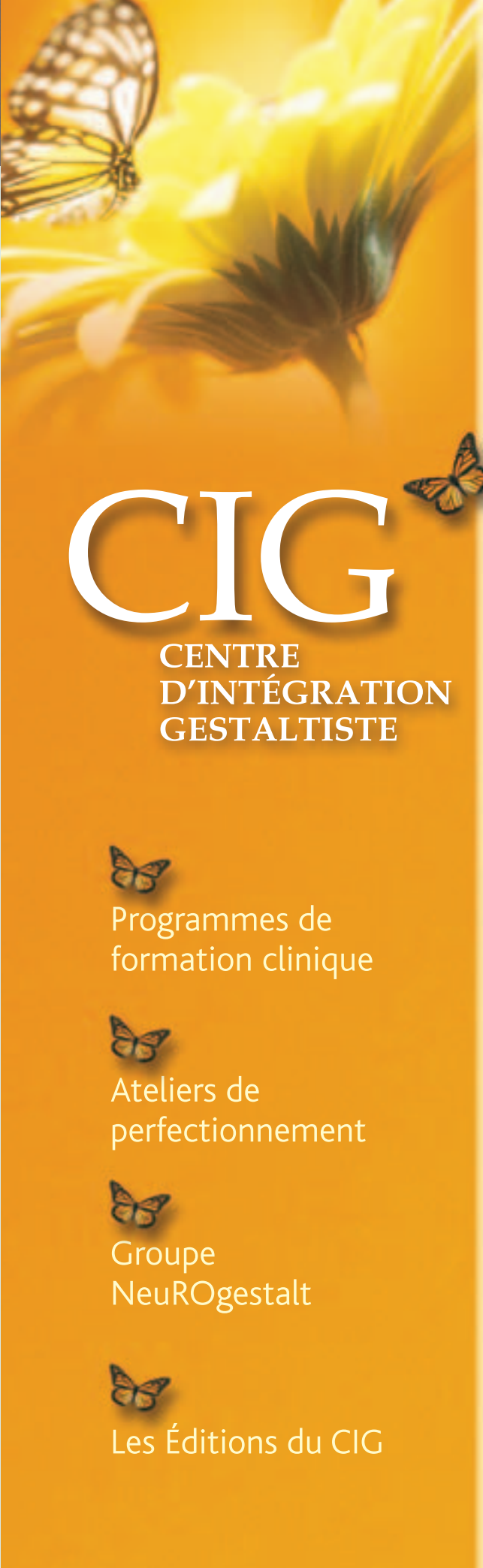
Ces auteurs suggèrent au patient de développer une attitude de pleine conscience et d'acceptation envers les pensées et les expériences négatives plutôt que de tenter de les contrôler ou de les éviter. Il est invité à renoncer aux comportements visant à contrôler les symptômes et à s'y exposer progressivement. Il fera de même pour les situations qu'il est tenté d'éviter.

La patiente de 23 ans dont nous avons parlé au début de cet article a rapidement obtenu un soulagement de ses symptômes, entre autres par la pratique d'auto-hypnose soutenu par un enregistrement de la voix du psychothérapeute. Il a toutefois été plus ardu de la convaincre de détourner son attention de la recherche de l'équilibre alimentaire idéal pour trouver l'équilibre dans sa vie. Elle s'est progressivement éloignée du « tout ou rien » pour vivre une vie où son travail professionnel lui procurait une certaine sécurité tout en laissant place à certaines activités artistiques et où la place qu'elle laissait au plaisir dans sa vie lui évitait les excès dommageables pour sa santé. Après avoir eu le courage de clarifier sa zone d'autonomie face à son père, ce dernier l'a aidé à clarifier ce qu'elle pouvait raisonnablement attendre de lui comme soutien. L'établissement de frontières et d'une relation non sexualisée qui se rapproche d'une relation égalitaire lui a également permis de consacrer ses énergies à de nouveaux projets.

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

Bibliographie

- Carruthers, H. R., Morris, J., Tarrier, N. et Whorwell, P. I. (2010). Mood color choice helps to predict response to hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2010, 10, 75, 1-9.
- Gonsalkoral, W.M. (2006). Gut-Directed Hypnotherapy : The Manchester Approach for Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 27-50.
- Grundman, O. et Yoon, S. (2010). Irritable bowel syndrome : Epidemiology, diagnosis and treatment : An update for health-care practitioners. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010, 25, 691-699.
- Han, C., Masand, P. S., Krulwicz, S., Peindl, K., Mannelli, P., Varia, I. M., Pae, C.-U. et Patkar, A. A. (2009). Childhood abuse and treatment response in patients with irritable bowel syndrome : a post-hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2009, 34, 79-88.
- Levy, R. L. et Walker, L. S. (2005). Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Recurrent Abdominal pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 2, 2005, 137-149.
- Wiesner, M., Naylor, S. J., Copping, A., Furlong, A., Lynch, A. G., Parkes, M. et Hunter, J. O. (2009). Symptom classification in irritable bowel syndrome as a guide to treatment. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2009, 44, 796-803.



FORMATION CLINIQUE

32^e PROMOTION, SEPTEMBRE 2012

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

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

CIG
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE



Programmes de
formation clinique



Ateliers de
perfectionnement



Groupe
NeuROgestalt



Les Éditions du CIG

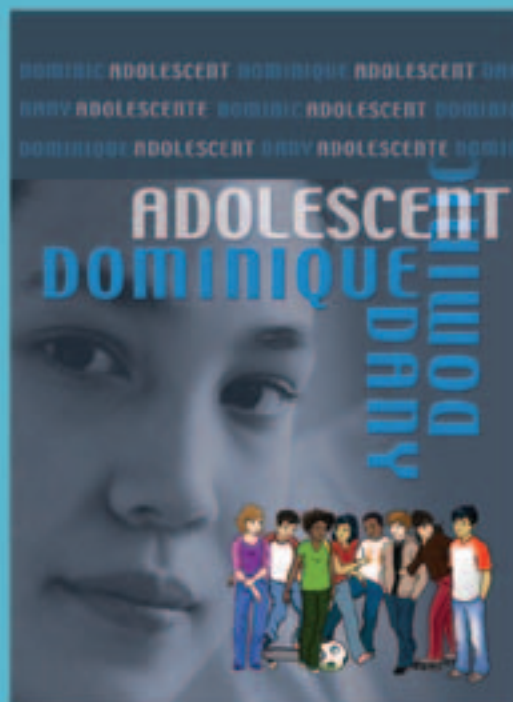
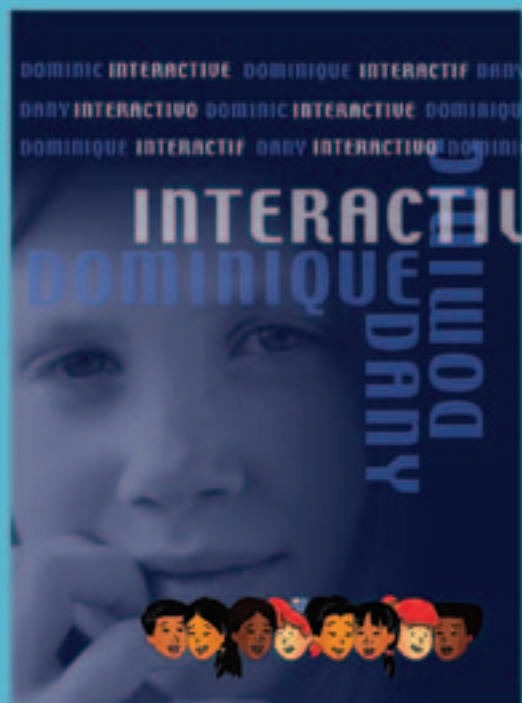
DOCUMENTATION COMPLÈTE ET DOSSIER DE CANDIDATURE :

www.cigestalt.com | administration@cigestalt.com

514 481-4134

Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer les enfants et les adolescents



Un test:

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

Le test comprend:

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

Nous recyclons !

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

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

WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM