

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 26
numéro 06
novembre 09

> L'émergence d'une troisième vague en thérapie comportementale et cognitive

THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE
THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT
THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

JEAN-MARIE BOISVERT
PORTRAIT D'UN PSYCHOLOGUE PHILOSOPHE

LA COMMISSION PARLEMENTAIRE
SUR LE PROJET DE LOI 21 APPORTE DES
ÉCLAIRCISSEMENTS SUR LES TROUBLES DES
APPRENTISSAGES ET DE LA COMMUNICATION



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC



Attachement et relations d'objet

aspects **neurodéveloppementaux** et
implications pour la psychothérapie

avec *Gilles Delisle, Ph.D.*

« ...les aspects neurobiologiques de la théorie de l'attachement nous permettent de comprendre plus en profondeur comment un traitement fondé sur le développement, qui porterait son attention sur les affects, pourrait modifier la structure interne du patient, touchant ainsi le système cérébral, psychique et corporel... »

Allan N. Schore, 2008



La relation d'attachement et le développement des structures de régulation affective



La neurodynamique des circuits neuronaux de l'attachement



*L'attachement et le cerveau droit.
« corrélat biologique de l'inconscient »*



*La psychothérapie en tant que
« conversation entre systèmes limbiques »*



La neurodynamique de la mentalisation selon les modèles de Fonagy et de Schore



Le dialogue herméneutique face aux carences de la mentalisation



le traitement des identifications projectives liées à l'attachement

Montréal, les 1er et 2 avril 2010

Québec, les 8 et 9 avril 2010

300 \$ (plus taxes) **Les places sont limitées**

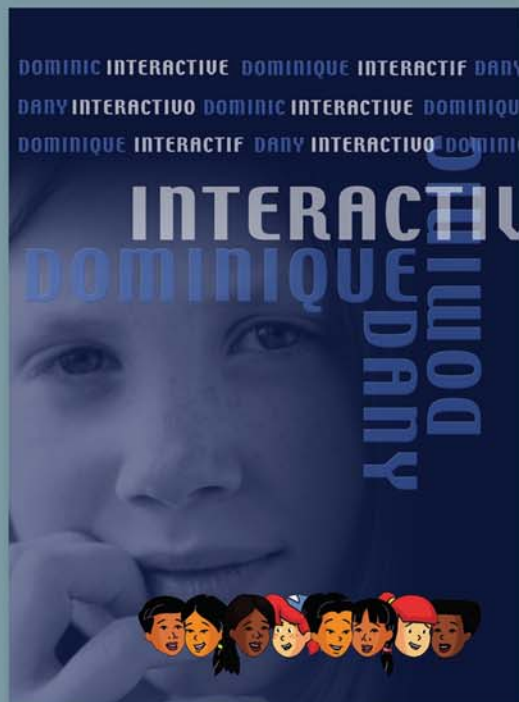
Renseignements et inscriptions

(514) 481-4134. Courriel : administration@cigestalt.com

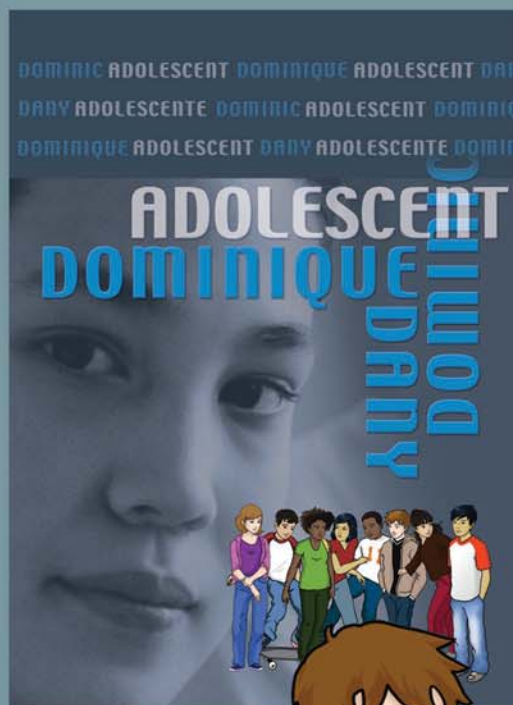
CIG
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE



Dominique Interactif c'est quoi?



Version enfant (6 à 11 ans)



Version adolescent

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

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

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



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

dominicinteractive@videotron.ca

> dossier p.20

L'émergence d'une troisième vague en thérapie comportementale et cognitive

20_ Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive

Par Dr Frédérick Dionne, psychologue

25_ La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes

Par Alain Janelle, étudiant au doctorat en psychologie et Dr Réal Labelle, psychologue

29_ La thérapie d'acceptation et d'engagement : une approche novatrice

Par Cristel Neveu, psychologue et Dr Frédérick Dionne, psychologue

33_ La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Par Michel Larouche, psychologue

À lire bientôt dans Psychologie Québec

UN GRAND DOSSIER : INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES SUICIDAIRES OU HOMICIDAIRES

Dans le numéro de janvier 2010, des articles sur les stratégies de pointe pour intervenir auprès d'une clientèle fragile. Le point sur la recherche clinique et sur les perspectives d'intervention par des psychologues qui ont fait leur marque dans un domaine hautement stratégique.

DES CHRONIQUES TOUJOURS PERTINENTES

Nos collaborateurs réguliers vous informent sur les questions de l'heure entourant le développement de la profession. Déontologie, pratique professionnelle, affaires juridiques, nouvelles du secrétariat général en plus de l'éditorial de notre présidente sont au rendez-vous dans chaque numéro de *Psychologie Québec*.

PORTRAIT

Dans notre prochain numéro, une rencontre avec le Dr Charles Morin, le psychologue du sommeil qui s'est fait connaître autant dans l'univers des spécialistes et des chercheurs qu'auprès du public par ses travaux rigoureux et faciles d'accès.



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

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

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

_sommaire

07_ Éditorial

Les grands enjeux de l'assemblée générale annuelle 2009

08_ Secrétariat général

Psychothérapie – la formation initiale des psychologues

11_ Affaires juridiques

Les troubles des apprentissages et de la communication et le projet de loi 21

13_ Pratique professionnelle

Quelques travaux découlant de l'adoption du projet de loi 21

15_ Présenter un atelier de formation au congrès 2010

16_ Portrait

Jean-Marie Boisvert : entre philosophie et psychologie

37_ Vient de paraître

38_ Tableau des membres

39_ Activités régionales et de regroupements

40_ Petites annonces

42_ La recherche le dit

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

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction :: Rose-Marie Charest,
Nicolas Chevrier, Paul Veilleux

Rédaction :: Annie-Michèle Carrière

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

Conception graphique et production ::
Quatuor Communication

Abonnements ::

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

Ordre des psychologues du Québec

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

Psychologie

QUÉBEC

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Janvier 2010 : 27 novembre 2009
Mars 2010 : 29 janvier 2010

Psychologue en pratique privée?

L'assurance multirisque est
une réponse parfaite à
vos besoins

Que vous exerciez votre profession de
votre résidence ou d'un bureau privé
situé à l'extérieur, nous avons un
programme conçu pour vous.

Une protection complète

- Pour votre local et vos biens professionnels
- Pour les pertes de revenus que vous pourriez subir à la suite d'un sinistre
- Contre certains actes frauduleux
- Pour votre responsabilité civile des lieux

Des économies avantageuses

- Réduction exclusive de 10 %* sur votre assurance biens professionnels
- Réduction additionnelle si votre local est protégé par un système d'alarme

**Demandez-nous une
soumission gratuite sans
aucune obligation**

1 800 644-0607
www.lacapitale.com

* Réduction accordée aux membres de l'OPQ




La Capitale
assurances générales
CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES



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

Éditorial

Les grands enjeux de l'assemblée générale annuelle 2009

Depuis l'adoption du projet de loi 21, nombreux sont les psychologues qui ont manifesté leur satisfaction pour le travail accompli par l'Ordre. Au nom de tous mes collègues administrateurs, directeurs et employés de l'Ordre, je les en remercie. Je dois toutefois rappeler que l'Ordre, c'est plus que son conseil d'administration et sa permanence, c'est toute la profession.

Si nous sommes arrivés à convaincre le législateur de la compétence particulière des psychologues et de la légitimité de leur réserver certaines activités, c'est d'abord parce que ces compétences sont réelles et bien documentées. Si on a confié à l'Ordre des psychologues la gestion du permis de psychothérapeute, c'est parce qu'on a reconnu que la psychothérapie est au cœur de notre profession, mais aussi parce qu'on a cru en la capacité de l'Ordre des psychologues d'assumer cette responsabilité. Si notre profession a atteint un haut niveau de crédibilité auprès du public, ce n'est pas exclusivement en raison de notre participation dans les médias mais aussi grâce aux interventions de nombreux psychologues qui prennent quotidiennement la parole sur la scène publique. Si nous avons pu faire les représentations politiques qui ont favorisé l'adoption du projet de loi 21, c'est parce que nous pouvions prendre appui sur une documentation rigoureuse préparée par des experts. Les ressources de l'Ordre sont celles que les psychologues mettent à sa disposition.

Tout n'est pas gagné. On le sait, malgré le consensus obtenu avec les ordres directement concernés par la modernisation de la pratique en santé mentale et en relations humaines, les oppositions étaient présentes au moment des discussions et de la défense du projet de loi en commission parlementaire. Certains groupes, n'ayant pas obtenu satisfaction à leurs demandes, continueront leurs pressions pour influencer l'application de la loi. Le succès obtenu ne devrait pas nous inciter à cesser nos efforts, bien au contraire. De nombreux travaux supplémentaires sont à prévoir aux plans des communications et des représentations politiques, mais aussi du maintien et du développement de la compétence des psychologues.

La loi n'aura de valeur que si l'on voit à son application de manière aussi rigoureuse que l'on a vu à son élaboration. Prenons d'abord la psychothérapie. Il faudra une importante campagne de communication auprès du public et des employeurs afin qu'un réel changement ait lieu et que chacun sache qui sont les seules personnes autorisées à pratiquer la psychothérapie. La réserve de l'évaluation des troubles mentaux doit aussi être bien

expliquée pour que son application soit harmonieuse et efficace. Des représentations politiques devront se poursuivre afin que le résultat de cette évaluation donne effectivement accès au traitement approprié. L'obligation de formation continue pour tous ceux qui pratiquent la psychothérapie exige un encadrement selon des modalités à être déterminées par l'Ordre des psychologues et le Collège des médecins. D'importants travaux devront être faits afin de formuler des critères objectifs et respectueux des différentes approches et spécialités. Ces critères seront utilisés pour les fins de reconnaissance des formations, que celles-ci soient offertes par l'Ordre ou par d'autres organismes, privés comme publics. La formation continue, bien que non obligatoire pour le moment pour les autres activités réservées, se doit de répondre aux besoins des psychologues tels qu'identifiés par le syndicat et l'inspection professionnelle. De plus, nous multiplierons les lignes directrices afin de mieux outiller les psychologues qui pratiquent l'une ou l'autre des activités qui leur sont réservées.

Nous avons fait d'importants gains. Nous avons maintenant de nouvelles responsabilités. Il nous faudra les prendre ensemble. Nous profiterons de la prochaine assemblée générale pour vous présenter les changements à venir ainsi que les impacts immédiats, à moyen et à long termes, qui sont à prévoir dans les milieux compte tenu de l'implantation graduelle de la loi.

Je sollicite votre participation en grand nombre à cette importante AGA. Au fil des mois, nous faisons tout notre possible pour acheminer les informations par écrit, que ce soit dans *Psychologie Québec*, *OPQ dernière heure* ou sur le site de l'Ordre. Mais cela ne peut remplacer une présentation verbale incluant les réponses à vos questions concernant les grands enjeux actuels et futurs. Enfin, vous aurez à prendre une décision importante concernant la cotisation. Celle-ci se doit de reposer sur une compréhension aussi approfondie que possible de la situation particulière de notre profession à ce stade de son histoire.

La profession a besoin de vous. Soyez présents.

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

Secrétariat général

Psychothérapie – la formation initiale des psychologues



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

L'adoption du projet de loi 21, au mois de juin 2009, fait en sorte que la psychothérapie sera dorénavant une activité réservée. Lorsque la loi sera en application, seuls les professionnels compétents pourront exercer la psychothérapie¹. Ainsi, à l'exception des psychologues et des médecins, seuls les détenteurs d'un permis de psychothérapeute pourront exercer la psychothérapie au Québec à l'avenir. Les membres des ordres suivants devront donc obtenir un permis de psychothérapeute pour exercer la psychothérapie : l'Ordre des infirmières et infirmiers, l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et psychoéducateurs et psychoéducatrices, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux et l'Ordre des ergothérapeutes². Le permis de psychothérapeute sera octroyé à ces professionnels sur la base d'une formation de niveau maîtrise en santé mentale et relations humaines comprenant une scolarité et une formation pratique supervisée de 600 heures³.

En adoptant cette loi, le gouvernement du Québec reconnaît qu'il y a un risque de préjudice pour le public lorsque la psychothérapie est exercée par des personnes qui n'ont pas la formation adéquate pour le faire.

_LES CONSTATS DU RAPPORT TRUDEAU

Pourquoi les psychologues n'auront-ils pas besoin d'un permis supplémentaire pour exercer la psychothérapie? Dans son rapport, le comité d'experts – présidé par le D^r Jean-Bernard Trudeau – qui a conseillé le gouvernement dans l'élaboration de ce projet de loi, établit, en ce qui a trait à la formation initiale des psychologues, que « la psychothérapie est le noyau central de leur pratique. Les programmes actuellement offerts par les universités offrent la formation requise pour pratiquer la psychothérapie. ». On y ajoute que la formation initiale en psychologie « correspond aux normes de formation théorique et pratique identifiées par le comité d'experts pour être admissible à un permis de psychothérapeute » (Rapport Trudeau, p. 93).

Il est donc entendu que la psychothérapie est au cœur de la profession et que les psychologues ont la formation requise pour l'exercer. C'est ce qui explique pourquoi il n'est pas requis des psychologues qu'ils obtiennent un permis supplémentaire pour avoir le droit d'exercer cette activité. Évidemment, ce ne sont pas tous les profils de formation initiale en psychologie qui préparent les futurs psychologues à l'exercice de la psychothérapie. En effet, à titre d'exemple, les étudiants inscrits dans des profils de doctorat

en neuropsychologie, en psychologie du travail et des organisations ou en psychologie communautaire ne sont pas formés pour pratiquer la psychothérapie.

Une fois détenteur d'un permis de l'Ordre, le psychologue doit respecter son code de déontologie et n'exercer que dans le ou les secteurs de pratique pour lesquels il a les connaissances et les compétences pour le faire. Il en va de même pour les médecins, qui ont l'opportunité de se former à la psychothérapie, particulièrement s'ils sont spécialisés en psychiatrie. Comme c'est le cas pour les psychologues, le code de déontologie des médecins s'applique. Ils ne peuvent exercer que les activités pour lesquelles ils ont la formation requise.

_LA FORMATION DOCTORALE EN PSYCHOLOGIE

Rappelons d'abord que depuis juillet 2006, l'Ordre exige une formation doctorale pour l'accès au permis de psychologue. Nous soulignerons dans les paragraphes qui suivent les éléments qui caractérisent la formation initiale des psychologues et qui les préparent adéquatement à l'exercice de la psychologie et à la pratique de la psychothérapie dans le cas de profils cliniques.

_UNE FORMATION SOLIDE DANS LES BASES

L'admission aux études doctorales est conditionnelle à ce que l'étudiant ait obtenu un diplôme de baccalauréat comprenant un tronc commun minimal de 42 crédits dans les bases biologiques du comportement; les bases cognitives et affectives du comportement; les bases sociales et culturelles du comportement; les bases du comportement individuel; les fondements en statistiques; la psychométrie; la méthodologie de recherche et l'histoire (et les systèmes) de la psychologie. Cette formation de base comporte tous les éléments jugés nécessaires par l'Ordre pour préparer adéquatement le bachelier à la formation doctorale par compétences qui le rendra apte notamment à la pratique de la psychothérapie.

_LA FORMATION PAR COMPÉTENCES ET LA FORMATION PRATIQUE

La formation doctorale est fondée sur l'acquisition de sept compétences, soit la compétence relations interpersonnelles, la compétence évaluation, la compétence intervention, la compétence éthique et déontologie, la compétence recherche, la compétence consultation et la compétence supervision. Les éléments principaux de la formation doctorale en psychologie spécifiques à l'exercice de la psychothérapie sont caractérisés par la place prépondérante accordée aux compétences évaluation, intervention et recherche ainsi qu'à la formation pratique. Ces éléments sont essentiels à la formation du futur psychothérapeute. En effet, la majorité des crédits exigés par l'Ordre, soit 96 crédits (à l'intérieur des doctorats qui comportent un minimum de 120 crédits), est consacrée à ces activités de formation.

La compétence évaluation, habilite le futur psychologue à maîtriser les méthodes d'évaluation appropriées (ex. : grilles d'observation, tests contemporains, etc.) lui permettant de poser un diagnostic psychologique selon les méthodes de classifications reconnues afin de déterminer les modalités de traitement psychothérapeutique à mettre en place. Cette formation fait aussi de lui un professionnel qualifié pour évaluer les troubles mentaux.

Quant à la compétence intervention, le doctorant, au terme de sa formation, a acquis un bagage de connaissances, d'habiletés et d'attitudes généralisables à plusieurs contextes d'intervention psychothérapeutique. Il a aussi développé une capacité d'intervention autonome auprès d'une diversité de clientèles, de diagnostics, de problématiques. Sa formation lui a aussi permis de développer une bonne capacité d'autoévaluation permettant une connaissance appropriée de ses forces et de ses limites et une utilisation judicieuse de ses ressources.

Notons que la compétence recherche occupe aussi une place importante dans la formation du psychologue. Cette formation le prépare à utiliser adéquatement les résultats de la recherche afin d'améliorer sa pratique en s'appuyant sur des données probantes en psychothérapie et, le cas échéant, à apporter une contribution au développement des connaissances liées à l'exercice de la psychothérapie.

Au chapitre de la formation pratique, tous les doctorants, en plus d'un stage d'une durée de 700 heures, font un internat de 1600 heures (un an à temps complet), pour un total de 2300 heures de formation supervisée. L'exposition à la clientèle, l'insertion dans les milieux où l'on offre des services de psychothérapie et la supervision par des professionnels expérimentés sont la pierre angulaire des stages et de l'internat. Le principal mode d'apprentissage au cours des stages et de l'internat est expérientiel et est axé sur le contact direct avec la clientèle. Tout au long de la formation pratique à la psychothérapie, la supervision est régulière et soutenue.

Il ne fait aucun doute que la formation doctorale en psychologie clinique regroupe tous les ingrédients nécessaires pour préparer adéquatement le psychologue à l'exercice de la psychothérapie. Bien entendu, tel qu'il est mentionné plus haut, la formation du psychologue ne se limite pas au seul exercice de la psychothérapie. Certains profils préparent les psychologues à d'autres secteurs de pratique. Il revient à chaque professionnel de pratiquer selon son code de déontologie. De son côté, l'Ordre, par le biais de son programme de surveillance (inspection professionnelle) et d'amélioration de l'exercice de la profession (formation continue), s'assure que les psychologues exercent dans les secteurs de pratique qui correspondent à leur formation initiale et à leur formation continue.

CONVOCATION À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2009

Le secrétaire général de l'Ordre, M. Stéphane Beaulieu, convoque tous les psychologues à l'assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre des psychologues du Québec qui aura lieu le jeudi 26 novembre 2009, à compter de 16 h 30, à l'hôtel Grand Plaza, salle Van Gogh, 505, rue Sherbrooke Est à Montréal.

Un cocktail de retrouvailles avec bouchées suivra l'assemblée.

ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE

1. Ouverture de l'assemblée
2. Présentation de l'ordre du jour
3. Adoption du procès-verbal de l'AGA 2008
4. Dépôt du rapport de l'élection 2009
5. Présentation du XXXIII^e conseil d'administration et du XXXIV^e comité exécutif pour l'exercice 2009-2010
6. Rapport de la présidente
7. Suite de l'adoption du projet de loi 21
8. Présentation des états financiers 2008-2009
9. Nomination des vérificateurs comptables
10. Proposition d'augmentation de la cotisation annuelle de 100 \$
11. Questions et recommandations de l'assemblée au conseil d'administration
12. Levée de l'assemblée

_Notes

- 1 Pour plus d'information sur l'entrée en vigueur de la loi : consulter la chronique des affaires juridiques dans le numéro de septembre 2009 de *Psychologie Québec*, p. 19 et 20.
- 2 Pour plus d'information sur le permis de psychothérapeute et notamment sur la clause de droits acquis pour les personnes qui ne seront pas admissibles à un ordre professionnel au moment de l'entrée en vigueur de la loi : consulter la chronique du secrétariat général dans le numéro de septembre 2009 de *Psychologie Québec*, p. 8 et 9.
- 3 Pour plus d'information sur les critères de formation prévus au rapport Trudeau pour la formation des psychothérapeutes (p. 96 et 97) : consulter le rapport Trudeau sur le site Web de l'Ordre dans la section réservée au projet de loi 21.

ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

OBJECTIFS DE LA JOURNÉE DE FORMATION

- :: prendre connaissance de l'évolution des obligations en matière déontologique;
- :: comprendre le sens des principales dispositions du nouveau code;
- :: réfléchir sur l'impact du nouveau code sur la pratique professionnelle;
- :: mettre à l'épreuve son jugement professionnel;
- :: répondre à de grandes questions telles que :
 - Qui est mon client véritable?
 - Est-il possible de développer une relation personnelle avec un client?
 - Le secret professionnel et la confidentialité, y sommes-nous contraints en tout temps, en toutes circonstances?
 - Peut-on toucher des honoraires pour une séance de psychothérapie à laquelle le client ne s'est pas présenté?

- des exposés magistraux de courte durée;
- de travail en ateliers;
- d'échanges avec la formatrice.

Seuls les paiements par chèque ou par carte de crédit sont acceptés. Les chèques postdatés seront refusés.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

☐	20 novembre 2009	Abitibi-Témiscamingue
☐	11 décembre 2009	Montréal
☐	15 janvier 2010	Montréal

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

Affaires juridiques

Les troubles des apprentissages et de la communication et le projet de loi 21



M^e Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire
du conseil de discipline

elorquet@ordrepsy.qc.ca

Lors de l'adoption du projet de loi 21, madame Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre, vous a écrit afin de vous annoncer la bonne nouvelle et par la même occasion, elle a tenu à spécifier ceci quant aux troubles des apprentissages et de la communication : « Il est sans équivoque qu'au terme de ce dernier exercice législatif, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec ne pourra plus soutenir que ses membres sont les seuls professionnels compétents et mandatés par la loi pour en faire l'évaluation, conclure à leur présence et en communiquer les résultats. Ceci mettra donc un terme à la confusion régnant dans les différents milieux, particulièrement dans les milieux scolaires. »

Depuis, des psychologues ont communiqué avec nous afin de savoir laquelle des dispositions du projet de loi 21 mettait enfin un terme au différend qui oppose l'Ordre des psychologues du Québec à l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) depuis plus de 6 ans sur cette question. Rappelons que depuis 2003, et jusqu'à tout récemment encore, l'OOAQ soutient que l'orthophoniste est le seul professionnel mandaté par la loi et possédant les connaissances et l'expertise nécessaires pour évaluer le langage, dont le langage écrit, ce qui inclut, selon lui, les troubles de la lecture et de l'écriture.

Plusieurs éléments doivent être mis en perspective afin de répondre à cette question, car en lisant le projet de loi 21 vous ne trouverez pas directement de réponses à vos questions. Les dispositions doivent toujours se lire les unes par rapport aux autres, et d'ailleurs, pour faciliter la compréhension de la loi, il a été convenu qu'un guide explicatif serait élaboré. Rappelons que nous nous sommes tous engagés à participer à l'élaboration d'un seul guide explicatif afin d'éviter que chaque ordre n'en donne sa propre interprétation juridique, risquant ainsi de créer à nouveau la confusion dans les milieux. Je ne donnerai donc pas ma propre interprétation juridique pour répondre à cette question, mais je me permettrai toutefois de relater certains faits qui viendront éclairer les propos de madame Charest cités plus haut.

Tout d'abord, soulignons que l'activité réservée aux orthophonistes depuis 2003 par le projet de loi 90 est d'« évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique ».

Rappelons qu'au moment de la tenue de la commission parlementaire relative au défunt projet de loi 50 visant la modernisation de la pratique en santé mentale et relations humaines, l'OOAQ a demandé une première fois que cette activité soit scindée en deux activités distinctes :

1. Évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix
2. Déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique

Selon lui, sans ces amendements législatifs, la réserve de certaines activités aux psychologues (évaluation des troubles mentaux et neuropsychologiques) par le projet de loi 50 risquait d'empêcher ses membres d'exercer leur profession. En réponse à ces craintes, et à la demande de certains ordres professionnels, dont l'Ordre des psychologues, le ministre responsable de l'application des lois professionnelles de l'époque, M. Jacques Dupuis, s'est plutôt engagé à introduire au projet de loi 50 une clause interprétative qui établirait sans ambiguïté qu'une activité réservée à un professionnel ne peut empêcher un autre professionnel d'exercer sa profession conformément à son champ d'exercice. Rappelons que ce projet de loi est mort au feuillement.

À la reprise des travaux parlementaires, le gouvernement a déposé une nouvelle version bonifiée de ce projet de loi, le projet de loi 21. Malgré l'ajout de la clause interprétative, l'OOAQ a de nouveau revendiqué les mêmes amendements législatifs. Le législateur n'a pas donné suite aux demandes de l'OOAQ et il a introduit la clause interprétative.

Dans les faits, on peut certainement conclure que :

- :: L'évaluation des troubles du langage, de la parole et de la voix **seule** n'est pas une activité réservée aux orthophonistes par la loi;
- :: L'activité réservée aux orthophonistes est d'évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique;
- :: L'activité d'évaluer les troubles neuropsychologiques est réservée aux psychologues détenteurs d'une attestation de formation délivrée par l'Ordre des psychologues;
- :: L'activité d'évaluer les troubles mentaux est réservée aux psychologues;
- :: Selon le DSM-IV, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la dyslexie et la dysorthographe sont des troubles des apprentissages :

« Les troubles des apprentissages sont caractérisés par un fonctionnement scolaire nettement inférieur à celui que l'on attendrait du sujet compte tenu de son âge chronologique, de son niveau intellectuel (évalué par des tests), et d'un enseignement approprié à son âge. Les troubles spécifiques inclus dans ce chapitre sont le trouble de la lecture (dyslexie¹) le trouble du calcul (dyscalculie), le trouble de l'expression écrite (dont la dysorthographe) et le trouble des apprentissages non spécifié » (p. 46).

Nous nous limiterons donc à ces conclusions pour l'instant. Pour en savoir davantage quant aux positions respectives présentées devant la commission parlementaire, vous pouvez visionner, dans la section *Projet de loi 21* du site de l'Ordre (www.ordrepsy.qc.ca), la présentation de M^{me} Caouette, présidente de l'OOAQ et celle de M^{me} Rose-Marie Charest.

C'est dans le cadre des travaux entourant la rédaction du guide interprétatif que nous devrions nous entendre avec l'OOAQ quant à la façon dont les activités réservées respectivement à chacune des professions devraient être interprétées et appliquées par nos membres sur le terrain, de sorte que selon la clause interprétative introduite au projet de loi 21, une activité réservée à un professionnel n'empêche pas l'autre d'exercer sa profession conformément à son champ d'exercice.

Par ailleurs, en septembre dernier, madame Charest vous demandait de vous assurer auprès des parents qu'ils avaient vérifié auprès de leur commission scolaire si l'évaluation faite par un psychologue donnait droit au service approprié. En effet, certaines d'entre elles refusent toujours les conclusions diagnostiques du psychologue quant à la présence d'un trouble de dyslexie. Nous savons également que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ne reconnaît toujours pas la signature du psychologue au bas de la demande d'allocation pour les besoins particuliers servant à subventionner l'achat de portable et de logiciels adaptés à la rééducation d'enfants dyslexiques.

Soyez assurés que nous faisons tout ce qu'il faut pour que l'information ne nécessitant aucune interprétation (ex. : libellé des activités réservées) soit connue des décideurs.

Notes

- 1 Tel qu'il est mentionné sur psychiatryonline.com, site officiel de la division publication de l'American Psychiatric Association qui a par ailleurs produit le DSM-IV, le terme dyslexie est aujourd'hui remplacé par celui de « trouble de la lecture ». L'emploi du terme persiste néanmoins, comme en fait foi la documentation de l'International Dyslexia Association, qui utilise toujours le terme « dyslexie », qu'elle définit comme étant un trouble d'apprentissage spécifique qui est causé par un désordre neurologique (Annals of Dyslexia, 2003). De plus, la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé stipule que « le grand groupe des dyslexies réunit les troubles de la lecture et de l'orthographe » (OMS, 2001, p. 36).

INVENTAIRE NEO-PI-R

Un inventaire qui bénéficie de l'apport de la théorie sur la personnalité parmi les plus validées internationalement.

L'inventaire NEO PI-R a été conçu pour rendre opérationnelle la théorie du big five (Five Factor Model) Cette théorie qui fait l'objet d'un large consensus dans les milieux de la recherche en psychologie, met en évidence la présence de 5 dimensions qui résument la personnalité.

En repérant la position d'un sujet sur chacune des cinq dimensions, le psychologue peut appréhender la personnalité à travers des relations avec les autres, de l'expérience, des émotions, et évaluer l'attitude et les motivations.

Les 5 échelles (Domaines) : Névrose, Extraversion, Ouverture, Agréabilité et Conscience.

Les 30 sous-échelles : Anxiété, Colère-Hostilité, Dépression, Conscience de soi, Impulsivité, Vulnérabilité, Chaleur, Grégarisme, Autorité, Activité, Recherche de sensations, Émotions positives, Ouverture aux Rêveries, Ouverture à l'Esthétique, Ouverture aux Sentiments, Ouverture aux Actions, Ouverture aux Idées, Ouverture aux Valeurs, Confiance, Droiture, Altruisme, Soumission, Modestie, Sensibilité, Compétence, Ordre, Sens du devoir, Recherche de la réussite, Autodiscipline, Réflexion.

6163-542102 : NEO-PI-R Matériel complet



INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES, INC.

34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9
Téléphone : 514 382-3000 & 1 800 363-7800
Télécopie : 514 382-3007 & 1 888 382-3007
Courriel : info@i-r-p.ca
Site Web : <http://www.i-r-p.ca>

Pratique professionnelle

Quelques travaux découlant de l'adoption du projet de loi 21



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

Le projet de loi 21 (PL 21), comme vous le savez certainement, a été adopté en juin dernier, mais il n'est pas encore en vigueur. Il n'en demeure pas moins que ce projet de loi entraînera d'importants changements, ce qui nécessite que nous nous engagions dans des travaux, parfois de grande envergure, qui nous permettront de nous ajuster aux mandats qui nous sont confiés. Nous vous présentons dans ce qui suit un aperçu de quelques chantiers, en cours ou à venir, découlant directement des activités qui nous ont été réservées.

_EXERCER LA PSYCHOTHÉRAPIE

Le PL 21 est l'aboutissement des efforts que nous avons déployés depuis plusieurs années déjà afin notamment de protéger le public à qui sont offerts les services de psychothérapie. Ceci implique pour l'Ordre des responsabilités accrues, puisqu'il a à jouer un rôle de premier plan dans l'encadrement des psychologues et des psychothérapeutes exerçant la psychothérapie.

LIGNES DIRECTRICES

Outre les cliniciens, qui sont concrètement engagés auprès de leurs clients, les chercheurs sont très dynamiques et contribuent à l'évolution rapide des connaissances en matière de psychothérapie, ce que permettent de constater les nombreuses données probantes qui se dégagent de ces recherches. Cette évolution amène chacun à se questionner sur l'exercice de la psychothérapie, exercice plus complexe que la simple application de techniques prescrites. L'Ordre a donc résolu de travailler à l'élaboration de lignes directrices qui permettront d'orienter les psychologues dans la dispensation de leurs services psychothérapeutiques.

Il importe ici de distinguer les lignes directrices et les manuels de psychothérapie. Un manuel de psychothérapie explicite un traitement particulier, s'appuie sur une approche et vise habituellement une clientèle bien identifiée. Quant aux lignes directrices, elles ont un contenu plus général et athéorique, donc pertinent pour l'exercice de la psychothérapie, peu importe l'approche utilisée ou la clientèle traitée. Les lignes directrices s'adresseront aux psychologues de toutes allégeances et souligneront l'importance du jugement professionnel. Elles guideront le lecteur sur les façons de tirer profit des données probantes dont nous disposons pour assurer la rigueur et l'efficacité de nos services. Il y retrouvera également la distinction entre la psychothérapie et toutes autres formes d'intervention auxquelles il est possible de recourir pour aider ou soutenir la clientèle.

_L'ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX

POSER UN DIAGNOSTIC PSYCHOLOGIQUE

M^e Lorquet, dans l'une de ses chroniques *Affaires juridiques* (*Psychologie Québec*, vol. 26 p. 13-15), a démontré que les psychologues peuvent poser un diagnostic psychologique et que cet acte équivaut en un sens à l'évaluation des troubles mentaux que nous réserve le PL 21. Lors de la dernière commission parlementaire où l'Ordre a fait ses représentations concernant ce projet de loi, nous avons notamment démontré, recherches à l'appui, que les psychologues détiennent bien les compétences que requiert l'exercice de cette activité qui, de fait, a toujours occupé une place importante dans leur pratique. L'Ordre projette maintenant de mettre à profit ces compétences et de produire des lignes directrices qui viseront l'excellence en ce domaine. Ces lignes directrices permettront d'établir les nuances et distinctions à faire entre l'évaluation des troubles mentaux, l'évaluation dite psychologique et l'évaluation préalable à l'offre de services psychothérapeutiques.

LA PROBLÉMATIQUE ENTOURANT LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Lors des audiences de cette même commission parlementaire sur le PL 21, un groupe d'intérêt, le Réseau d'action autisme/TED, a demandé aux parlementaires d'autoriser les psychologues à poser le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme (TSA) afin d'augmenter l'accessibilité aux traitements. Il a alors été précisé que le PL 21 implique la réserve aux psychologues de l'évaluation des TSA, considérant que cette activité professionnelle spécifique est incluse dans l'activité plus générale de l'**évaluation des troubles mentaux**. Il faut en effet comprendre que cette activité vise l'évaluation de tous les troubles répertoriés par exemple dans le DSM-IV et la communication des résultats, étant entendu que les psychologues ne se prononceront pas par ailleurs sur des questions d'ordre médical (axe III).

De fait, les difficultés en ce qui concerne l'évaluation des TSA tiennent beaucoup plus aux directives ministérielles actuellement en vigueur qui exigent l'obtention du diagnostic d'un médecin pour qu'un enfant puisse bénéficier des services auxquels peuvent avoir accès ceux qui présentent des TSA. Ces directives ont pour effet de créer un goulot d'étranglement susceptible d'être préjudiciable aux enfants qui bénéficieraient d'une prise en charge plus rapide sans cette exigence. À cet égard, la ministre de la Justice a annoncé que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'était engagé à modifier ces directives dans le but de réduire les délais d'attente et ainsi faire en sorte que l'évaluation faite par le psychologue puisse donner le même accès aux services requis que le diagnostic médical.

Par ailleurs, les meilleures pratiques en matière d'évaluation des TSA veulent que différents professionnels, en multidisciplinarité,

contribuent à l'évaluation diagnostique compte tenu de la complexité des TSA. Il est ainsi entendu que le travail d'un seul professionnel ne permet pas de conclure aux TSA et qu'à cet égard le psychologue ou le médecin doit pouvoir s'appuyer sur la contribution d'une équipe multidisciplinaire dans l'exercice de cette activité diagnostique. L'Ordre des psychologues et le Collège des médecins se sont entendus et engagés à élaborer ensemble des lignes directrices sur cette problématique, puisque les membres de ces deux ordres procèdent à l'évaluation des TSA en vue de recommander le traitement. À cet effet, un comité de rédaction a été constitué, comité composé d'un représentant de la permanence de chacun des ordres, de trois psychologues et de trois médecins, tous reconnus pour leur expertise en matière de TSA. Outre ce comité, nous avons constitué à l'Ordre un comité consultatif sur lequel nous nous appuierons pour soutenir les travaux du comité de rédaction. Si tout se déroule comme nous l'avons prévu, les lignes directrices seront disponibles d'ici à l'automne 2010.

À PROPOS DE QUELQUES AUTRES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Nous disposons déjà de lignes directrices qui orientent le travail des psychologues à l'évaluation d'une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès de même qu'à l'évaluation du retard mental et nous sommes en mesure de constater que celles-ci contribuent à la qualité de la pratique des psychologues qui exercent en ces domaines.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'évaluation d'une personne qui veut adopter un enfant, nous travaillons depuis un certain temps déjà à la révision de nos lignes directrices portant sur l'évaluation

psychosociale des postulants à l'adoption internationale et il y a somme toute assez peu à faire pour compléter le tout. Toutefois, il reste quelques questionnements impliquant le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI). Comme le SAI est à réviser ses pratiques et à redéfinir ses relations avec ses différents partenaires, il n'est actuellement pas en mesure de bien nous éclairer. Il s'est engagé à produire ses propres lignes directrices et il prévoit y intégrer des précisions qui permettront de répondre à nos interrogations. Nous avons donc dû suspendre nos travaux, puisque ceux-ci sont tributaires de ceux du SAI. À plus long terme, nous aurons à exporter, pour ainsi dire, les lignes directrices pour l'adoption sur le plan international à l'adoption sur le plan national.

Enfin, en ce qui a trait à l'évaluation des troubles neuropsychologiques, nous n'en sommes pas encore à l'étape de rédiger des lignes directrices. Toutefois, nous avons amorcé d'importants travaux pour nous permettre de bien circonscrire cette activité.

En guise de conclusion, soulignons que le PL 21 constitue une avancée importante en matière de protection du public, puisqu'il réserve à des professionnels compétents des activités jugées à risque. Les rôles et responsabilités des ordres professionnels concernés s'en trouvent d'autant accrus ou modifiés et il faut maintenant se retrouser les manches pour mettre en place tout ce qui est nécessaire pour assurer le maintien et le développement de la qualité des services dans ce nouveau cadre légal. À cet égard, nous avons besoin de nous appuyer sur des psychologues reconnus pour leur expertise notamment pour faire partie de nos comités de travail. Bref, la permanence de l'Ordre ne peut y arriver seule et nous comptons sur vous.

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** et un travail écrit est exigé.

À MONTRÉAL

- 22 janvier et 19 février 2010
- 19 mars et 16 avril 2010

COMBIEN ? 282,19 \$ (taxes incluses)

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

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/membres**

Présenter un atelier de formation au congrès 2010

Le prochain congrès de l'Ordre se tiendra à l'hôtel Hilton et au Centre des congrès de Québec les 29 et 30 octobre 2010. Le comité organisateur a déjà amorcé sa réflexion sur la programmation du congrès qui sera orientée, entre autres, sur les modifications de la pratique à la suite de la mise en vigueur de la loi 21. Il sera beaucoup question d'évaluation et de psychothérapie. Nous comptons offrir plus d'une trentaine d'ateliers de formation sur des sujets en lien avec la pratique actuelle de la psychologie dans tous les secteurs de pratique. Les psychologues qui souhaitent

partager leurs connaissances avec leurs collègues en présentant un atelier de formation sont invités à soumettre une proposition au comité organisateur.

Le formulaire de proposition d'atelier pour le congrès 2010 est maintenant disponible sur le site de l'Ordre à l'adresse suivante : www.ordrepsy.qc.ca/membres. Les propositions doivent parvenir à l'Ordre avant le 15 janvier prochain.

Les psychologues et la pandémie d'influenza

L'Ordre des psychologues a récemment collaboré avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour mettre à jour la banque de ressources humaines supplémentaires en cas de pandémie. Un premier appel aux psychologues avait été fait en 2006 et une banque de psychologues avait été constituée par le Ministère. Les psychologues cliniciens qui ne travaillent pas pour le réseau de la santé ont reçu, en septembre dernier, un message demandant à ceux d'entre eux déjà inscrits à la banque de mettre à jour leur dossier si des modifications étaient survenues depuis 2006. Les psychologues non inscrits étaient aussi invités à ajouter leur nom à cette banque de ressources alternatives. Au total, environ 650 psychologues se sont dits prêts à remplacer leurs collègues affectés par la grippe et à collaborer à toute situation d'urgence.

Par ailleurs, il est probable qu'en situation de pandémie de grippe sévère les psychologues soient appelés à travailler avec les médias dans les différentes régions du Québec. Ils pourront, par exemple, offrir un support psychologique à la population et expliquer quelles sont les réactions d'anxiété normales dans une situation de crise. Les psychologues qui se sentent à l'aise pour intervenir dans les médias dans un contexte de pandémie et qui souhaitent offrir leur collaboration sont invités à communiquer par courriel avec Annie-Michèle Carrière du service des communications de l'Ordre : amcarriere@ordrepsy.qc.ca. Nous constituerons une liste de psychologues que nous utiliserons au besoin.

Pour connaître l'évolution de la situation au jour le jour et suivre le programme de formation en ligne offert aux professionnels de la santé, vous pouvez consulter les sites Web suivants :

Portail pandémie Québec / <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>

Portail pandémie Québec – section Professionnels de la santé / <http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/index.php?accueil>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec / http://msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?accueil

Agence de la santé publique du Canada / http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/porcine_200904-fra.php

Organisation mondiale de la santé / <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/fr/index.html>

Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza / <http://www.formationpandemie.qc.ca/protected/?lang=fr>
(Entrez le nom d'utilisateur *formation* et le mot de passe *m3s*)



Institut québécois de Gestalt-thérapie Activités hiver-printemps 2010

Programme de formation à la Gestalt-thérapie – 1er cycle avec Jorge Vasco, psychologue
De vendredi à dimanche, les 19-20-21 février, 19-20-21 mars et 16-17-18 avril

Modèle de traitement psychothérapeutique des abus sexuels ou autres traumatismes vécus pendant l'enfance: les quatre étapes de la guérison avec Louise Dubuc, psychologue Le vendredi 5 février

L'anxiété et les troubles anxieux avec Jorge Vasco, psychologue Le vendredi 26 mars 2010

Formation à la psychothérapie gestaltiste des groupes avec Janine Corbeil, psychologue

Deux jours d'introduction aux principes théoriques de base
Les samedi et dimanche, 16-17 janvier

Rencontres périodiques mensuelles
Les samedis 30 janvier, 27 février, 27 mars, 24 avril et 22 mai

Portrait

Jean-Marie Boisvert : entre philosophie et psychologie

Des voiliers blancs dérivent doucement sur le fleuve qui coule sous nos yeux alors que Jean-Marie Boisvert, qui nous a reçus chez lui à Québec, fait un retour sur sa carrière en tant qu'auteur, clinicien et professeur à l'Université Laval.

Portrait d'un psychologue qui, un jour, a rêvé d'être un vrai philosophe.

« Si on veut être un vrai philosophe, il faut bien connaître au moins une science » a affirmé un professeur de philosophie dans le cadre d'un cours auquel Jean-Marie Boisvert assistait. Or comme c'était son but et qu'il manifestait peu d'intérêt pour les sciences pures, ce dernier opta pour la psychologie, une discipline qu'il a toujours considérée comme une véritable science et à laquelle il se consacre avec passion depuis plus de 40 ans. Il ne l'admettrait sans doute pas lui-même, mais on le reconnaît aujourd'hui comme l'un des pionniers de la thérapie comportementale au Québec.

_UN PENCHANT POUR LA SCIENCE

Au départ, Jean-Marie Boisvert voulait devenir écrivain. Il s'inscrit donc en lettres, mais découvre au passage le monde fascinant de la philosophie dans lequel il plonge, se passionnant notamment pour les écrits de Descartes, Feuerbach et Jaspers. « Je voulais faire ma thèse de licence sur Kant. J'ai lu tout ce qu'il avait écrit », explique-t-il. De l'auteur du célèbre *Critique de la raison pure*, il retient entre autres l'idée d'une morale innée, non religieuse; une morale qu'il qualifie d'humaine. Or jumelé à un directeur de thèse d'approche vraiment non directive, l'étudiant s'éparpille et abandonne finalement ce projet.

Mais à cette même époque, un autre auteur attire son attention : il s'agit de Watson, le père du béhaviorisme. Ses écrits sont une révélation. « Je suis arrivé en psychologie en voulant d'abord étudier une science », se rappelle Jean-Marie Boisvert. Admis à l'Université de Montréal, il s'intéresse un peu à l'orientation psychanalytique, qui était alors la norme, puis se laisse séduire par l'approche humaniste de Rogers. C'est finalement Germain Lavoie, directeur du service de psychologie à Louis-H. Lafontaine où Jean-Marie Boisvert travaille durant l'été comme étudiant qui, connaissant l'intérêt de ce dernier pour la science, l'enjoint à se tourner vers la thérapie béhaviorale. « Ce conseil était étonnant de la part d'un psychanalyste! », fait remarquer le chercheur en souriant. C'était en 1968 et l'approche béhaviorale en était à ses balbutiements.

« J'ai voulu comparer des approches de conditionnement opérant et de désensibilisation systématique avec des enfants hyperactifs, mais mon projet, jugé trop complexe, a été refusé », se remémore Jean-Marie Boisvert, sans amertume. Il se tourne donc vers l'étude d'efficacité d'un programme basé sur l'économie de jetons destiné à des patients schizophrènes chroniques. Or alors qu'il revient faire sa cueillette finale de données six mois après ses mesures de départ, il a la surprise de réaliser que pratiquement tous ses sujets ont disparu! « Certains intervenants ont peut-être eu peur de se faire évaluer », conclut-il, bon joueur.

Par la suite, grâce au soutien de Luc Granger, son directeur de thèse, professeur à l'Université de Montréal, Jean-Marie Boisvert s'engage dans un autre projet de recherche qui le mènera à l'obtention d'un doctorat. Mais, encore une fois, cela ne se fait pas sans heurts : son hypothèse de départ voulant que le renforcement diminue la motivation intrinsèque sera réfutée par ses résultats... Heureusement, le chercheur semble avoir le don de prendre les revers avec philosophie!

_AIDER LES COUPLES À COMMUNIQUER

À Louis-H. Lafontaine, où il travaillera comme clinicien pendant 20 ans, Jean-Marie Boisvert a le bonheur de faire la rencontre de Madeleine Beaudry, une jeune travailleuse sociale qui deviendra sa conjointe, mais aussi sa complice d'écriture. Ensemble, ils mettent sur papier le programme d'entraînement à l'affirmation de soi qu'ils animent auprès de groupes de personnes souffrant d'anxiété sociale. Le fameux livre, intitulé *S'affirmer et communiquer* prend la forme d'un ouvrage pratique, accessible, et comprenant bon nombre d'exercices, de dialogues et même d'extraits de chansons québécoises.

Publié alors même que le peuple québécois parle d'autonomie et que les femmes prennent leur place sur le marché du travail, le livre s'inscrit parfaitement dans l'air du temps et connaît un franc succès. Il a été vendu, depuis sa publication en 1979, à plus de 150 000 exemplaires! Parce qu'une bonne partie des exemplaires est écoulee en France, le couple d'auteurs y sera invité à maintes reprises pour faire découvrir aux intervenants français les vertus de l'approche cognitivo-comportementale qui est alors quasi inexistante là-bas.

Au début des années 70, dans la foulée des premiers ouvrages portant sur la thérapie béhaviorale de couples, Jean-Marie Boisvert et Madeleine Beaudry développent une approche d'entraînement à la communication qu'ils offrent en cothérapie. « Les recherches démontrent aujourd'hui que la cothérapie n'est pas plus efficace que lorsqu'il n'y a qu'un thérapeute, mais comme les couples sont souvent formés d'un homme et d'une femme, intervenir à deux nous semblait logique », explique le psychologue. De cette expérience naîtra, en 1988, un deuxième livre intitulé *Psychologie du couple*.

Selon Jean-Marie Boisvert, tant les compétences d'écoute que les compétences associées à l'expression de soi peuvent être déficientes dans les couples. Il estime en outre que le développement de l'écoute est crucial : « Si quelqu'un m'écoute, ce sera plus facile pour moi de m'exprimer et donc en thérapie de couple, lorsqu'on travaille sur l'écoute, on travaille presque automatiquement sur l'expression de soi ». Or ces habiletés gagnent à être développées assez tôt. Les recherches menées par Jean-Marie Boisvert et ses

collègues ont effectivement mis en évidence que les jeunes couples présentent autant de problèmes de communication que les couples d'expérience. « Cela nous a surpris », admet le chercheur qui constate aussi que les jeunes couples ont souvent du mal à parler ouvertement de leurs désaccords. « Ils évitent ces échanges de peur de briser le charme », remarque Jean-Marie Boisvert qui, comme psychothérapeute, s'applique donc à leur procurer un cadre rassurant afin qu'ils puissent apprendre à parler de leurs conflits.

_À PROPOS DE LA 3^e VAGUE

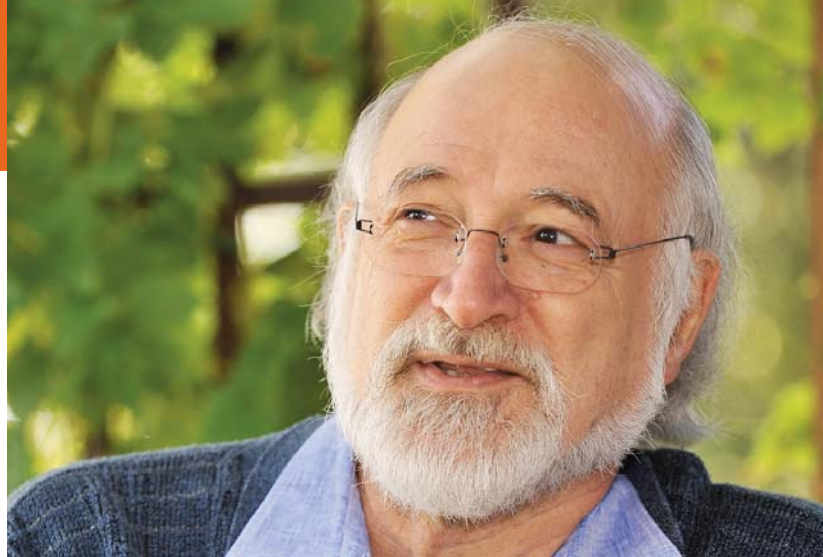
Artisan de la première, puis de la deuxième vague, Jean-Marie Boisvert est visiblement séduit par ce qu'on appelle aujourd'hui la 3^e vague des thérapies cognitivo-comportementales. « Les gens qui développent des troubles anxieux et dépressifs font souvent beaucoup d'évitement », explique-t-il. Or pour lui, les approches issues de la 3^e vague, comme l'acceptation de soi et la pleine conscience viennent, de façon puissante, contrer cette tendance vers l'évitement.

Apprendre à observer ce qui se passe et à le décrire pour soi-même sans porter de jugement, voilà une habileté qui, selon ce que Jean-Marie Boisvert a observé en clinique, peut faire une énorme différence. Elle équivaut pour lui à une forme d'analyse comportementale de soi et des autres. « J'ai rarement vu des changements aussi rapides chez les clients », affirme-t-il, ajoutant que ces derniers embarquent facilement dans cet exercice qui s'avère plutôt zen.

Jean-Marie Boisvert goûte à l'enseignement à compter de 1987 en acceptant un poste à temps partiel à l'UQAM. Travaillant toujours à mi-temps à Louis-H. Lafontaine, il qualifie d'idéale cette situation de travail qui lui permet d'allier la clinique, l'enseignement et la recherche. Puis, en 90, un poste s'ouvre au Département de psychologie de l'Université Laval. Jean-Marie Boisvert hésite, mais part finalement pour Québec en compagnie de Madeleine qui vient elle aussi d'obtenir un poste à Laval. Bien qu'il ait officiellement pris sa retraite de l'Université en 2007, Jean-Marie Boisvert continue son implication au laboratoire où oeuvrent les chercheurs qui l'ont si chaleureusement accueilli et pour qui il entretient encore la plus grande admiration.

_UN NOUVEAU REGARD SUR LA DÉPRESSION

En 2004, alors qu'il profite d'une année sabbatique en Europe, Jean-Marie Boisvert tombe grièvement malade : il s'agit d'un abcès cérébral. Suite à la chirurgie, les séquelles motrices et cognitives demeurent importantes. La convalescence durera une année et demie, période pendant laquelle le psychologue doit se soumettre à divers traitements de réadaptation. Et il raconte : « Un membre de l'équipe soignante m'a dit un jour que j'avais l'air déprimé. Je lui ai répondu qu'après ce qui m'était arrivé, je réclamaï le droit d'être triste! Cela m'a fait un bien immense. Je réalise maintenant que lors d'une dépression, il y a une étape d'acceptation qui est importante ». Cette expérience a, selon lui, contribué à modifier sa perception de la dépression, un mal-être qu'il admet avoir eu de la difficulté à comprendre pendant ses années comme clinicien.



D'ailleurs, dans les prochains mois, un nouvel ouvrage cosigné par Jean-Marie Boisvert verra le jour et celui-ci porte justement sur la dépression. Intitulé *Vaincre la dépression, une étape à la fois*, ce livre est le fruit d'un travail de traduction et d'adaptation d'un ouvrage écrit par les psychologues américains Addis et Martell. Ceux-ci proposent une approche d'autotraitement basée notamment sur les travaux de Jacobson sur l'activation comportementale, une approche qui serait au moins aussi efficace que la thérapie cognitive. Jean-Marie Boisvert est fier d'avoir pu mener ce projet à bien avec Marie-Claude Blais, une de ses anciennes étudiantes, et aujourd'hui professeure à l'UQTR. Espérant que ce livre pourra être utile, il confirme que des recherches ont déjà démontré les effets bénéfiques de certains ouvrages de *self-help* pour les personnes dépressives.

_L'ÊTRE HUMAIN : TOUJOURS FASCINANT

« J'aime beaucoup faire de la clinique. Ce qui me fascine le plus, c'est la volonté des gens de progresser, de s'améliorer, d'aller mieux », dit Jean-Marie Boisvert. Entre la contemplation du fleuve, les travaux de jardinage et les visites des enfants et des petits-enfants, celui-ci voit encore des clients quelques heures par semaine et supervise trois étudiants au doctorat. Il apprécie ce que ces derniers lui apportent. « Les voir évoluer, c'est un charme! », lance-t-il.

« On pourrait calculer la conduite future d'un homme avec autant de certitude qu'une éclipse de lune ou de soleil et cependant soutenir en même temps que l'homme est libre », a écrit Kant dans *Critique de la raison pratique*. Cette phrase, qui allie science, rigueur et liberté, résume bien le parcours de Jean-Marie Boisvert. Discret, celui-ci confie qu'il travaille actuellement sur un projet d'écriture qui réunira la philosophie et la psychologie, mais un moment passé en sa compagnie suffit pour réaliser que chez lui, ces deux disciplines ont toujours été indissociables.

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

_Bibliographie

Boisvert, J.-M., Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Les Éditions de l'Homme, Montréal, 328 p.

Beaudry, M., Boisvert, J.-M., (1988). *Psychologie du couple*. Éditions du Méridien, Montréal, 405 p.

Boisvert, J.-M., Blais, M.-C. (sous presse) *Vaincre la dépression, une étape à la fois. La nouvelle approche d'activation comportementale pour reprendre votre vie en mains*, traduction et adaptation du livre *Overcoming Depression One Step At A Time* écrit par Michael E Addis Christopher R Martell (2004). Les Éditions de l'Homme, Montréal.

PSYCHOLOGUES

Un poste régulier à temps plein au primaire
Contrats de remplacement à temps plein et à temps partiel au primaire et au secondaire



NATURE DU TRAVAIL

L'emploi de psychologue comporte plus spécifiquement la prévention, le dépistage, l'évaluation, l'aide et l'accompagnement des élèves handicapés ou des élèves qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage visant à les soutenir dans leur cheminement scolaire et leur épanouissement personnel et social.

Pour plus d'information sur le travail de psychologue en milieu scolaire, veuillez consulter le plan de classification à l'adresse suivante : www.cpn.gouv.qc.ca/cpnfc en sélectionnant l'onglet Plans de classification et personnel professionnel.

QUALIFICATION REQUISE

Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

AVANTAGES

- ▶ Programme d'insertion professionnelle à la fonction de psychologue en milieu scolaire;
- ▶ Possibilité de participer annuellement à des perfectionnements à l'externe ainsi qu'à des formations offertes à l'interne;
- ▶ Rencontres régulières d'équipe professionnelle pour permettre la mise à jour de nouvelles techniques et le partage d'expertise;
- ▶ Travail multidisciplinaire favorisé;
- ▶ Joignez-vous à une équipe de près de 40 psychologues.



CONDITIONS D'EMPLOI

Selon la convention collective des professionnels (CSQ).

TRAITEMENT ANNUEL

De 37 354 \$ à 70 819 \$

CANDIDATURE

Nous invitons les personnes intéressées à faire parvenir une lettre de motivation ainsi que leur curriculum vitae à :

Monique Caron, agente de bureau
Commission scolaire Marie-Victorin
Service des ressources humaines
13, rue Saint-Laurent Est
Longueuil (Québec) J4H 4B7

Télécopieur : (450) 670-9604

Courriel : cvprofessionnel@csmv.qc.ca



N.B. Seules les personnes retenues pour une entrevue recevront une réponse.

La Commission scolaire Marie-Victorin est engagée dans un programme d'accès à l'égalité en emploi et invite les femmes, les membres des minorités visibles, les membres des minorités ethniques, les autochtones et les personnes handicapées à présenter leur candidature.

Les psychologues dans les médias, des informations appréciées du public

Le service des communications est toujours à la recherche de psychologues qui souhaitent collaborer avec les médias pour informer la population sur des sujets de nature psychologique. Si vous désirez vous inscrire à la banque de ressources média de l'Ordre, il vous suffit de visiter la section des membres du site Internet www.ordrepsy.qc.ca/membre sous l'onglet « Inscription » et de remplir les champs demandés. De cette façon, vous compterez parmi les nombreux psychologues inscrits à la banque de ressources média qui répondent régulièrement aux questions des médias. Que ce soit en accordant une entrevue au journaliste d'un grand quotidien, au rédacteur d'un magazine qui s'adresse à un vaste public, à l'animateur d'une émission de télévision ou de radio bien connue, toutes les occasions sont bonnes pour mettre vos connaissances et votre expertise au service du public. Plusieurs sujets d'actualité se prêtent à l'analyse d'un psychologue, celui-ci pouvant s'avérer fort rassurant et éclairant concernant des dossiers tels que la violence dans les écoles, les conflits en milieu de travail, le suicide, les relations de couple difficiles ou le stress posttraumatique.

Les demandes des médias concernant l'avis d'un psychologue ne cessent de croître. Le service des communications veut s'assurer de répondre en tout temps aux besoins en proposant des noms de professionnels de talent, et ce, rapidement.



AVIS DE LIMITATION TEMPORAIRE

Avis est par les présentes donné que **Monsieur Denis Tremblay**, psychologue, permis numéro 02510-79, exerçant sa profession au 1113 rue Félix-Antoine-Savard, à Chicoutimi, a été trouvé coupable par le conseil de discipline en ce que:

1. « L'intimé ne s'est pas conformé à un protocole d'application d'un test connu sous la désignation «Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota» ou MMPI;

Le tout contrairement à l'article 72 du Code de déontologie des psychologues. Dans sa décision rendue le 28 juillet 2009 et signifiée à l'intimé le 12 août 2009, le conseil de discipline a condamné ce dernier à une limitation temporaire de son droit de pratique en ce qui a trait à l'expertise psycholégale jusqu'à ce qu'il ait complété trois (3) mandats sous la supervision d'un psychologue accrédité comme expert par l'Ordre des psychologues du Québec. Le conseil a également condamné l'intimé à une amende de 2 000 \$ et à tous les frais.

Monsieur Denis Tremblay est donc limité temporairement dans son droit de pratique en ce qui a trait à l'expertise psycholégale à compter du 14 septembre 2009.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du Code des professions.

Ville Mont-Royal, ce 17 septembre 2009

M^{re} Édith Lorquet

Secrétaire du conseil de discipline

> En bref UNE PSYCHOLOGUE DE QUÉBEC HONORÉE

Le 22 mai dernier, le conseil multidisciplinaire du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) a procédé à la remise annuelle des prix Reconnaissance. Le prix Rayonnement a été décerné à la D^{re} Josée Rhéaume, psychologue à l'Unité de thérapie cognitive comportementale du Centre de psychiatrie de l'HDL, afin de souligner l'excellence de son travail et le rayonnement de sa carrière à l'extérieur du centre hospitalier. En poste à l'HDL depuis 1998, M^{me} Rhéaume est cofondatrice de l'Unité de thérapie cognitive comportementale. Tout au long de sa pratique, elle a maintenu le souci de développer ses champs d'intérêt dans le cadre de l'axe de recherche en santé mentale

à l'HDL. Madame Rhéaume est reconnue par ses pairs comme une excellente ambassadrice de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Toutes nos félicitations pour ce prix!



De gauche à droite, M^{me} Cynthia Roy, présidente du conseil multidisciplinaire, M^{me} Josée Rhéaume, récipiendaire du prix, M^{me} Fabienne Marceau, secrétaire du conseil multidisciplinaire et M. Martin Lord, directeur général adjoint.



**Clinique d'évaluation neuropsychologique
et des troubles d'apprentissage de Montréal**

Offres d'emploi

La Centam est à la recherche de neuropsychologues ou psychologues spécialisés dans l'évaluation des troubles d'apprentissage.

- Évaluation auprès d'enfants d'âge scolaire ou d'adultes
- Temps complet ou partiel (horaires flexibles)
- Avantages sociaux et salaire compétitif

Veuillez transmettre votre CV par courriel à info@centam.ca, par la poste ou télécopieur.

1030 rue Cherrier, 510
Montréal (Québec)
H2L 1H9

Tél. : 514.528.9993
Fax : 514.529.9436



Dr Frédéric Dionne / Psychologue

Psychologue au collège François-Xavier-Garneau (Québec) et en pratique privée (Lévis). Il est également formateur à l'Institut de formation continue du Québec (www.ifcq.net) et éditeur d'un numéro thématique de la *Revue québécoise de psychologie* sur la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive qui paraîtra en décembre 2010.

psychologue@frederickdionne.ca / www.frederickdionne.ca

Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive

De multiples transformations s'opèrent actuellement au sein de l'approche comportementale et cognitive (TCC). En raison de ses dissemblances avec les énoncés, méthodes et buts de la « TCC traditionnelle », plusieurs chercheurs et cliniciens croient en l'émergence d'un nouveau paradigme appelé « troisième vague » (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Cet article cherche à situer les trois vagues de la TCC et à présenter les caractéristiques qui différencient la deuxième de la troisième vague.

_LA PREMIÈRE VAGUE

Les TCC consistent en l'application d'une méthodologie expérimentale rigoureuse afin de comprendre et de modifier les comportements humains et traiter les troubles de santé mentale (Cottraux, 2006). Selon Hayes (2004), il est maintenant possible de distinguer trois grands mouvements dans l'histoire des TCC. La première vague est l'approche strictement comportementale ou de « modification du comportement » qui a acquis sa notoriété entre les années 1950 et 1970. Celle-ci provient principalement de deux théories de l'apprentissage : le conditionnement répondant basé sur le behaviorisme méthodologique de Watson au sein duquel l'individu apprend par association (S-R) et le conditionnement opérant issu du behaviorisme radical de Skinner où les comportements sont acquis en fonction de leur effet sur l'environnement. Les approches provenant du conditionnement répondant

ont permis l'apparition de la désensibilisation systématique de Wolpe, très répandue pour le traitement des phobies et de l'anxiété. Les concepts de Skinner sur le renforcement ont surtout eu des répercussions dans les milieux éducatifs et institutionnels.

_LA DEUXIÈME ET LA TROISIÈME VAGUE : DEUX VISIONS DU MONDE

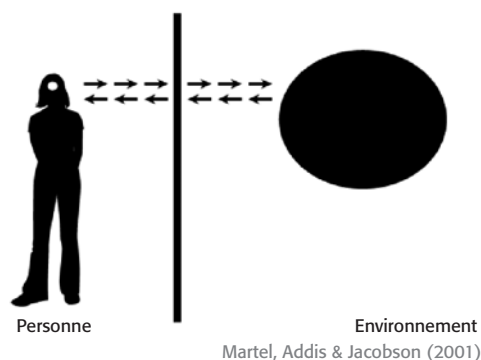
Bandura, en 1969, a mis l'accent sur le rôle de l'imitation et du sentiment d'efficacité personnelle (un phénomène cognitif) dans sa théorie de l'apprentissage social. Cette théorie fait la jonction entre les traditions comportementales et cognitives. Ellis, Beck, Meichenbaum et Mahoney sont des figures significatives de ce courant entre les années 1970 et 1990. La thérapie cognitive fait ressortir le rôle causal des variables internes dans l'explication et le maintien des comportements problématiques. Cette approche se base sur la métaphore de l'ordinateur ou du traitement de l'information pour comprendre et prédire les comportements humains. Comme l'illustre la Figure 1, l'individu est influencé par l'environnement dans l'acquisition de ses pensées, croyances et schémas. Ces entités cognitives agissent sur sa perception du monde extérieur. L'objectif du traitement consiste à amener le client à prendre conscience de ses pensées automatiques, et par la restructuration cognitive, à modifier des structures cognitives de base (Beck, 1995). Il s'agit donc d'un modèle *mécaniste*¹ (Dougher & Hayes, 2000), car le fonctionnement de l'individu est comparé à celui d'une machine dont les différentes parties (p. ex. pensées, émotions) sont indépendantes et en interaction.

> L'émergence d'une troisième vague en thérapie comportementale et cognitive <

dossier <

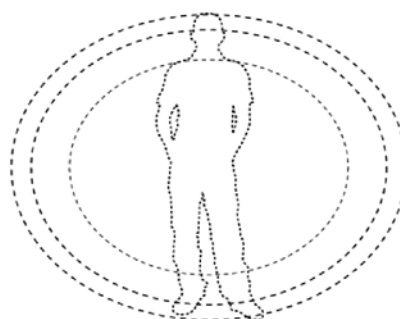
Bien que fort populaires aux États-Unis et en Europe, les approches de la « troisième vague » en thérapie comportementale et cognitive demeurent méconnues au Québec. Le psychologue Frédérick Dionne a voulu remédier à cette situation en nous offrant ce dossier spécial qui présente les récents développements dans le domaine. Il s'est entouré de collaborateurs pour nous introduire aux approches les plus importantes de cette troisième vague et plus spécifiquement, à la thérapie comportementale dialectique, à la thérapie d'acceptation et d'engagement ainsi qu'à la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Une troisième vague qui risque de mener loin ceux qui veulent bien y plonger et se laisser porter...

FIGURE 1 : LE MODÈLE COGNITIF (MÉCANISTE)



Pendant que la TCC bénéficie d'une popularité certaine en psychologie clinique, des recherches dans le domaine de la psychologie fondamentale et l'adoption d'une façon « nouvelle » de concevoir les problèmes humains émergent. Hayes, Jacobson, Linehan, Segal et Kolhenberg sont les principaux instigateurs de ces travaux. Alors que la vision du monde mécaniste prévaut en TCC, une vision du monde basée sur le *contextualisme fonctionnel* est proposée pour comprendre, prédire et influencer les comportements humains. Pour Jacobson (1997), le contextualisme est une suite logique au béhaviorisme radical de Skinner. Il soutient que la TCC classique, plus basée sur le béhaviorisme méthodologique de Watson, n'a pas su préciser la philosophie sous-jacente à sa psychothérapie. Il faut revenir selon lui à l'essence de la théorie afin d'optimiser les interventions. Dans une vision du monde contextuelle, comme l'illustre la Figure 2, la cause des troubles de santé mentale ne se trouve pas à l'intérieur de l'individu, mais bien dans les transactions entre celui-ci et son environnement (externe et interne). Dans cette vision, il est impossible d'isoler une cause singulière pour expliquer les comportements, car ils sont explicables par une multitude de facteurs qui surviennent de façon continue et concomitante. Cela a pour effet, notamment, de normaliser la psychopathologie, en plus d'offrir des répercussions psychothérapeutiques importantes.

FIGURE 2 : LE MODÈLE CONTEXTUEL



Les principales approches contextuelles de la troisième vague sont la Thérapie dialectique de Linehan (1993), la Thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la Thérapie intégrative comportementale de couple (Jacobson & Christensen, 1996), la Thérapie d'activation comportementale en contexte pour la dépression (Martell, Addis & Jacobson, 2001) et la Thérapie analytique fonctionnelle (Kolhenberg & Tsai, 1991). D'autres approches plus cognitives s'inscrivent également dans la vague actuelle comme la Thérapie métacognitive (Wells, 2007) et la Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour le traitement des rechutes en dépression (Segal, Teasdale & Williams, 2006).

_LES CARACTÉRISTIQUES DE LA TROISIÈME VAGUE

Voici quelques-unes des caractéristiques que partagent les approches de la troisième vague qui les distinguent de la TCC traditionnelle. Ces éléments sont résumés au Tableau 1.

La forme versus la fonction des symptômes

Ce n'est pas la forme d'un comportement qu'il importe de saisir dans les approches de la troisième vague, mais bien quelle conséquence ce comportement produit-il dans l'environnement? En d'autres mots, quelle est la fonction du comportement, à quoi

sert-il? Ainsi, faire une sieste peut paraître contreproductif pour un individu qui souffre de dépression, mais n'a pas la même fonction pour un individu qui présente une personnalité obsessionnelle. La forme du comportement est pourtant la même, mais dans un cas la sieste peut servir à éviter des émotions désagréables, alors que dans l'autre, elle peut être vue comme un rare moment de relaxation. Il faut se demander si l'action est efficace ou pragmatique pour l'individu, si elle permet d'atteindre ses objectifs personnels.

Méthodes didactiques versus expérientielles

Dans la plupart des approches contemporaines, le thérapeute ne cherche pas à agir directement sur les symptômes (pensées, émotions, sensations) par des stratégies de changement didactiques et verbales (comme le questionnement socratique et la psychoéducation). Il tente davantage de changer la relation du client face à ses symptômes (on appelle ces changements « contextuels »). Pour ce faire, viennent s'ajouter des méthodes expérientielles comme l'utilisation de métaphores (Hayes *et al.*, 1999), la pratique de la méditation en pleine conscience (Segal *et al.*, 2006) et le contact avec les émotions dans l'ici et maintenant (Barlow, 2009). Ces méthodes, axées davantage sur l'*experiencing*, s'apparentent dans leur forme à des interventions provenant des traditions humanistes, gestaltistes, psychodynamiques, voire bouddhistes.

Le contrôle versus l'acceptation des émotions

La notion d'acceptation est au cœur des innovations actuelles. Elle est utile dans le contexte où plusieurs comportements problématiques chez les clients sont difficilement modifiables. L'acceptation signifie s'exposer activement aux pensées, émotions et sensations tout en prévenant la réponse d'évitement et en accueillant ces phénomènes tels qu'ils sont (Cordova, 2001). Dans la thérapie de couple, par exemple, au lieu de chercher à changer certains comportements problématiques chez l'autre, il est plutôt proposé de faire cesser la lutte du client pour changer le conjoint ou la conjointe (lâcher prise), de modifier sa propre réaction émotionnelle face aux comportements de l'autre (Jacobson & Christensen, 1996). Dans l'ensemble, les approches de première et de deuxième génération visent principalement le contrôle, la diminution ou la gestion des comportements problématiques (incluant les pensées et émotions) par des techniques telles la relaxation et la désensibilisation systématique (Hayes, 2004).

Modification du contenu des pensées versus distanciation

Dans la technique classique des trois colonnes utilisée en TCC, le client est amené à noter les pensées automatiques reliées aux émotions et comportements qui surgissent dans une situation donnée. Une quatrième colonne est ensuite utilisée et demande au client de mettre à l'épreuve ses pensées irrationnelles, en

reformulant sur la base d'arguments objectifs une pensée plus rationnelle. Or il semble que les approches de la troisième vague soient en train d'abandonner cette quatrième colonne. Elles cherchent plutôt à amener le client à prendre une distance face au contenu de ses pensées, à conscientiser le processus même de penser (p. ex. remarquer lorsqu'il rumine) de façon à voir les pensées comme des phénomènes transitoires et non comme des faits (Segal *et al.*, 2006). Une intervention basée sur la TCC traditionnelle cherchait plutôt à modifier le contenu (ou la forme) des pensées ruminatives (« quels sont les faits qui vous font croire que votre vie est un échec? »).

Restructuration cognitive versus pleine conscience

La pleine conscience est un des véhicules qui permet ce processus de distanciation face aux pensées. Elle permet de développer une conscience métacognitive chez l'individu, l'entraînant à adopter la position d'observateur face à l'émergence de ses phénomènes cognitifs. Cette méthode suscite un engouement en psychothérapie et s'harmonise particulièrement bien avec la TCC de par ses mécanismes d'action. Elle consiste essentiellement à centrer son attention sur un objet (plus souvent sur la respiration) et à prendre conscience des pensées, sensations et émotions qui surgissent dans le moment, et ce, avec une attention particulière (spontanée, ouverte et sans jugement), en prenant soin de ramener l'attention constamment à l'objet de centration lorsque l'esprit vagabonde (Segal *et al.*, 2006).

Le rôle de la relation thérapeutique

Les ingrédients qui composent l'alliance thérapeutique (chaleur, empathie, authenticité) sont des conditions nécessaires en TCC (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Traditionnellement, l'alliance thérapeutique est au service des objectifs de traitement et favorise la mise en place de stratégies de changement chez le client (p. ex. exercices à la maison), mais elle n'est pas une condition suffisante à l'entreprise psychothérapeutique. Le rôle de la relation thérapeutique est un peu plus central dans les approches de la troisième vague (Hayes, 2004). D'une part, il y a un souci plus marqué de comprendre et influencer les variables en jeu chez le thérapeute. En fait, celui-ci est également soumis à la philosophie contextuelle et il doit lui-même pratiquer l'acceptation, la pleine conscience et la distanciation, etc. D'autre part, le changement peut se produire à l'intérieur de la relation thérapeute-client pour se généraliser à l'extérieur de cette relation. En ce sens, la thérapie analytique fonctionnelle (Kolhenberg & Tsai, 1991) nous fournit une analyse des comportements cliniquement significatifs entre le thérapeute et le client (p. ex. transfert, contre-transfert) à partir des principes et de la nomenclature du conditionnement opérant de Skinner (renforcement, façonnement).

TABLEAU 1 : DISTINCTION ENTRE LA DEUXIÈME ET LA TROISIÈME VAGUE DE TCC

DEUXIÈME VAGUE	TROISIÈME VAGUE
VISION DU MONDE MÉCANISTE	VISION DU MONDE CONTEXTUELLE
FORME DES COMPORTEMENTS	FONCTION DES COMPORTEMENTS
MÉTHODES DIDACTIQUES DE CHANGEMENT	MÉTHODES EXPÉRIENTIELLES DE CHANGEMENT
CONTRÔLE ET DIMINUTION DES ÉMOTIONS	ACCEPTATION DES ÉMOTIONS
MODIFICATION DU CONTENU DES PENSÉES	DISTANCIATION FACE AUX PENSÉES
RESTRUCTURATION COGNITIVE	PLEINE CONSCIENCE
RÔLE SECONDAIRE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE	RÔLE CENTRAL DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE



Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

22^e congrès de la Société Québécoise d'hypnose
L'hypnose : un pont entre le corps et l'esprit
LES 20 ET 21 NOVEMBRE 2009

20 NOVEMBRE Techniques d'hypnose adaptées aux différents troubles de la personnalité dans les cas complexes de stress post-traumatiques. Avec Madame Louise Suzor, psychologue

21 NOVEMBRE Spiritualité et hypnose. Avec M. Robert Bissonnette, psychologue

L'hypnose dans le traitement du somnambulisme adulte. Avec Madame Régine Denesle, M.Sc., psychothérapeute et agente de recherche à l'Université de Montréal

Hypnose/heuristique implicite/neurosciences : une intégration psycho-neuro-physiologique dans le processus de guérison corps-esprit. Avec M. Richard Gagnon, D.Ps., psychologue

Choix de matériel et procédure d'enregistrement de fichier audio par ordinateur. Avec M. Jacques Desaulniers, psychologue

Visitez notre site : www.sqh.info Renseignements : **514 990-1205**

_CONCLUSION

Le présent article a permis de distinguer brièvement quelques caractéristiques de la troisième vague de TCC en comparaison avec la deuxième. Aborder les nouvelles avenues en TCC en ces termes peut avoir l'inconvénient de séparer les approches et accentuer l'écart entre celles-ci. C'est d'ailleurs ce que Hofmann et Asmundson (2008) soutiennent, considérant que les avancements actuels sont le prolongement de la TCC, plutôt qu'une génération à part entière. Chose certaine, ces technologies ne peuvent être que profitables pour la science et pour les clients. Elles nous offrent des stratégies innovatrices et concrètes qui bénéficient d'un appui empirique grandissant. Il faut voir ces moyens comme étant complémentaires à nos pratiques, ayant comme potentiel d'optimiser les interventions existantes en TCC.

_Note

- 1 Ces visions du monde proviennent des travaux du philosophe Stephen Pepper, publiés en 1942

_Bibliographie

Barlow, D.H. (2009, Juin). *Vers un modèle transdiagnostique unifié des troubles affectifs*. Conférence présentée au 70^{ème} congrès annuel de la Société canadienne de psychologie. Montréal, Canada.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New-York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New-York : Guilford.

Cordova, J. V. (2001). Acceptance in behavior therapy: Understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24, 213-226.

Cottraux, J. (2006). *Les thérapies comportementales et cognitives* (4^{ème} éd.). France: Masson.

Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. In M. J. Dougher (Éd.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-26). Reno, NV: Context Press.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Éds). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New-York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New-York: Guilford Press.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.

Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 235-243.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New-York: Norton.

Kolhenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New-York: Plenum Publishers.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New-York: Guilford Press.

Martell, C.R., Addis, M. E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New-York: W. W. Norton & Company, Inc.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. De Boeck.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New-York: Wiley.

LES SERVICES PROFESSIONNELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE MONTRÉAL

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

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

514 840-0614

Direction : Gaëtan Roussy, psychologue
gaetanroussy@hotmail.com



Alain Janelle

Étudiant au doctorat en psychologie

Il effectue des recherches sur les thérapies d'approche comportementale et cognitive visant à aider les adolescents suicidaires aux prises avec une dépression complexe.



Dr Réal Labelle / Psychologue

Clinicien-chercheur dans le domaine de la psychologie clinique d'approche comportementale et cognitive, Réal Labelle est spécialisé dans le traitement psychologique des troubles dépressifs et des conduites suicidaires chez les jeunes.

La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes

« Je suis une écorchée vive... Je suis tellement transparente qu'il faut que je crie pour qu'on me voie... Je suis tordue comme un vieux bout de bois, et pleine d'échardes, quand on m'approche de trop près, je laisse des marques... Ma vie, c'est l'été meurtrier, je suis en croisade contre ceux qui pensent m'aimer. »

La romancière montréalaise Marie-Sissi Labrèche, avec les romans *Borderline* (2000) et *La brèche* (2002), nous expose les douleurs et les paradoxes d'une personne touchée par un trouble mental complexe. La TCD est un traitement ciblant précisément ce type de trouble, notamment le trouble de personnalité limite (TPL) avec des comportements autodommageables ou suicidaires. Le terme dialectique fait référence à cette thérapie qui cherche essentiellement à développer chez le patient une capacité de synthèse d'éléments contradictoires. Pour y arriver, la TCD utilise des stratégies de changement chères à l'approche comportementale et cognitive (TCC) et emploie des stratégies d'acceptation propres à l'approche comportementale dialectique.

_HISTORIQUE ET DÉVELOPPEMENT

Au début des années 1980, Marsha M. Linehan observe auprès d'une clientèle suicidaire que la dysrégulation émotionnelle interfère sérieusement avec le processus thérapeutique visant la modification du comportement et des cognitions. Elle constate aussi que cette dysrégulation rend difficiles l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique et aboutit souvent à l'abandon thérapeutique. Que faire? En 1987, elle élabore une psychothérapie qu'elle nomme la « thérapie comportementale dialectique » et qui vise précisément la diminution des comportements autodommageables ou suicidaires et les comportements interférant avec la thérapie ou la qualité de vie du patient. La TCD partage plusieurs similarités avec les TCC de troisième vague, comme l'utilisation de stratégies d'acceptation, l'accent mis sur les émotions, l'enseignement de la présence attentive¹ (*mindfulness*) et l'importance des variables du thérapeute (Hayes, 2004).

_BASE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE

La TCD pose l'hypothèse que les personnes atteintes de troubles mentaux complexes, comme le TPL, souffrent d'une dysrégulation

émotionnelle résultant de l'interaction entre une vulnérabilité émotionnelle de base et un environnement invalidant. En fait, dans un environnement qui adopte des caractéristiques dysfonctionnelles, un enfant manifestant une grande réactivité émotionnelle aux stimuli externes et internes s'expose au cours de son développement à des expériences qui exacerbent ses déficits en matière de compétences à réguler ses émotions. Dans ce contexte, le manque de concordance entre les besoins de l'enfant et les réponses de l'environnement a pour conséquence de limiter et d'entraver certains apprentissages indispensables à une gestion émotionnelle adéquate (Linehan, 1993a).

_APERÇU D'UN PROTOCOLE STANDARD

La TCD emploie cinq modalités d'intervention. Les paragraphes qui suivent présentent brièvement l'essentiel d'un protocole standard de la TCD (Linehan, 1993a, 1993b).

Thérapie individuelle. Le thérapeute individuel est considéré comme l'intervenant principal. Il gère les crises avec le patient et le supervise dans l'application des compétences acquises en groupe afin de trouver des solutions dialectiques aux problèmes. Il rencontre le patient à raison d'un entretien hebdomadaire d'environ une heure. Cet entretien est structuré selon une hiérarchie des cibles de traitements, soit la diminution des comportements autodommageables ou suicidaires ainsi que la diminution des conduites interférant avec la thérapie ou la qualité de vie du patient.

Groupe de compétences. Le groupe a pour objectif d'enseigner aux patients des stratégies nécessaires à une gestion des émotions, des pensées et des comportements. Soulignons que le groupe de compétences se réunit hebdomadairement pour des séances de deux heures trente. Les compétences enseignées sont les suivantes :

- a) *La présence attentive¹ (mindfulness).* Ce module vise l'augmentation des capacités attentionnelles du patient. Ce développement attentionnel permet une meilleure reconnaissance et une meilleure capacité de description de ses pensées et de ses émotions. Ces capacités attentionnelles permettent ensuite le développement d'une meilleure capacité de participation aux différentes situations de la vie. Enfin, ces compétences sont toutes pratiquées en respectant les principes de non-jugement, de parcimonie et d'efficacité contextuelle.

- b) *La régulation émotionnelle.* Ce module concerne l'apprentissage de compétences susceptibles de diminuer la labilité émotionnelle. Cette labilité qui se manifeste généralement par une colère intense est une réaction secondaire maintenue par de la détresse provenant d'une émotion primaire de honte, de culpabilité ou de peur. L'individu perçoit cette émotion primaire comme inacceptable et tente de l'éviter pour réguler la détresse qui est engendrée. Les compétences de régulation émotionnelle visent la réduction de la détresse émotionnelle par une exposition progressive à l'émotion primaire et par l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes.
- c) *La tolérance à la détresse.* Ce module examine comment composer avec les situations de la vie qui ne peuvent pas être changées. La non-acceptation de cette réalité peut engendrer davantage de souffrance. Il est important de souligner que l'acceptation de la réalité ne signifie pas approuver cette même réalité, mais plutôt accepter la présence d'une réalité qui ne peut pas être immédiatement changée. La tolérance à la détresse devient alors à court terme la première étape d'une stratégie adéquate de résolution de problèmes.
- d) *L'efficacité interpersonnelle.* Ce module porte sur les compétences d'affirmation de soi pour permettre aux personnes d'atteindre leurs buts dans un contexte interpersonnel. La notion d'efficacité fait référence à la capacité d'obtenir les changements que l'on désire tout en maintenant ses relations et le respect de soi. Cette efficacité est directement liée à la capacité d'analyser une situation et à la capacité d'identifier clairement ses buts personnels dans cette même situation.

Consultations téléphoniques. Les consultations téléphoniques ont pour objectif d'offrir de l'assistance *in vivo* dans l'application des compétences enseignées durant les séances et en lien avec les situations douloureuses. Cette assistance est offerte par le thérapeute individuel et dure environ 15 minutes.

Supervision d'équipe. Une autre modalité d'intervention importante de la TCD est la prise en charge des thérapeutes. Traiter une clientèle avec un trouble mental complexe est stressant et les thérapeutes peuvent s'épuiser ou adopter des comportements iatrogènes envers leurs patients. Pour ces raisons, tous les thérapeutes qui participent au traitement de la TCD doivent assister à des séances de supervision de cas en équipe à raison de deux heures toutes les semaines.

Interventions auxiliaires. Toute intervention autre que celles décrites ci-dessus est considérée comme auxiliaire. Les thérapeutes TCD ont alors comme objectif de permettre au patient de devenir un utilisateur efficace et compétent de divers services en santé mentale.

__ÉVALUATION SCIENTIFIQUE

L'évaluation scientifique de la TCD démontre que ce traitement est associé à une diminution des comportements autodommageables ou suicidaires, à une diminution de l'abandon thérapeutique et à une diminution des symptômes dépressifs et des idéations suicidaires (Linehan *et al.*, 1991; Turner, 2000; Koons *et al.*, 2001; Bohus *et al.*, 2004). De plus, les patients recevant une TCD sont moins souvent hospitalisés et ont un meilleur fonctionnement psychosocial. Enfin, des études démontrent que les gains liés à la diminution des comportements autodommageables sont conservés à long terme suite à une TCD (Van den Bosch *et al.*, 2005; Linehan *et al.*, 2006).

Par ailleurs, certaines adaptations de la TCD ont été réalisées pour répondre aux besoins spécifiques de certaines clientèles. L'une d'entre elles a été réalisée pour traiter des adolescents suicidaires. En fait, Rathus et Miller (2002) observent une diminution des idéations suicidaires, des symptômes dépressifs et du TPL chez les adolescents bénéficiant de ce traitement. De plus, ces jeunes ont été plus nombreux à compléter le traitement et ont été moins nombreux à être hospitalisés durant le traitement. Un autre programme a été réalisé pour venir en aide à des toxicomanes. L'analyse de ce programme révèle que les participants à une TCD sont plus nombreux à devenir abstinentes et complètent davantage leur programme thérapeutique (Linehan *et al.*, 1999). À la relance, les participants toxicomanes conservent leur diminution de consommation (Linehan *et al.*, 2002). Une adaptation a aussi été faite pour des personnes âgées dépressives. L'analyse démontre une diminution cliniquement significative des symptômes dépressifs et un meilleur maintien des gains thérapeutiques après six mois (Lynch *et al.*, 2003). Un programme a aussi été réalisé pour venir en aide à une clientèle avec troubles alimentaires. Une étude révèle que la TCD est associée à une réduction significative des comportements boulimiques (Safer, Telch & Agras, 2001). Finalement, la TCD a été adaptée pour traiter une clientèle en milieu carcéral. L'équipe d'Evershed (2003) observe une diminution significative de la colère et des comportements hostiles chez des détenus ayant suivi ce traitement.

__CONCLUSION

Malgré ces résultats prometteurs, il existe peu de recherches visant à mieux comprendre les mécanismes thérapeutiques actifs. Les prochaines recherches de la TCD devraient reposer sur une analyse rigoureuse de la théorie du programme qui identifie et opérationnalise les variables sous-jacentes responsables des changements thérapeutiques (Lynch *et al.*, 2006). Pour le lecteur désireux d'aller plus loin, il est recommandé de consulter les manuels de base de cette approche destinée à l'adulte (voir Linehan, 1993a, Linehan, 1993b) et à l'adolescent (voir Miller *et al.*, 2007). De plus, une traduction française des manuels de base est aussi disponible (Linehan, 2000). Pour ceux qui souhaitent

suivre une formation en TCD, Linehan a fondé le *Behavioral Tech*, organisme officiel offrant un programme menant à l'accréditation d'équipe et de thérapeute. Les bureaux sont situés à Seattle dans l'État de Washington aux États-Unis. Au Québec, quelques centres hospitaliers, CSSS et CLSC s'inspirent d'un programme de TCD pour venir en aide à des personnes atteintes de troubles mentaux complexes.

_Bibliographie

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmah, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.
- Labrèche M. S. (2000). *Borderline*. Montréal, QC, CA: Les Éditions du Boréal.
- Labrèche M. S. (2002). *La brèche*. Montréal, QC, CA: Les Éditions du Boréal.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*. Genève : Éditions Médecine et Hygiène.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Turek, D. A., Reynolds, S. K., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy*. The New York: Guilford Press.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.

Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.

_Note

Les auteurs tiennent à remercier Monique Létourneau et les membres de l'équipe de la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour la richesse de leurs réflexions.

- 1 Les auteurs préfèrent l'utilisation de présence attentive pour la traduction de *mindfulness*. Cette traduction rend plus explicite l'entraînement des compétences ciblées par la TCD.


Portail du Nord

Sans frais : 1 877 893-7646

www.portaildunord.ca



Besoin d'une pause?


GRAND NORD
PASSEPORT

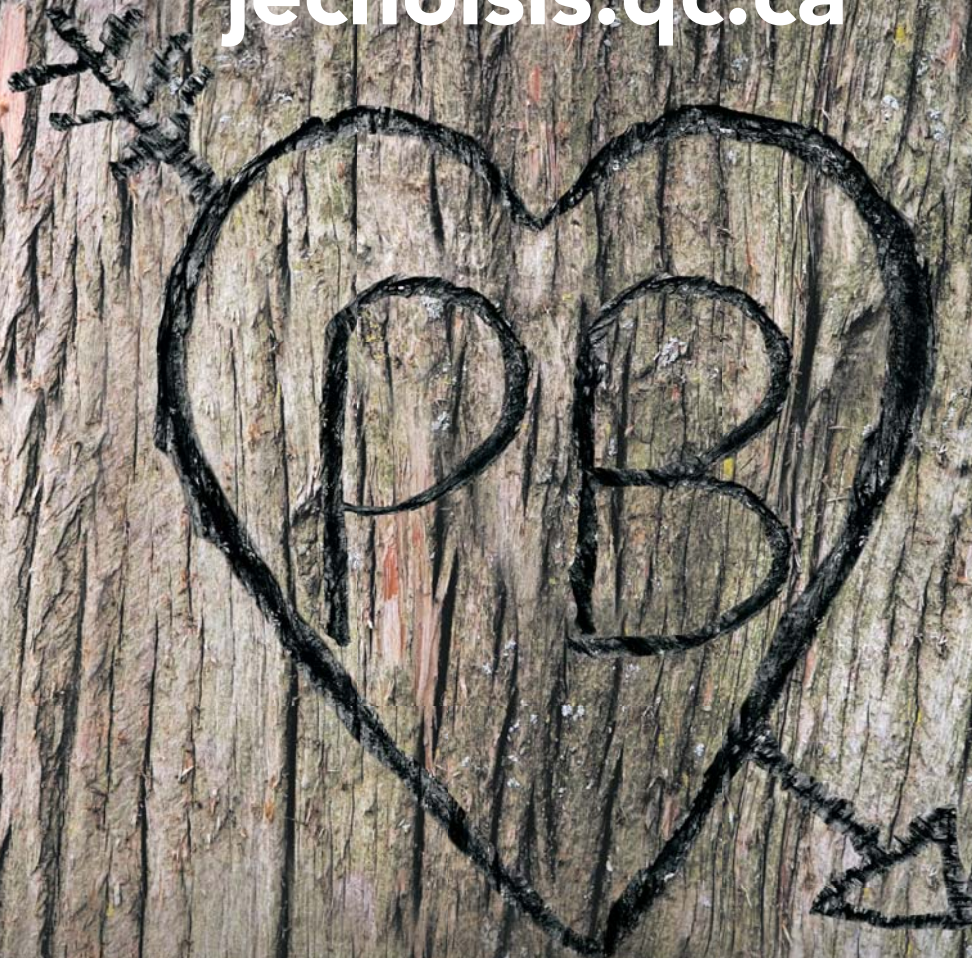
Durée du travail

 **Occasionnel**
 **Temporaire**
 **Permanent**

JE CHOISIS PIERRE-BOUCHER

Un climat de travail chaleureux et des équipes passionnées? J'aime ça!
En plus d'un environnement exceptionnel, je sais que je trouverai au
CSSS Pierre-Boucher le partage des connaissances, les pratiques
d'avant-garde, les techniques de pointe et le soutien
nécessaires à mon épanouissement professionnel.

jechoisis.qc.ca



Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE



Cristel Neveu / Psychologue

Psychologue au Centre de santé et services sociaux du Kamouraska (CSSSK) et en clinique privée (Rivière-du-Loup). Elle s'intéresse à la thérapie de l'acceptation et de l'engagement depuis 2005 et contribue à diffuser cette approche dans le monde francophone sur le site Internet de l'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS).

cristel.neveu.csssk@csssk.gouv.qc.ca



Dr Frédérick Dionne / Psychologue

Psychologue au collège François-Xavier-Garneau (Québec) et en pratique privée (Lévis). Il est également formateur à l'Institut de formation continue du Québec (www.ifcq.net).

psychologue@frederickdionne.ca

www.frederickdionne.ca

La thérapie d'acceptation et d'engagement : une approche novatrice

La thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), en anglais : *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), représentative de la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives, suscite un intérêt considérable dans la communauté de praticiens et de chercheurs aux États-Unis et à travers le monde. Malgré des résultats thérapeutiques encourageants et une curiosité grandissante à l'égard de sa théorie et de sa pratique, cette approche reste méconnue au Québec. Cet article présente un survol des origines théoriques et philosophiques du modèle thérapeutique et des recherches empiriques de l'ACT.

_ORIGINES THÉORIQUES ET PHILOSOPHIQUES

Les fondateurs de l'ACT remettent en question le fait que l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives résulte précisément de la modification du contenu des pensées. Suite à leurs observations en laboratoire, Hayes et ses collaborateurs reconceptualisent l'approche cognitive en prolongeant les travaux du conditionnement opérant de Skinner (1957) sur le langage et la cognition et élaborent la théorie des cadres relationnels (TCR, Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). L'ACT est l'application clinique de cette théorie. La TCR repose sur un programme de recherche expérimentale qui rend compte des processus du langage et de la cognition n'ayant pu être démontré auparavant par les principes d'apprentissages des thérapies comportementales traditionnelles.

Une des répercussions les plus importantes de la TCR est de normaliser la souffrance en révélant qu'elle est inhérente au langage humain. Par exemple, l'habileté des humains à évoquer verbalement des événements les rend psychologiquement présents même si ceux-ci ne surviennent pas dans l'environnement immédiat. Ce fait de relier des mots et des événements à caractère aversif de façon arbitraire et dérivée (sans être en contact direct avec ceux-ci) contribue à la souffrance humaine. De plus, l'existence de règles mentales (c.-à-d. verbales) peut avoir l'inconvénient de rendre les individus moins sensibles à l'effet de leurs comportements dans leur environnement. Sans nier les bénéfices du langage pour l'espèce humaine comme outil privilégié de survie et d'adaptation à son environnement (prédiction, planification, communication, etc.), cette théorie démontre comment le langage conduit l'individu à éviter le contact

avec ses phénomènes psychologiques dérangeants (pensées, émotions, sensations, impulsions, images, souvenirs). Selon cette approche, ce processus nommé « évitement expérientiel » procure une analyse fonctionnelle à de nombreux troubles psychologiques.

En se basant sur les visions du monde du philosophe Stephen Pepper (1942), les auteurs de l'ACT ont tenu à préciser la perspective philosophique de leur approche. Celle-ci s'inscrit dans un *contextualisme fonctionnel*, c'est-à-dire que les comportements sont influencés à chaque instant par une multitude de facteurs contextuels externes (environnement socioculturel, conséquences sociales, facteurs historiques) et internes (p. ex. relation entre le penseur et la pensée). Cette vision du monde, analogue au béhaviorisme radical de Skinner, fait ressortir la pluralité des variables du contexte et la difficulté à établir une compréhension univoque d'un comportement. Dans cette conception où il n'y a pas de vérité objective, c'est l'utilité (ou la fonction) des comportements qui importe.

_LE MODÈLE DE L'HEXAFLEX

Sur le plan clinique, l'ACT ajoute une couleur humaniste-existentielle aux thérapies comportementales et cognitives en adoptant des thèmes qui rappellent l'acceptation inconditionnelle de Rogers en insistant sur l'importance d'une existence pleine de sens (comme la logothérapie de Frankl) et en mettant l'accent sur la notion de « moment présent » (comme la Gestalt). Toutefois, elle diffère des autres approches par ses fondements philosophiques et théoriques. L'ACT ne vise pas directement les symptômes du client en cherchant à modifier la fréquence des phénomènes psychologiques douloureux (pensées, émotions, etc.), leur contenu (p. ex. modifier une pensée irrationnelle en pensée rationnelle) ou leur forme (p. ex. transformer une sensation de tension en relaxation). Elle cherche plutôt à intervenir sur la manière dont le client aborde l'émergence de ses phénomènes intérieurs pour qu'ils ne l'empêchent plus d'agir en direction du sens qu'il veut donner à sa vie. Elle est donc « comportementale » par l'importance accordée à l'activation comportementale dans ses objectifs thérapeutiques.

Par ailleurs, changer le contenu désagréable d'une pensée peut, par exemple, s'avérer contre-productif, puisque celui-ci est inévitable par la nature même du langage (Hayes *et al.*, 2001).

De plus, l'effort de modifier les phénomènes psychologiques dérangeants peut engendrer un combat intérieur dans lequel l'individu évalue négativement ses réactions intérieures. Il peut alors mettre en place des stratégies de contrôle ou de fuite pour supprimer l'inconfort ressenti et/ou éviter les situations pouvant les faire ressurgir. Cet évitement expérientiel a souvent comme conséquence de limiter le répertoire comportemental de l'individu et d'engendrer une certaine rigidité psychologique.

À l'inverse, la flexibilité psychologique, au centre des interventions de l'ACT, se définit comme la capacité à être complètement conscient du moment présent (phénomènes internes et environnementaux) et à ajuster ses comportements en fonction de ce que la situation permet pour agir en direction de ses valeurs (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004). La flexibilité psychologique résulte de l'interaction de différents processus illustrés dans un modèle à six facettes, « l'hexaflex » (Figure 1). Il est préférable que le thérapeute incarne lui-même ces différents processus plutôt que de se limiter à en appliquer les techniques.

Les interventions de l'hexaflex passent par l'usage de métaphores et d'exercices expérientiels afin de contourner les effets néfastes du langage et de ramener le client à l'efficacité de ses comportements dans l'instant présent. Pour y arriver, ce modèle comprend deux ensembles de processus fondamentaux, d'où l'appellation de la thérapie d'acceptation et d'engagement : les processus d'acceptation et de pleine conscience et ceux de changement comportemental et d'engagement. Ils regroupent les six dimensions explicitées ci-dessous, qui sont les cibles d'intervention de l'ACT. Les exemples d'interventions proposés proviennent de Hayes *et al.* (1999).

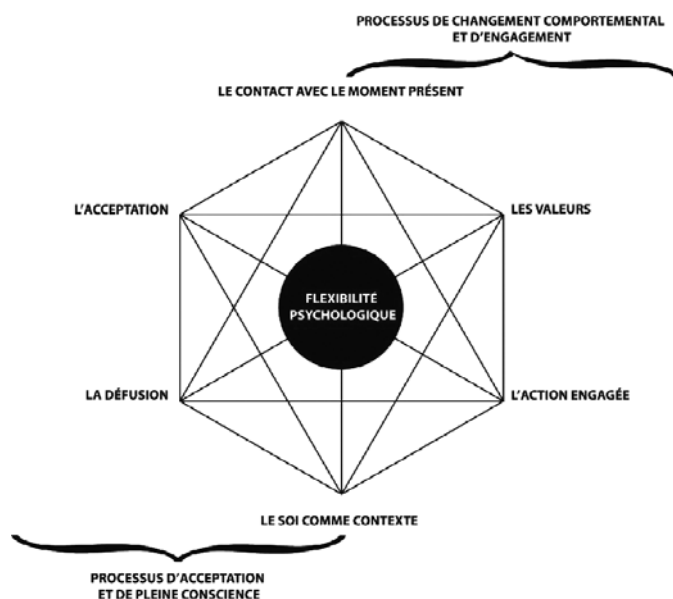
L'acceptation, aussi appelée « expansion » (Harris, 2006), représente la démarche active de faire une place aux pensées, émotions, sensations, impulsions, souvenirs, et images telles qu'elles émergent, sans chercher à les modifier ou les diminuer. Elle consiste d'abord à explorer les coûts et bénéfices des stratégies d'évitement et de contrôle (appelée aussi le « désespoir créatif ») pour ensuite créer une attitude d'ouverture face à l'inconfort. La métaphore des « sables mouvants » (plus on se débat, plus on s'enlise) est un exemple d'intervention favorisant l'accueil inconditionnel des pensées, émotions et autres phénomènes désagréables.

La défusion cognitive est le procédé permettant à l'individu de se détacher du contenu littéral de ses pensées pour les considérer comme des phénomènes psychologiques qui ne constituent pas nécessairement des expériences réelles. Le client est plus conscient qu'il a des pensées, mais qu'il n'est pas ses pensées (fusionné à leurs contenus). La défusion est surtout utilisée afin de créer un recul face aux pensées (justifications, jugements, conceptions de soi) qui limitent l'individu à agir en direction du sens qu'il veut donner à sa vie. Un des exercices typiques consiste à faire répéter le contenu d'une pensée à toute vitesse afin de ramener l'attention de l'individu aux caractéristiques sonores des mots et d'affaiblir les associations à une signification particulière.

Le soi comme contexte représente un soi continuellement présent à travers les âges, l'espace et les événements, semblable à une toile de fond sur laquelle apparaissent les phénomènes psychologiques transitoires (pensées, émotions, etc.) de l'individu. L'exemple du ciel traversé par une météo variable est une manière concrète de le décrire. L'analogie de la gare permet aussi d'illustrer son existence. La gare (« soi comme contexte ») contient dif-

férents trains qui arrivent et repartent, comme les expériences internes passagères qui traversent l'individu au quotidien. En se positionnant sur le quai de la gare, le client peut observer les différents trains (son contenu intérieur) qui passent et choisir de les laisser passer ou d'embarquer selon leur utilité. Pour cette raison, ce soi est aussi nommé le « soi observateur ». Un exercice expérientiel d'observation des phénomènes internes offre un des moyens de le conscientiser.

FIGURE 1 : LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT : L'HEXAFLEX



Le contact avec le moment présent consiste à diriger l'attention du client sur ce qui se déroule au fur et à mesure dans le moment présent à l'intérieur de lui-même et dans son environnement. L'objectif est de ramener les clients dans l'ici et maintenant et de diminuer l'emprise des règles verbales et des conceptualisations du passé (ruminations...) ou du futur (anticipations...). Le client devient alors plus sensible à l'effet de ses comportements et à leur efficacité. Les techniques de pleine conscience permettent de développer cette habileté.

Les valeurs sont définies par les sphères de vie significatives (relationnelle, professionnelle, personnelle, etc.) du client. Semblables à l'aiguille d'une boussole, elles fournissent une direction à ses actions. Cette direction est plus fiable et efficace à long terme que les tentatives pour contrôler ses expériences internes désagréables. De plus, elles procurent l'occasion de renforcer les comportements de l'individu dans ses actes quotidiens. Les difficultés rencontrées sur la trajectoire valorisée vont être accueillies, toujours au service des valeurs de l'individu. Plusieurs exercices expérimentaux et questionnaires sont à notre disposition pour les définir et les clarifier.

L'action engagée consiste à motiver le client à poser des actions dans les sphères valorisées. L'engagement implique de se maintenir en mouvement vers les valeurs par un ensemble d'actions tout en accueillant les expériences internes désagréables. Abordée de cette manière, la souffrance acquiert un sens particulier lorsqu'elle est mise au service d'une action valorisée. La métaphore des « passagers de l'autobus » est une intervention souvent utilisée pour illustrer l'engagement à avancer en direction de ses valeurs malgré les obstacles.

ÉTAT DES RECHERCHES EMPIRIQUES

Les tenants de l'ACT considèrent important de valider empiriquement les processus de leur modèle thérapeutique. À l'heure actuelle, plus de 70 études appuient le programme de recherche de la TCR et plusieurs études surtout corrélationnelles font ressortir la validité des dimensions du modèle de l'hexaflex (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). La plupart utilisent le questionnaire *Acceptance and Action Questionnaire* (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero 2004), une échelle autorapportée évaluant la flexibilité psychologique. De plus, la validation empirique de cette approche s'effectue aussi par des études cliniques. La plus récente méta-analyse publiée compte un total de 18 études avec essai contrôlé randomisé (ECR), totalisant 917 patients (Powers, Vörnding & Emmelkamp, 2009). Elle révèle, entre autres, que l'ACT est significativement plus efficace comparativement aux groupes contrôles dans le traitement des symptômes psychotiques, du stress en milieu de travail, de la douleur chronique, de la personnalité limite, des polytoxicomanies et de plusieurs autres problématiques. L'ACT s'est notamment montrée au moins équivalente à la TCC traditionnelle dans le traitement des symptômes

anxieux et dépressifs. À ce jour, l'ACT est efficace pour le traitement d'une multitude de problématiques et de troubles psychologiques et agirait, semble-t-il, selon des processus différents de la TCC traditionnelle par la défusion cognitive (plutôt que la modification des pensées) et par la réduction de l'évitement expérientiel (plutôt que la diminution des symptômes). Bien que cette approche soit prometteuse, elle doit continuer de faire ses preuves pour être solidement validée empiriquement.

CONCLUSION

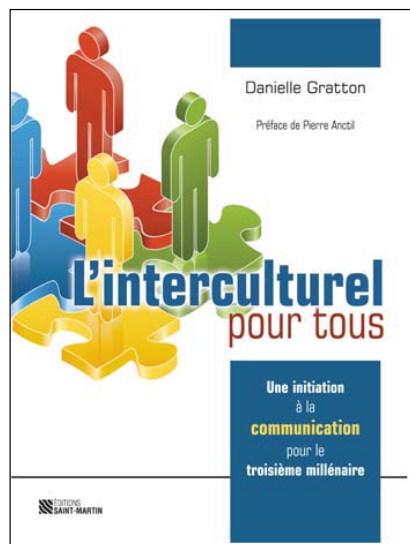
Cet article ne peut couvrir toute la richesse théorique et clinique de l'ACT. Dans la francophonie, deux livres viennent récemment d'être édités (Monestès, 2009; Schoendorff, 2009). Au Québec, un ouvrage a été traduit en français (Harris, 2009) et un article plus élaboré sur l'ACT (Neveu & Dionne, soumis) devrait être publié en 2010. Un bestseller (Hayes & Smith, 2005) et de nombreuses publications en anglais sont aussi disponibles. Pour le lecteur qui souhaite explorer davantage le sujet, il existe un site Internet permettant des échanges avec les membres des communautés anglophone et francophone : http://www.contextualpsychology.org/act_en_francais.

Bibliographie

- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.
- Harris, R. (2009). Le piège du bonheur. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds). (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. Hayes & K. Strosahl (Éds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New-York: Guilford Press.
- Monestès, J.L. (2009). *Faire la paix avec son passé*. Paris: Odile Jacob.
- Neveu, C., & Dionne, F. (soumis). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*.
- Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance*. Paris: Retz.
- Pepper, S. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Powers, M., Vörnding, M., & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 8, 73-80.
- Skinner, B. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton.

Éditions Saint-Martin et Décarie Éditeur

Nouveauté



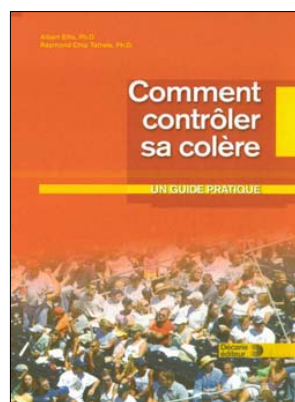
L'interculturel pour tous de Danielle Gratton **Une initiation à la communication pour le troisième millénaire**

ISBN : 978-2-89035-405-0
39, 95 \$

Tous ceux qui travaillent en contexte multiethnique trouveront des pistes de réflexions et des stratégies à mettre en pratique pour mieux communiquer, qu'il s'agisse de citoyens, d'intervenants, de médecins, de chercheurs, de gestionnaires, de juges – autant de la société d'accueil que de l'immigration.

Particularités : Comprend des exercices, des exemples, des résumés en fin de chapitre, des suggestions de films à visionner, un index.

- Chapitre 1 • Définition des principaux concepts en lien avec l'interculturel
- Chapitre 2 • L'expertise interculturelle : acquérir une vision interculturelle
- Chapitre 3 • Comprendre les différents niveaux de la culture et leurs impacts sur le phénomène migratoire
- Chapitre 4 • Repérer les logiques différentes et des émotions différentes
- Chapitre 5 • Comprendre l'expérience migratoire
- Chapitre 6 • Acquérir un modèle général de la communication interculturelle



COMMENT CONTRÔLER SA COLÈRE **Un guide pratique**

A. Ellis et R. Chip Tafrate
Traduit par François Chassé
et Paul Morency

214 pages
ISBN : 978-2-89137-501-6
34, 95 \$

Dans la collection psychologie Décarie Éditeur.

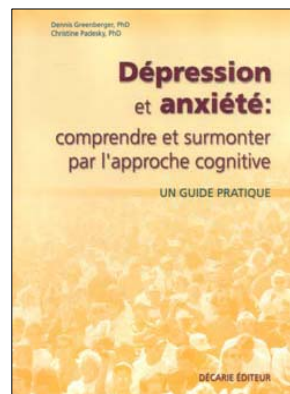
Traduit par

François Chassé, Ph. D., Wilfrid Pilon, Ph. D., Paul Morency
Centre hospitalier Robert-Giffard - Institut universitaire en santé mentale

DÉPRESSION ET ANXIÉTÉ **Comprendre et surmonter** **par l'approche cognitive** **Un guide pratique**

D. Greenberger et C. Padesky
Traduit par François Chassé,
Wilfrid Pilon et Paul Morency

264 pages
ISBN : 2-89137-084-8
38, 95 \$



LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Un guide pratique d'intervention

M.B. Williams et S. Poijula
Traduit par François Chassé,
Wilfrid Pilon et Paul Morency

312 pages
ISBN : 2-89137-097-X
36, 95 \$

Obtenez 30 % de rabais à l'achat des quatre livres.
Renseignez-vous au 514-529-0920 ou consultez notre site
internet à l'adresse suivante : stmartin-decarie.com



Éditions Saint-Martin
Décarie, éditeur
Filiales du réseau COOPSCO

7333, place des Roseaies
bureau 501
Anjou (Québec)
H1M 2X6



Michel Larouche / Psychologue

Superviseur clinique en santé mentale au CSSS du Grand Littoral et doctorant en psychologie à l'Université de Sherbrooke, il réalise actuellement une thèse qui porte sur la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience appliquée au traitement de l'insomnie.

michel.larouche@usherbrooke.ca

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Les communautés médicales et psychothérapeutiques occidentales s'intéressent de plus en plus à la méditation en pleine conscience (*mindfulness*) et à ses effets en matière de mieux-être psychologique et physique (Shapiro & Carlson, 2009). Divers ouvrages destinés au grand public ont fait connaître la pratique de la méditation en pleine conscience et ses bienfaits (p. ex. Ricard, 2008; Rosenberg, 2007; Maex, 2007; Thich Nhat Hanh, 1994). Bien que différentes définitions de la pleine conscience aient été suggérées, celle de Jon Kabat-Zinn (1996) est la plus fréquemment citée dans la littérature psychologique. La pleine conscience y est définie comme étant une manière particulière de porter attention aux expériences internes et externes : délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur.

Forte d'une histoire de 2500 ans, la méditation en pleine conscience a ses racines dans la tradition bouddhiste. Au cours des 25 dernières années, cette pratique a fait l'objet d'études scientifiques dans le monde occidental et elle s'est intégrée à diverses formes de psychothérapies et d'interventions psychologiques. Elle a été intégrée à un programme de gestion de la douleur et de réduction du stress connu (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1990) et elle constitue une composante importante des approches de la troisième vague de thérapie comportementale et cognitive, comme la thérapie comportementale dialectique (*Dialectic Behaviour Therapy*, DBT; Linehan, 1993) et de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT, Hayes *et al.*, 1999). Récemment, la pleine conscience a été jumelée à la thérapie cognitive dans un programme visant la prévention de rechutes chez les clients ayant souffert d'épisodes de dépression majeure. Cette approche se nomme la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002, 2006).

Cet article présentera d'abord un bref historique du programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) pour ensuite décrire la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), son déroulement, sa démarche thérapeutique, ses similitudes et distinctions avec la TCC et enfin, ses applications et l'efficacité de cette approche.

LA RÉDUCTION DU STRESS BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

La MBSR est la méthode d'intervention basée sur la pleine conscience la plus fréquemment citée dans la littérature scien-

tifique actuellement. Cette méthode a été développée par Jon Kabat-Zinn (1982) comme traitement complémentaire adressé à des patients souffrant de stress et de douleurs chroniques. Depuis le début des années 70, Jon Kabat-Zinn, docteur en biologie moléculaire à la Faculté de médecine de l'Université du Massachusetts, s'intéresse aux interactions entre le corps et l'esprit. Il a nommé son approche *Minfulness-Based Stress Reduction*. En 1979, il a fondé la *Stress Reduction Clinic* et en 1995, le *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society* de l'école de médecine de l'Université du Massachusetts. Aujourd'hui, la MBSR est enseignée dans 29 facultés de médecine à travers les États-Unis. La MBSR obtient de plus en plus de soutien empirique et les résultats continuent d'être encourageants pour une grande variété de problèmes de santé physique et psychologique (Allen *et al.*, 2006; Baer, 2003; Grossman *et al.*, 2004).

LA THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LA DÉPRESSION

La MBCT a été développée en vue de prévenir les rechutes dépressives chez les clients en rémission. Les auteurs se sont grandement inspirés de la MBSR, tout en y ajoutant des éléments de la thérapie cognitive de Beck *et al.* (1979) (p. ex. psychoéducation à propos de la dépression et des stratégies d'adaptation, auto-observation des moments agréables et désagréables, identification des interprétations spontanées d'événements, plans de prévention des rechutes). Les buts fondamentaux de la MBCT sont d'enseigner aux participants à devenir plus conscients des sensations corporelles, des émotions et des pensées moment après moment et de les aider à développer une façon différente d'être en relation avec leur expérience (sensations, pensées, émotions). Selon Segal, Williams et Teasdale (2002; 2006), lorsqu'un individu qui a tendance à la dépression prend conscience de ses expériences internes désagréables, il peut s'engager dans un processus de rumination (ou de résolution de problèmes) à propos de ces expériences en les jugeant et en les comparant avec son état antérieur (« je ne devrais pas me sentir ainsi »; « pourquoi je me sens si mal? »), et ce, sans nécessairement qu'il y ait présence d'un stressor important favorisant l'apparition de ces réactions. Il cherche alors à faire quelque chose pour ne plus ressentir son expérience. Cette façon de réagir est nommée le « mode faire ». Lorsque ce mode est activé, l'individu cherche à modifier son expérience et se met alors à ruminer, ce qui a pour effet d'augmenter son état dépressif. C'est ce cercle vicieux que la pratique de la pleine conscience vise à identifier et à contrer en développant le « mode être » chez le client. La pratique de

la pleine conscience favorise ainsi l'acceptation et le non-jugement de ces expériences en adoptant une attitude de curiosité, d'accueil et de bienveillance envers celles-ci. En outre, on enseigne aux participants la capacité de choisir la réponse la plus adéquate face aux pensées, émotions et sensations désagréables qu'ils rencontrent.

_DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHÉ

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience tout comme les ateliers de réduction du stress basés sur la pleine conscience sont des interventions structurées, en groupe, d'une durée de huit semaines, à raison d'une rencontre de 120 à 150 minutes par semaine. Alors que les groupes de MBSR sont composés de 20 à 30 participants, les groupes de MBCT sont composés d'un plus petit nombre (12-15 participants) vu l'intégration de techniques de la thérapie cognitive dans le programme. L'apprentissage de la pleine conscience exige une pratique régulière. La pratique formelle de la pleine conscience consiste en des exercices de méditation assise, où l'individu porte attention à sa respiration, son corps, les sons ambiants et ses pensées, ainsi qu'à la marche méditative, le balayage corporel et des exercices d'étirements. La pratique informelle encourage à porter attention aux activités de la vie quotidienne en demeurant attentif à chaque instant. Les outils cognitifs consistent entre autres à reconnaître que les pensées ne sont pas des faits, à prendre davantage soin de soi et à s'activer. Les participants doivent s'engager à pratiquer les exercices de pleine conscience au moins six fois par semaine, à raison de 45 minutes par jour pendant huit semaines. Cet engagement est une partie essentielle des deux programmes. Sans cet engagement, on suggère de ne pas entreprendre le programme.

_DISTINCTIONS ET SIMILITUDES AVEC L'APPROCHE COGNITIVE COMPORTEMENTALE TRADITIONNELLE

Les approches basées sur la pleine conscience se distinguent de la thérapie comportementale et cognitive traditionnelle de différentes façons. Dans les approches basées sur la pleine conscience, l'accent est mis sur l'acceptation radicale plutôt que sur des stratégies de changement cognitif. Les participants ne sont pas entraînés à modifier le contenu de leurs pensées, mais plutôt à observer ces pensées comme n'étant *que des pensées* plutôt qu'un reflet de la réalité. On enseigne aux participants à respirer en présence de leurs expériences (émotions, sensations, pensées), à aller vers celles-ci plutôt que de chercher à les modifier ou les corriger. Les participants apprennent à être conscients de la tendance à juger ou à évaluer leurs pensées, émotions et sensations en adoptant une attitude de bienveillance face à ces expériences. Dans les approches basées sur la pleine conscience, il est également essentiel que l'*instructeur* (on parle en effet d'*instructeur* plutôt que de thérapeute) ait sa propre pratique de méditation afin qu'il puisse incarner ce qu'il enseigne, qu'il adopte la même attitude d'accueil et d'acceptation bienveillante envers

les participants et ce qu'ils expriment. Enfin, les approches basées sur la pleine conscience reposent sur la conviction que les participants portent déjà en eux les ressources nécessaires pour avancer dans la gestion de leurs problèmes. L'instructeur laisse la responsabilité aux participants eux-mêmes d'avoir une relation différente avec leurs expériences, de prendre du recul, d'observer, d'accueillir, ce qui leur permet de faire de meilleurs choix d'action à poser par la suite (Maex, 2007; Segal *et al.*, 2002, 2006).

Tout comme dans les approches de TCC traditionnelles (p. ex. Beck), les approches basées sur la pleine conscience sont structurées et font l'objet de protocoles clairs, opérationnels et limités dans le temps; des tâches doivent être effectuées à domicile quotidiennement; on accorde une importance particulière au rôle des pensées et de leurs impacts sur les émotions, sensations et comportements; l'auto-observation de soi et de ses pratiques fait partie intégrante de la démarche. Finalement, l'accent est mis sur les facteurs actuels de maintien des difficultés plutôt que sur l'exploration du passé.

_APPLICATIONS ET EFFICACITÉ

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience a été élaborée comme traitement pour prévenir les rechutes dépressives. Trois études contrôlées randomisées ont été réalisées à ce jour (Kuyken *et al.*, 2008; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale *et al.*, 2000). Les résultats obtenus ont démontré que les participants qui avaient souffert de trois épisodes dépressifs et plus démontraient une réduction significative de rechutes dans les 60 semaines suivant l'intervention (taux de rechute de 66 % chez le groupe ayant reçu le traitement habituel de maintien, comparativement à un taux de rechute de 37 % chez le groupe MBCT). Au Royaume-Uni, la National Institute of Clinical Excellence (NICE) a récemment identifié la MBCT comme étant un traitement efficace pour prévenir les rechutes de dépression. Des études récentes ont exploré l'efficacité de la MBCT chez des clients souffrant de dépression active et réfractaire aux traitements (Barnhofer *et al.*, 2009; Kenny & Williams, 2007) ou présentant des symptômes résiduels d'épisodes dépressifs (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007). Les résultats obtenus sont encourageants et suggèrent que la MBCT pourrait également être utile pour des clients qui ne sont pas en rémission. Une autre étude (Williams *et al.*, 2008) a exploré les effets de la MBCT sur les symptômes d'anxiété et de dépression chez des clients souffrant de troubles bipolaires en rémission. Des études exploratoires ont aussi été réalisées afin d'évaluer l'impact de la MBCT, et ce, pour réduire les symptômes d'autres troubles psychologiques : insomnie (Heidenreich *et al.*, 2006); symptômes de psychose (Chadwick, Taylor & Abba, 2005); phobie sociale (Bögel, Sijbers & Voncken, 2006); conduites suicidaires (Williams, Duggan, Crane & Fennel, 2006). Bien que les résultats obtenus soient encourageants, des études mieux contrôlées devront être effectuées avant de tirer des conclusions sur l'efficacité de la MBCT pour ces divers troubles.

_CONCLUSION

Nous avons brièvement présenté la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Cette approche s'inspire en grande partie du programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience développé par Kabat-Zinn où une place prépondérante est accordée à la pratique quotidienne de la méditation. L'objectif principal de cette approche n'est pas de modifier l'expérience, mais bien de modifier la façon d'entrer en relation avec celle-ci. Plusieurs études ont été réalisées à ce jour et suggèrent que cette approche contribue à réduire la détresse émotionnelle. L'intégration de la méditation de pleine conscience dans les interventions psychologiques représente une nouvelle avenue, une ouverture à une tradition ancestrale qui a été négligée et qui maintenant semble trouver sa place dans la psychologie occidentale.

_Bibliographie

Allen, N. B., Blashki, G., Chambers, R., Ciechomski, L., Gullone, E., Hased, C., & al. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 47, 366-373.

Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New-York: Guilford Press.

Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 33-44.

Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 188-189.

Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta.

Kabat-Zinn, J. (1996). *Où tu vas, tu es*. Paris : J'ai lu.

Kenny, M. A., & Williams, J. M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.

Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203.

Kuyken, W., Taylor, R. S., Barrett, B., Evans, A., Byford, S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Byng, R., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression : Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.

Maex, E. (2007). *Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience*. Bruxelles : De Boeck.

Ricard, M. (2008). *L'art de la méditation*. Paris : Nil.

Rosenberg, F. (2007). *Méditer, c'est se soigner*. Paris : Les Arènes.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy: A new approach to preventing relapse*. New York Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles, Éditions de Boeck.

Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, APA.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Thich Nhat Hanh (1994). *Le miracle de la pleine conscience : Manuel pratique de méditation*. Paris : J'ai lu.

Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., & al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.

Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 201-210.

Réussite en tête

PSYCHOLOGUES



La Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke est à la recherche de deux (2) psychologues pour son Service des ressources éducatives. Deux postes réguliers - temps plein. Un poste à combler dès maintenant et un poste à combler à partir du 6 janvier 2010.

Nature de l'emploi
L'emploi de psychologue comporte plus spécifiquement la prévention, le dépistage, l'évaluation, l'aide et l'accompagnement des élèves handicapés ou des élèves qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage visant à les soutenir dans leur cheminement scolaire et leur épanouissement personnel et social.

Qualifications requises
- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

Échelle salariale : 37 354 \$ à 70 819 \$

Pour obtenir plus de détails sur ce poste, consultez notre site Internet au www.csr.qc.ca. Les candidatures doivent être reçues au plus tard le **25 septembre 2009** par courriel : emploi@csr.qc.ca, par télécopieur : 819 822-6880 ou par la poste : 2955, boulevard de l'Université, J1K 2Y3. Seules les personnes retenues seront contactées.

Le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.





Commission scolaire
de la Région-de-Sherbrooke

Psychologues

La Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys souhaite combler des postes réguliers et de remplacement en **psychologie**.

Si vous désirez vous joindre à une équipe multidisciplinaire dynamique et être un agent de changement pour la réussite des élèves, vous êtes le professionnel que nous recherchons.

L'emploi de psychologue comporte plus spécifiquement la prévention, le dépistage, l'évaluation, l'aide et l'accompagnement des élèves handicapés ou des élèves qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage visant à les soutenir dans leur cheminement scolaire et leur épanouissement personnel et social.

Exigences :

- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ)
- Réussite du test de français SEL ou CÉFRANC dans les trois mois suivants l'embauche au plus tard.

Traitement :

- Entre 37 354 \$ et 70 819 \$, selon la scolarité et l'expérience



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

Établie dans 7 arrondissements montréalais et 13 municipalités de l'ouest de l'île, la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys (CSMB), un employeur d'envergure et en croissance, est à la recherche de personnes qualifiées. Vous êtes engagé, dynamique et ouvert sur le monde ? Nous avons un défi à votre mesure !

Faites parvenir votre curriculum vitae en mentionnant le titre du poste convoité le plus rapidement possible à :



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

Nous vous remercions de votre intérêt. Nous ne communiquerons qu'avec les personnes retenues.

Le genre masculin désigne indistinctement hommes et femmes.
La CSMB souscrit au principe d'accès à l'égalité en emploi.

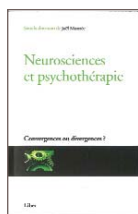
_Vient de paraître



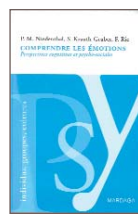
1



2



3



4



5



6



7

1_RENAÎTRE PAR L'IMAGINAIRE. UN OUTIL DE CONSCIENCE

L'auteure fait profiter les lecteurs de ses 30 ans de pratique clinique en proposant une technique d'imagerie corporelle, émotionnelle et spirituelle, la psychempeinte. Cette dernière permet aux gens d'entrer en contact avec la magie de l'imaginaire et de devenir l'observateur, l'acteur et le créateur de leur vie.

Paule Mongeau, psychologue
Les Éditions Quebecor

2_FAVORISER LA MATURITÉ ÉMOTIONNELLE. L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE

Partant du principe que les émotions sont le levain de notre intelligence, l'auteure annonce que le temps est venu de parler le langage des émotions pour permettre à l'intelligence de s'aiguiser et d'ainsi développer des capacités nouvelles encore insoupçonnées.

Béatrice Bellisa, psychologue en France
Les Éditions Quebecor

3_NEUROSCIENCES ET PSYCHO- THÉRAPIE. CONVERGENCES OU DIVERGENCES?

Onze chercheurs et cliniciens livrent le fruit des quelques pistes de réflexion théorico-pratique qu'ils ont explorées dans le but de contribuer à la création de carrefours entre les différents milieux de la recherche et les milieux de la pratique clinique.

Collaborateurs : les psychologues Dr Gilles Delisle,
Dr André Duchesne et Ginette Lépine
Liber

4_COMPRENDRE LES ÉMOTIONS. PERSPECTIVES COGNITIVES ET PSYCHO-SOCIALES

Le but de ce livre est de tenter de résumer et de tirer des conclusions de l'impressionnant corpus de recherches expérimentales qui ont été conduites dans le domaine en plus de traiter de la manière dont les chercheurs mesurent et manipulent les émotions, en laboratoire comme en situation naturelle.

Collection PSY Individus, groupes, cultures
Éditions Mardaga

5_ÉLOGE DE LA JOIE DE VIVRE

À travers cet ouvrage, l'auteure livre sa méthode de conquête de la joie de vivre et guide les lecteurs dans une démarche qui leur apprendra à vibrer au rythme de leur propre joie en utilisant, entre autres, la créativité qui, selon elle, est la pierre angulaire de la joie de vivre et de la santé mentale.

Jocelyne Bélanger, psychologue
Les Éditions de l'Homme

6_LES PSY-TRUCS : POUR LES ENFANTS DE 6 À 9 ANS

Ce livre est le troisième de la collection Psy-trucs. Il fournit des réponses claires aux questions que se posent plusieurs parents au sujet du développement de leur enfant. L'auteure donne trucs et conseils le plus simplement possible pour aider les parents dans la vie quotidienne.

Suzanne Vallières, psychologue
Les Éditions de l'Homme

7_LE MYSTÈRE DE LA PSYCHO- THÉRAPIE POUR LES ENFANTS

Ce livre s'adresse aux professionnels oeuvrant en travail social, en psychologie et en éducation. L'auteur qui a une expérience de près de 30 ans en psychothérapie d'enfant et de famille et qui se base sur ses résultats de recherches sur les fondements relationnels de la psychothérapie met en mots un processus de psychothérapie pour un enfant et illustre en quoi il consiste.

Dr Jimmy Ratté, psychologue
Les Presses de l'Université Laval



_LE RAPPORT ANNUEL DE L'ORDRE

Le rapport annuel 2008-2009 de l'Ordre est disponible sur le site Web. Vous pouvez le consulter en ligne ou vous procurer la version papier en nous expédiant un courriel à : info@ordrepsy.qc.ca. Les membres qui assisteront à l'assemblée générale des membres le 26 novembre prochain à Montréal en recevront un exemplaire.

Tableau des membres

NOUVEAUX MEMBRES

Alexe, Letitia
Allen, Karen
Antoine, Patrick
Beaudoin, Geneviève
Beaulieu, Daniel
Bélair, Sophie
Belhoussine, Soumaya
Bergeron, Geneviève
Bonanno, Marco
Cabelguen, Manuel
Candela, Nunziatina
Chartier-Otis, Mariko
Cummings, Luc
Darveau, Vivianne
Demers, Isabelle
Demers, Stéphanie
Dompierre, Johanne
Esseily, Nada
Fortin, Isabelle
Fortin, Madeleine
Gaucher, Mélissa
Gaudreau-Pollender, Martin
Gosselin, Mélanie
Granger, Stéphanie
Holly, Shareen
Knobel, Lucien
Kranich, Sandrine
Lambert, Ann-Marie
L'Archevêque, Marie
Lauzière-Langlois, Sophie
Léger, Michelle
Matousek, Rose Helen

Mayer-Renaud, Julie
Ménard, Claire Isabelle
Ménard, Marie-Claude
Morin, Mariko
Nadeau, Céline
Pellerin, Yanick
Rhody, Kalua
Roy, Mathieu
Roy-Kömpel, Géraldine
Sabourin, Gabrielle
Savaria, Karine
Sénécal, Catherine
Simard, Hugues
St-Charles Bernier, Catherine
St-Louis, Marie-Pier
Strike Schurman, Janet
Veillette, Louise
Zanga, Jean Chrysostome

DÉCÈS

Prévost, François

RADIATIONS POUR NON PAIEMENT DE LA COTISATION EN DATE DU 25 SEPTEMBRE 2009

Autard-Barry, Gabrielle, Marie-Laure
Banville, Claude
Baribault, Nadia
Benchakroun, Mounia
Bergeron, France
Berthiaume, Sandrine
Bigot, Fanny
Boisclair, Andrée
Boudreau, Jean
Brodeur, Martine
Cadieux, Michèle
Cayer, Gilles
Cholette-Pérusse, Françoise
Côté, Marie-Annick
Crouzil, Ambre
Cuadra-Rodríguez, Antonia-Maritza
Daigle, José
Daigneault, Rosaire
Dauphinais, Guy
Dauphinais, Monique
Désaulniers, Jean-Pierre
Dumont, Martin
Duval, Caroline
Fortin, Marc
Germain, Anne
Guerin, Alain
Guillet, Danielle
Helm, Katherine Jennifer
Hould, Pierre
Korenberg, Marion
Lalonde, Louise
Lapierre, Marie-France
Laroche, Roger

Larouche, Gérard
Latouche-Garneau, Michèle
Lauzière, Magalie
Lelièvre, Jean-Luc
Lemire, Richard
Lepage, Marie-Josée
Mailloux, Jean-Guy
Marcoux, Yves
Martin, Donald R.
Méthot, Yannick
Mohammed, Victor
Nadeau, Carole
Ouellet, Karine
Racine, Stéphane
Rahil, Antoine Rafik
Rancourt, Odette
Roy, Nathalie
Samoisette, Marc-André
Santillan D'Orieux, Carlos José
Sarrazin, Janie
Schottenfeld, Leon
Schwartz, George
Serbin, Lisa
Shahar, Charles
Shanks, Linda
Skhiri Dit Gabouge, Amina
Stringer, Ronald William
Tcheng-Laroche, Françoise
Tremblay, Julie
Trépanier, Ghislaine
Trépanier, Réjean
Veloze, Eliana

POUR TOUT SAVOIR... L'INSTANT D'UN CLIC!

www.ordrepsy.qc.ca/membres



Consultez le site Internet de l'Ordre sans plus tarder, vous y retrouverez toutes les informations recherchées et même plus!

POUR TROUVER LES COORDONNÉES D'UN MEMBRE DE L'ORDRE

Rendez-vous à la section l'Ordre puis cliquez sur le lien **Tableau des membres**. Vous n'avez qu'à écrire le nom de famille de la personne recherchée dans la boîte prévue à cet effet et à cliquer sur le bouton **Rechercher**.

POUR VOUS INSCRIRE...

... au tableau des membres, au service de référence, à la page personnelle ou à la banque de références pour les médias, jetez un coup d'œil à la rubrique **Inscription**.

POUR PUBLIER...

... une offre d'emploi ou une petite annonce sur le site Internet ou dans le magazine *Psychologie Québec*, allez à la rubrique **Services aux membres** qui contient toutes les informations pertinentes à cet effet.

POUR CONSULTER...

... les articles publiés dans le magazine *Psychologie Québec*, les fiches déontologiques, les documents tels que les cadres de pratique et les lignes directrices, il vous suffit d'entrer dans le **Centre de documentation**.

POUR ÊTRE AU FAIT

Que ce soit pour savoir comment agir en cas de pandémie de la grippe A (H1N1), pour connaître les détails sur l'adoption du projet de loi 21 ou pour consulter le calendrier des journées de formation sur le nouveau code de déontologie, l'encadré **Nouveautés** est un incontournable!

En visitant le site Internet régulièrement, vous êtes assurés de trouver les réponses à vos questions. **Bonne visite!**

Activités régionales et de regroupements

ACTIVITÉ DE FORMATION AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Le comité de formation continue de la région Saguenay-Lac-Saint-Jean vous convie à une journée de formation le vendredi 20 novembre 2009 sous le thème *Vieillesse normale et pathologique (Diagnostic différentiel et interventions)*. La formatrice est M^{me} Catherine Barthes Leclerc, neuropsychologue.

Cette journée se tiendra à l'hôtel Le Montagnais, à Saguenay, de 8 h 30 à 16 h 30, et le coût pour y participer est de 110 \$ (repas non compris). Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire, communiquez avec Réjean Simard, psychologue, au 418 251-4838.

UN 5 À 7 SOCIAL POUR LES MEMBRES ET NON-MEMBRES DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

Le mercredi 2 décembre 2009, le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) invite tous les psychologues, membres et non-membres, à une rencontre sociale pour Noël.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le Regroupement au 418 922-4725 ou visitez leur site Web au www.rpccq.net.

ACTIVITÉ DE FORMATION DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

La prochaine formation du RPPAE se tiendra le vendredi 5 février 2010 au Centre Antique, 6086 rue Sherbrooke à Montréal. Cette formation portera sur *L'évaluation et le traitement de la baisse du désir chez l'homme et la femme* et sera présentée par D^{re} Sophie Bergeron, psychologue.

Pour vous inscrire ou pour plus de renseignements, consultez le site Web du regroupement au <http://rppae.ca>.

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 trois activités de formation dans trois régions du Québec.

D'abord, le 20 novembre 2009, de 13 h 30 à 16 h 30, la SQPTO organise à l'Université du Québec en Outaouais une conférence ayant comme thème *Gérer le contrat psychologique avec ses employés*. Cette conférence sera prononcée par madame Sylvie Guerrero, professeure à l'École des sciences de la gestion et cotitulaire de la Chaire en gestion des compétences à l'Université du Québec à Montréal.

Toujours le 20 novembre 2009, mais à Québec, la SQPTO organise également une *Journée symposium dédiée aux pratiques en évaluation*, l'horaire est de 8 h 30 à 16 h 30. Durant cette journée, il y aura présentation de moyens d'évaluation relatifs aux nouvelles tendances en sélection. Les présentateurs de cette journée seront mesdames Marie-Hélène Daigle, conseillère en ressources humaines à la Société Pierre Boucher, Lucie Bérubé, conseillère en orientation et conseillère principale en évaluation chez André Filion et associés, et monsieur André Durivage, professeur au Département des sciences de la gestion à l'Université du Québec en Outaouais et président d'Évaluation Personnel Sélection International (EPSI). Puis, le 25 novembre 2009, de 17 h 30 à 20 h 30, la SQPTO organise à Montréal un souper-conférence ayant comme thème *Le licenciement : la cessation d'emploi une question d'affaires et de respect, mais aussi d'alternatives (La gestion efficace d'une réduction d'effectif)*. La conférencière sera madame Colette Charpentier, conseillère principale chez Knightsbridge.

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

Colloques et congrès

Congrès La réalité complexe des jeunes en difficulté de comportement, y voir plus clair pour mieux intervenir

Organisé par le Comité québécois pour les jeunes en difficulté de comportement. Le 4 décembre 2009, à Trois-Rivières.
Renseignements : www.cqjdc.org.

Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec

Appel de propositions d'atelier pour le prochain congrès de l'Ordre qui aura lieu du 28 au 30 octobre 2010 à l'hôtel Hilton de Québec. Pour soumettre une proposition d'atelier : www.ordrepsy.qc.ca/membres.

Congrès Bébés pensés, Bébés parlés – Narrativité autour du bébé

Organisé par l'Unité Parents-Bébé du Centre hospitalier universitaire de Tivoli. Les 19 et 20 novembre 2009, à Bruxelles, en Belgique.
Renseignements : www.chu-tivoli.be/index.php/congres-parbebe/.

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

Montréal, Nouveau Rosemont – Bureaux à louer et psychologues recherché(e)s. Diverses modalités de location. Références. Réunions d'équipe. Groupe Cogicor. Renseignements : Denis Houde : 514 255-6541.

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

Montréal. Beaubien/Langelier. Bureau meublé et décoré pour pratique privée. Tout compris. 150 \$/mois/jour. Éric Beaulieu : 514 339-4420, ericbeaulieu8@hotmail.com.

Bureau à louer, rue Laurier Ouest, Outremont, insonorisé, meublé, chauffé, climatisé. Mi-temps ou à la journée, cachet, mur de brique. Édifice professionnel. Elaine Kennedy : 514 274-1839, e.kennedy@videotron.ca.

Québec – Bureau à partager. Angle Belvédère/René-Lévesque. Lundi et vendredi après-midi et soir; mardi matin, mercredi journée entière ou par blocs. Meublé, ascenseur, stationnement, cuisinette. 418 682-6273.

Montréal – Bureaux à louer, à 200 mètres du métro Henri-Bourassa, Ahuntsic. Idéal pour psychologues, médecins, thérapeutes. Édifice très propre, sécuritaire et bien entretenu. Tous les bureaux sont rénovés, salle d'attente. Éclairage halogène, tapis neufs, fraîchement repeints. Pour renseignements, communiquez avec nous au 514 381-0003.

Bureau de professionnels à louer. Situés sur l'avenue Dorval. Meublés, insonorisés, bien éclairés. Salle d'attente, salle de conférence, cuisine, réceptionniste-secrétaire. Téléphone et Internet dans chaque bureau. Situés au-dessus d'une clinique médicale et parmi d'autres professionnels. 11 X 10 : 1000 \$/mois, 12 X 10 : 1000 \$/mois, 22 X 20 : 1500 \$/mois. 514 631-6636.

Bureau meublé à louer pour pratique privée. Situé sur Taschereau à Greenfield Park. Possibilité de 1 à 3 jours/semaine. Grand stationnement. 450 904-2144.

Bureau à louer – Chemin Côte-des-Neiges, à l'intersection de Queen-Mary. Très ensoleillé, climatisé et insonorisé. Facile d'accès en automobile et en métro. Location disponible à la journée ou soir seulement. Pour renseignements, communiquez avec Louise Pépin au 514 733-8848.

Centre-ville de Saint-Jérôme – Bureau à partager. Spacieux, meublé avec goût, salle d'attente. Plusieurs plages horaires disponibles, jours/soirs. Modalités de location à discuter, prix avantageux. 450 822-4181.

Deux psychologues cherchent collègues pour partager bureaux. Ambiance chaleureuse, tranquillité, climatisation. 3^e bureau disponible. Promenades Fleury. Communiquez avec Johanne Lavallée ou Louis Gagné : 514 382-9825

Bureaux pour psychologues ou autres professionnels à Saint-Jean-sur-Richelieu. À partir de 350 \$/mois. Différentes modalités de location disponibles. Possibilité de références. Communiquez avec Sylvie au 450 358-5700.

Vieux-Montréal – Bureau à sous-louer. 20 \$ de l'heure ou par blocs de temps. Atmosphère accueillante. Cachet : poutre, pierre, meubles haut de gamme. Vue sur la magnifique cour intérieure des Écuries d'Youville. À proximité du métro Square-Victoria. Disponible maintenant. Sandra Legagneur : 514 202-3876.

Bureau à louer – Laval. Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublé, spacieux, bien fenêtré, avec salle d'attente, cuisinette et commodités, insonorisation supérieure, climatisation. Disponibilités par blocs, à la demie ou à la journée. Modalités avantageuses selon occupation. 450 663-7222.

Bureaux pour professionnels, espace commercial offert au rez-de-chaussée de 1200 pieds carrés. Déjà sur place : psychologues, avocats, chiropraticien, dentiste et soins esthétiques. Situé au 6915, Saint-Denis, à 5 minutes du métro Jean-Talon. Renseignements : 514 951-5971 ou projets@gecyco.com.

Grand bureau à partager, près de la 640, à Mascouche. Meublé, climatisé, avec salle d'attente et grand stationnement. Dès septembre 2009. Monique Dubois, travailleuse sociale : 514 642-0926.

Blainville – Deux beaux bureaux à partager. Plusieurs plages horaires disponibles. Possibilité de partage de la clientèle (enfants, adolescents et adultes). André Huppé : 514 994-3973. Isabelle Caron : 450 475-7350.

Repentigny – Bureau 15 X 17 meublé, ensoleillé à sous-louer. Présentement disponible le vendredi, weekend toute la journée et soirées sur semaine. Bureau complètement libre novembre 2009. Références possibles. Julie : 450 585-7900.

À quelques minutes des métros Jean-Talon et Jarry (deux endroits). Bureaux meublés, éclairés, accueillants et insonorisés pour psychologues travailleurs autonomes. Modalités flexibles de location à l'heure ou au bloc mensuel. Services possibles : références, Internet, promotion de vos services sur le Web et rencontres cliniques entre pairs. Guillaume Tétreau : 514 499-1399, gtetreau@cdpvp.ca.

Bureau à partager – Pointe-Claire. Ensoleillé, meublé, climatisé. Bonne accessibilité, stationnement facile. Prix avantageux. Diverses modalités de location. 514 697-9798 ou 514 683-8073.

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

Aide psychologique Rive-Sud recherche un(e) psychologue, clientèle adulte, pour joindre une équipe multidisciplinaire sur place. Location journée(s)/mois. Références possibles. Communiquez avec Ginette au 514 571-8871.

À la journée. Métro Iberville. Édifice de la Galerie-Roussil. Jocelyne Bisailon au 514 593-4226, jocelynepsy@yahoo.ca ou Réal Bédard au 514 862-7852.

Métro Laurier, rue Saint-Hubert. Bureau calme et accueillant, 135 pieds carrés, meublé ou non. Communiquez avec Murielle Forest au 514 277-7006 ou Carole Plasse au 514 273-1258.

Bureau dans une clinique privée de médecine familiale située à Sainte-Marthe-sur-le-Lac. Idéal pour recevoir vos patients dans un endroit calme et professionnel. D^{re} Normandin : 450 472-7759.

Centre de psychologie de la Grande-Côte – Bureau à sous-louer, Boisbriand, dans une maison ancestrale. Chaleureux, éclairé, affluence, salle d'attente et cuisinette. Facile d'accès, situé à proximité des autoroutes 13, 15 et 640. Horaire disponible jour-soirée, possibilités de références. Diverses modalités de sous-location. 514 301-3056.

Longueuil – Bureau à partager. Deux jours et demi par semaine. Bas prix. 514 729-1295.

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

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

Psychologues recherchés(e)s. Collaborateurs; sous-locateurs ou associés. Évaluation psychologique et expertise. Connaissances des tests intellectuels, expérience en clinique infantile et adolescente. Bilinguisme. Clientèle fournie ou pratique privée. Bureaux insonorisés, meublés, bien éclairés, salle d'attente, de conférence, cuisine, service de secrétariat. Accès internet, photocopie, télécopie. Situé à Dorval. 514 631-6636.

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

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

Nous recherchons une personne bilingue et bien organisée pour diriger un projet financé par les IRSC à partir de janvier 2010 sur un nouveau traitement pour le trouble stress post-traumatique avec l'équipe du Dr Alain Brunet, psychologue. Avantages : heures flexibles et possibilités d'assister à des conférences. Une maîtrise en psychologie et de l'expérience en recherche clinique sont demandées. Pour postuler, envoyez une lettre de motivation, un relevé de notes, une lettre de recommandation et un C.V. à : Andrea Ashbaugh, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Pavillon Perry (E-4114), 6875, boul. LaSalle, Montréal (Québec) H4H 1R3. 514 761-6131, poste 4341. *andrea.ashbaugh@douglas.mcgill.ca*.

Psychologue recherché(e) dans la région de Trois-Rivières désirant travailler dans une clinique multidisciplinaire dynamique. Pour plus de renseignements, communiquez avec Valérie Provencher, D.C. : 819 909-1551, 819 378-7109.

Basses-Laurentides/Saint-Eustache. Recherche psychologue pour enfants, adolescents et familles. Tests neuropsychologiques un atout. Grands locaux chaleureux, bien aménagés. Messagerie, stationnement, support et références. Marjolaine Cyr : 450 974-2685.

Psychologue recherché(e) – Montréal, Rosemont. Temps partiel, disponibilités en soirée, clientèle adulte fournie, approche éclectique ou cognitive, réunions. Renseignements : 514 255-6541, *info@cogicor.com*.

Psychologues demandés - Pratique privée. Clientèles : enfant, adolescent et adulte. Boucherville. 450 449-3963.

Psychologue à temps partiel recherché pour une clinique d'orientation cognitivo-comportementale (TCC) située dans le Vieux-Montréal. Clientèle fournie, flexibilité des horaires, possibilités d'interventions en entreprise. Faire parvenir un C.V. à l'adresse suivante : *nchevrier@spsequoia.com*.

À VENDRE

WPSSI-III, version française, complet et tout neuf. 1300 \$, négociable. Appeler : 514 915 1756 ou 514 703 1756.

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.



Le CEP offre les services suivants :

- **Suivi thérapeutique selon les approches cognitivo-comportementale, humaniste, psychodynamique et systémique**
- **Consultation individuelle, de couple et familiale**
Anxiété/Phobie/Panique • Trauma • Dépression/Burnout/Deuil
Douleur • Dépendance • Difficultés interpersonnelles
Troubles alimentaires (Anorexie/Boulémie/Obésité)
- **Formations Grand Public**
Douleur : 11 Novembre 2009
Gestion de l'anxiété : 5 Mai 2010
Un espace pour soi parmi les autres : 7 Novembre 2009 & 23 Janvier 2010
- **Perfectionnement professionnel**
Douleur : 13 Novembre 2009
Réactions post-trauma complexes : 7 Mai 2010
- **Location de bureaux de consultation ou salle de conférence**

5066 Papineau, Montréal • www.cepsychologie.com
514 678-5747

 **Laurier**

Par Dr^e Cynthia Turcotte, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

_POUR TRAITER LE TROUBLE PANIQUE : LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE

Les recherches sur l'efficacité des thérapies psychanalytiques sont limitées par plusieurs facteurs, dont la croyance que l'expérience clinique en démontre l'efficacité, ainsi que par l'inquiétude que la recherche dénaturerait d'une certaine façon le traitement lui-même. Dans l'esprit de plusieurs psychanalystes, la recherche s'avère néanmoins nécessaire afin d'obtenir une évaluation plus juste de la contribution de la psychanalyse dans les psychothérapies contemporaines. Une étude récente a comparé dans un essai randomisé et contrôlé l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique axée sur la panique (PPAP), prodiguée par des psychologues ou psychiatres avec au moins 3 ans de suivi en psychanalyse, à celle d'un entraînement appliqué à la relaxation (EAR, Cerny *et al.*, 1984) auprès de 21 adultes avec trouble panique selon les critères du DSM-IV. La PPAP consiste en une thérapie où sont utilisés l'association libre, l'exploration des fantasmes et conflits inconscients, l'interprétation et le transfert de manière flexible, mais appliqués aux symptômes paniques. Cet essai a été mené au Weill Cornell Medical College (Milrod *et al.*, 2007) durant 24 sessions et 12 semaines de chacune des thérapies. Une réduction significative des symptômes de panique (Panic Disorder Severity Scale, Shear *et al.*, 1997 : $p=.017$) ainsi qu'une amélioration du fonctionnement psychosocial (Sheehan Disability Scale, 1983 : $p=.014$) sont attribuables aux effets de la PPAP comparativement à la EAR. La EAR a été choisie comme groupe de comparaison, car bien que reconnue efficace, elle l'est cependant moins que la thérapie cognitive comportementale. Si la TCC avait été utilisée et s'était montrée efficace de manière comparable à la PPAP, il aurait été difficile de déterminer si l'absence de différence et l'effet auraient été attribuables aux traitements ou plutôt au fait que la population étudiée était très réceptive à ceux-ci. Cette étude tend à montrer qu'il est possible d'opérationnaliser l'intervention d'orientation psychodynamique et d'en étudier les apports.

Busch, F.N., Milrod, B.L., & Sandberg, L.S. (2009). A study demonstrating efficacy of a psychoanalytic psychotherapy for panic disorder: Implications for psychoanalytic research, theory, and practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(1): 131-148.

_POUR TRAITER LES TROUBLES ANXIEUX : LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Les études ont bien démontré jusqu'à présent que la TCC (six séances ou plus) est plus efficace qu'un placebo ou que l'absence d'intervention en ce qui a trait au traitement des troubles anxieux (trouble panique, anxiété sociale, trouble obsessionnel compulsif, anxiété généralisée, syndrome de stress post-traumatique). Est-ce tout autant le cas dans un contexte clinique que dans un contexte de recherche? En effet, des résultats obtenus dans un devis expérimental sont plus difficilement généralisables à ce qui se passe en clinique pour les patients anxieux. Ceux-ci souffrent en majorité d'autres troubles comorbides. Une méta-analyse regroupant 56 études d'efficacité de la TCC (nombre total de participants non précisé par les auteurs) en contexte clinique appliquée aux troubles anxieux a été menée récemment. Globalement, l'échantillon est constitué d'une majorité de femmes dans la mi-trentaine, caucasiennes, travaillant à temps plein et dont moins de la moitié a effectué des études collégiales. L'échantillon présente également en majorité un autre trouble comorbide sur l'axe I (médiane : 55,4 %). Les résultats obtenus démontrent que toutes les tailles d'effet prétest et posttest pour les symptômes spécifiques de chaque trouble anxieux sont significatives. Elles indiquent ainsi que les patients traités avec la TCC dans un cadre clinique vivent une diminution significative du portrait symptomatologique anxieux ($g = 1.29$) et que cela a aussi un effet sur les symptômes dépressifs très souvent comorbides. En résumé, une amélioration substantielle de 78 % de l'état psychologique est observée chez les patients ayant été traités avec la TCC comparativement à une amélioration de seulement 22 % chez les groupes contrôle.

Stewart, R.E., & Chambless, D.L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4): 595-606.

_LE PROPRANOLOL AGIRAIT SUR LES RÉACTIONS PHYSIOLOGIQUES D'ANXIÉTÉ

Des chercheurs canadiens et américains ont travaillé de pair pour étudier l'effet possible de réduction des réponses physiologiques de stress durant des rappels subséquents en imagerie mentale d'un événement traumatisant. En effet, selon le modèle translationnel du syndrome de stress post-traumatique, un événement stressant surstimule la production d'hormones de stress, créant ainsi une réponse de peur inconditionnée. Cette réaction de peur serait par la suite conditionnée par la production hormonale lors de rappels de l'événement. Le propranolol en tant que bloqueur des sites du récepteur β -adrénergique limiterait chez les humains et les animaux les effets des hormones du stress sur ce conditionnement. Pour étudier la question, 19 participants ont été affectés de façon aléatoire à un premier groupe dans lequel les participants recevaient chacun 40 mg de propranolol, ou à un deuxième groupe où les patients recevaient un placebo. Chaque patient a été exposé à 30 secondes d'un *script* d'un événement traumatisant qui lui est propre selon l'évaluation faite par les chercheurs auprès de chaque patient. Par la suite a été administré le propranolol ou le placebo. Les résultats ont démontré, une semaine plus tard, lors d'une nouvelle exposition au *script*, que les réponses physiologiques (rythme cardiaque, conductivité de la peau, contraction des muscles faciaux) étaient significativement moins importantes chez les sujets ayant reçu le propranolol. Il est possible, selon ces chercheurs, que le propranolol agisse ainsi en bloquant la reconsolidation en mémoire des souvenirs. Toutefois, ces résultats ne montrent pas si ces effets se poursuivent dans le temps. De plus, les réactions subjectives d'anxiété des participants n'étaient pas évaluées. D'autres recherches seront utiles pour étudier ce possible futur traitement du syndrome de stress post-traumatique.

Brunet, A., Orr, S. P., Tremblay, J., Robertson, K., Nader, K. & Pitman, R. K. (2008). Effect Of Post-Retrieval Propranolol On Psychophysiological Responding During Subsequent Script-Driven Traumatic Imagery In Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 503-506.

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



PRENEZ DE L' **ASSURANCE**

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

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

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

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

1 877 807-3756
dpmm.ca

GATINEAU | JONQUIÈRE | MONTRÉAL | QUÉBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie



CABINET DE SERVICES FINANCIERS



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

**Documentation disponible
en ligne ou sur demande**

Institut Victoria

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

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

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

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

► NOUVELLES FORMATIONS

■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

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

Montréal 150 \$ (taxes incluses)

le 22 avril 2010

Québec 150 \$ (taxes incluses)

le 29 avril 2010

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

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses)

les 19 et 26 mars 2010

■ Réadaptation physique et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses)

les 17 et 24 mars 2010

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Montréal 400 \$ (taxes incluses)

Groupe B les 11, 18 novembre et 2 décembre 2009

Groupe C les 5, 12 et 26 février 2010

Groupe D les 16, 23 avril et 7 mai 2010

Régions

Des professionnels peuvent former un groupe d'au moins 12 participants
et une formatrice se déplacera en région.

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

Montréal 150 \$ (taxes incluses)

le 11 février 2010

Québec 150 \$ (taxes incluses)

le 27 mai 2010