

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 29
numéro 05
septembre 12

QUÉBEC

> Les manifestations cliniques des troubles alimentaires

PORTRAIT

SYLVIE BELLEVILLE, UNE PSYCHOLOGUE SUR LE PODIUM DES CHERCHEURS



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



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



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

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

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

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

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

1 800 361-8715
dpmm.ca/opq

MONTRÉAL | GATINEAU | JONQUIÈRE | QUÉBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie



CABINET DE SERVICES FINANCIERS

L'attachement dans la relation thérapeutique

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*

Québec, les 20 et 21 décembre 2012
Montréal, les 7 et 8 février 2013

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

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

CIG 
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE

> dossier p. 28

Les manifestations cliniques des troubles alimentaires

29_ Les troubles pédiatriques d'alimentation

D^{re} Chantal Martel, psychologue et Patricia Simone Hammes, M.Ps., doctorante en psychologie

33_ Orthorexie : quand l'alimentation passe de l'« oral » à la « morale »

D^{re} Geneviève Pilon et Martin Gaudreau-Pollender, psychologues

36_ Surpoids et obésité : doit-on faire de la perte de poids une cible thérapeutique?

D^{re} Annie Aimé, psychologue

40_ Hyperphagie boulimique : l'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation

D^{re} Catherine Senécal et Jodie Richardson, psychologues

Dans le prochain numéro du Cahier recherche et pratique : les instruments de mesure en psychothérapie

Partout dans le monde, cliniciens et chercheurs tentent de démystifier les paramètres qui influencent l'efficacité de la psychothérapie. Différents outils ont été développés à l'intention des psychothérapeutes afin de mesurer en temps réel l'effet de leurs traitements chez leurs clients. La prochaine édition du *Cahier recherche et pratique*, dont la sortie est prévue pour cet automne, vous propose différents instruments de mesure qui pourraient vous être utiles dans votre pratique clinique, tels que le *Schwartz Outcome Scale*, le *Polaris-MH* et le *CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation)*. Ne manquez pas cette édition où des articles d'émérites chercheurs des États-Unis et du Royaume-Uni vous seront présentés.

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731



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



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

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

_portrait p. 24

Sylvie Belleville

Une psychologue sur le podium des chercheurs



_sommaire

07_ Éditorial

Encadrer dans un climat de confiance

09_ Pratique professionnelle

L'entrée en vigueur du projet de loi 21

13_ Secrétariat général

Le permis de psychothérapeute, c'est parti!

15_ Déontologie

Le jugement professionnel : un acte qui se partage

18_ Affaires juridiques

Les avis du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie

22_ Assemblée générale annuelle

23_ Les médias s'intéressent à l'encadrement de la psychothérapie

27_ Première publicité pour l'Ordre des psychologues

44_ Activités des regroupements

46_ Tableau des membres

48_ Petites annonces

50_ La recherche le dit

Psychologie

QUÉBEC

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

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

www.ordrepsy.qc.ca

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier,
Stéphanie Léonard

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos couverture et page 32 :: Alexa Tymocko

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Conception graphique et production ::
MichauDesign

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

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

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

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Novembre 2012 : 28 septembre 2012

Janvier 2013 : 23 novembre 2012



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

50
ANS

Des rabais exclusifs? C'est réglé.

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



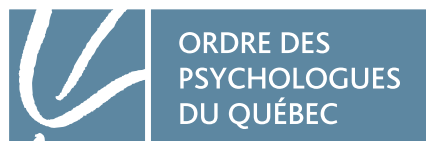
OBTENEZ UNE SOUMISSION

1 866 551-2641
lacapitale.com/opq



CONCOURS
*Costa Rica
me voilà!*

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



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages



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

Éditorial

Encadrer dans un climat de confiance

L'entrée en vigueur du projet de loi 21 donne lieu à l'élaboration de règles nécessaires à la mise en application des nouvelles dispositions. Les psychologues connaissent depuis toujours l'importance d'un cadre dans la mise en place d'une pratique rigoureuse et respectueuse de chacun. Toutefois, ce serait une erreur de limiter notre vision à la seule compréhension des règles et les nouvelles obligations en matière de formation continue en sont un bel exemple.

L'Ordre a appuyé l'exigence de formation continue pour tous ceux qui sont et seront autorisés à pratiquer la psychothérapie, qu'ils soient psychologues, membres d'une autre profession ou psychothérapeutes compétents non admissibles à un ordre professionnel (clause grand-père). Nous voyons un moyen de garantir le maintien des compétences qui sont essentielles à la pratique de la psychothérapie.

En tournée, lorsque j'annonçais aux psychologues qu'ils seraient tenus à 90 heures de formation continue par période de 5 ans, le commentaire le plus fréquemment entendu était que c'était peu. En effet, la majorité des psychologues sont depuis toujours de grands consommateurs de formation continue, ce qui est tout en leur honneur. L'encadrement réglementaire apporte l'assurance que tous le feront, qu'ils soient psychologues ou autres psychothérapeutes. Quant au type d'activités qui seraient reconnues et exigées, nous avons convenu qu'elles devaient porter sur les trois types de savoirs : connaissances, savoir-faire et savoir être. D'où l'obligation de supervision pour un minimum de 5 heures par période de 5 ans.

À partir du moment où une règle existe, il faut établir les moyens de son application. En ce qui a trait à la formation continue, il a fallu définir de la manière la plus objective

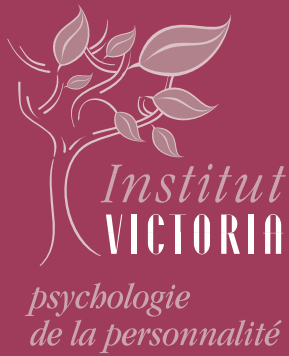
possible ce qui pouvait être reconnu et comptabilisé. Il est évident qu'on laisse ainsi de côté des activités qui sont non seulement enrichissantes, mais parfois essentielles au maintien de la compétence du psychologue. Je pense à la lecture de certains textes, à des discussions entre collègues et même au fait de suivre une psychothérapie personnelle.

Plusieurs questions nous sont posées qui suscitent une réflexion. Plusieurs cas nous sont présentés où l'application de la règle telle que définie semble poser problème, voire créer une incohérence. Au même titre que nous sommes tenus de respecter la loi, nous nous engageons à lui donner tout son sens : permettre aux psychologues et aux autres psychothérapeutes de maintenir à jour leurs compétences et prendre les moyens de s'en assurer. L'Ordre entend d'ailleurs mettre à leur disposition un catalogue d'activités de formation très diversifiées afin de répondre aux besoins de tous et cela, peu importe qu'ils soient à Montréal ou en région.

C'est dans l'application que nous verrons si certaines de nos procédures pourraient être améliorées, certains critères modulés autrement et même, certaines définitions, revues. Comme institution, nous sommes aussi engagés à améliorer nos processus de manière continue.

Je tiens à vous assurer que l'Ordre a la même confiance envers ses membres qu'avant l'établissement de nouvelles règles rendues nécessaires pour encadrer des activités réservées. C'est dans cet esprit que nous souhaitons exercer notre devoir de surveillance.

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



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

► NOUVELLE FORMATION

■ Suicide et troubles de la personnalité : prévention et intervention

Comment distinguer, chez cette clientèle, les états suicidaires chroniques à faible risque, des exacerbations pouvant mener à un danger sérieux de passage à l'acte. Quelles sont les interventions à privilégier dans l'une ou l'autre de ces situations.

Montréal 150 \$ (taxes incluses)

Groupe A le 27 novembre 2012

Groupe B le 24 mai 2013

► FORMATIONS 2012-2013

■ Les troubles de la personnalité : introduction à l'intervention

Montréal 405 \$ (taxes incluses)

Groupe A le 30 janvier et les 6 et 20 février 2013

Groupe B les 30 et 31 mai et le 1er juin 2013

■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

Montréal 280 \$ (taxes incluses)

les 4 et 5 avril 2013

Québec 315 \$ (taxes incluses)

les 14 et 15 février 2013

■ Intervention en situation de crise et troubles de la personnalité

Montréal 280 \$ (taxes incluses)

les 28 février et 1er mars 2013

■ Réadaptation physique et troubles de la personnalité

Montréal 280 \$ (taxes incluses)

Groupe A les 15 et 16 novembre 2012

Groupe B les 17 et 24 avril 2013

■ Contre-transfert et troubles de la personnalité

Montréal 280 \$ (taxes incluses)

les 16 et 17 mai 2013

Pratique professionnelle

L'entrée en vigueur du projet de loi 21



Pierre Desjardins / Psychologue

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

Cette chronique a été écrite avec la collaboration de M. Yves Martineau, psychologue et conseiller à la formation continue de l'Ordre.

Comme vous le savez certainement, le 21 juin dernier entraînent en vigueur les dispositions du PL 21 relatives à la psychothérapie. Pratiquement, cela signifie que dorénavant nul ne peut exercer la psychothérapie ou porter le titre de psychothérapeute s'il n'est pas détenteur d'un permis de psychothérapeute ou encore psychologue ou médecin compétent en la matière. Pour ce qui est de la réserve des autres activités, les dispositions du PL 21 s'y rattachant seront en vigueur le 20 septembre prochain. Soulignons qu'outre la psychothérapie, le PL 21 réserve 13 activités en exclusivité ou en partage, dont 10 aux psychologues.

Plusieurs des activités réservées en partage sont liées à l'évaluation d'une personne. Bien que le libellé de chaque activité soit le même pour tous les professionnels visés, dans les faits il ne s'agit pas de la même activité puisque l'objet de l'évaluation variera en fonction du champ d'exercice propre à chaque professionnel. Prenons l'activité *Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*. Cette activité est réservée à six professionnels différents, mais cela signifie que pour le psychologue il s'agit d'évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** de cette personne alors que pour le travailleur social, pour comparaison, il s'agit d'évaluer son **fonctionnement social**. Bref, c'est le champ d'exercice de chacun des professionnels qui est déterminant et qui circonscrit l'exercice de l'activité.

_LISTE DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX PSYCHOLOGUES

Voici donc la liste des activités qui sont réservées aux psychologues, activités libellées pour rendre compte de notre champ d'exercice :

- Évaluer les troubles mentaux
- Évaluer le retard mental
- Évaluer les troubles neuropsychologiques (lorsque la formation est attestée par l'Ordre)

- Évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité
- Évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** d'un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
- Évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** d'une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès
- Évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** d'une personne qui veut adopter un enfant
- Évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique
- Évaluer le **fonctionnement psychologique et mental** d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins
- Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Autochtones cris

_LA FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE

Plusieurs pensent qu'en raison du PL 21, les psychologues seront dorénavant tenus de répondre à des exigences de formation continue particulières. Il faut d'abord préciser que la formation continue est et a toujours été obligatoire. C'est même clairement indiqué dans l'article 39 de notre code de déontologie :

Le psychologue développe, parfait et tient à jour ses connaissances et habiletés dans le domaine dans lequel il exerce ses activités professionnelles.

Le code ne formalise toutefois pas cette obligation, laissant au jugement et à la discrétion des psychologues le soin de déterminer ce que sont leurs besoins en matière de formation continue et les moyens qu'ils comptent prendre pour y répondre. Bien sûr, ils doivent pouvoir rendre compte de ce qu'ils font pour donner suite à l'article 39, entre autres dans le cadre d'une visite d'inspection professionnelle.

Les obligations formelles en matière de formation continue sont liées à l'exercice de la psychothérapie. Ces obligations découlent du PL 21 et sont déterminées par le Règlement sur le permis de psychothérapeute (voir la section III : cadre des obligations de formation continue), règlement édicté par l'Office des professions¹. L'article 3 de ce règlement stipule entre autres que

Le médecin ou le psychologue qui exercent la psychothérapie et le titulaire du permis de psychothérapeute doivent accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de 5 ans.

[...]

Le psychologue et le titulaire du permis de psychothérapeute doivent choisir les activités de formation continue parmi celles prévues au programme d'activités de formation continue en psychothérapie adopté par l'Ordre des psychologues du Québec.

Étant donné l'engagement que cela implique pour l'Ordre des psychologues, celui-ci, par la voie de son conseil d'administration, a adopté une résolution sur les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie². Cette résolution vise en somme à opérationnaliser l'exercice permettant de reconnaître les activités qui seront inscrites au programme d'activités de formation continue.

Pour toutes les autres activités que réserve le PL 21 aux psychologues, il n'y a ni règlement ni résolution, mais que le code pour soutenir l'obligation de formation continue. Il n'est pas exclu cependant que l'Ordre réfléchisse à l'éventualité de réglementer l'obligation de formation continue pour l'exercice de toutes les activités professionnelles des psychologues. Néanmoins, il faudra au préalable apprendre de cette première expérience en lien avec l'exercice de la psychothérapie avant d'envisager un quelconque élargissement de la réglementation.

_LE MANDAT DE L'ORDRE EN MATIÈRE DE FORMATION CONTINUE

L'Ordre compte élaborer un catalogue d'activités de formation continue. Ce catalogue comprendra entre autres le programme d'activités de formation continue en psychothérapie qu'il aura reconnues.

Aux fins de la reconnaissance de ces activités, l'Ordre demande aux dispensateurs de lui fournir une information suffisamment détaillée pour en faire une juste évaluation, pour s'assurer de leur pertinence à l'exercice de la psychothérapie et enfin pour les présenter au programme de telle sorte que les psychologues et autres psychothérapeutes intéressés puissent faire un choix bien éclairé, tenant compte de leurs besoins propres. Ceci implique une certaine formalisation, pour ne pas dire standardisation, du contenu qu'ont à présenter les dispensateurs et nous convenons

qu'il peut être relativement exigeant de remplir à cet effet le formulaire de reconnaissance. Cependant, cet exercice de formalisation auquel sont conviés les dispensateurs leur assurera en fin de compte une exposition claire, rigoureuse et par le fait même attrayante de leur offre de service³.

_LE PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

Même si l'entrée en vigueur des dispositions du PL 21 relatives à la psychothérapie a eu lieu le 21 juin dernier, l'Ordre a prévu un délai de 6 mois pour accorder aux dispensateurs d'activités le temps qu'il faut pour présenter leur demande de reconnaissance en bonne et due forme et permettre au responsable de la formation continue et aux comités sur lesquels il doit s'appuyer de faire l'étude de ces demandes et les reconnaître. Nous croyons qu'au 21 décembre prochain, le programme sera suffisamment bien constitué et, dès lors, les psychologues et autres psychothérapeutes n'auront d'autres choix que d'y sélectionner leurs activités de formation continue en psychothérapie, comme le prévoient le Règlement et la résolution. Il faudra alors considérer que si la formation n'est pas au programme, c'est qu'elle n'est pas reconnue, du moins pas encore. Dans l'attente d'une réponse de l'Ordre, il incombera au dispensateur de donner de l'information sur sa démarche de reconnaissance à ceux que cela intéresse. Le programme sera en quelque sorte le guichet unique pour les activités de formation continue reconnues en psychothérapie. Mais d'ici au 21 décembre, les psychologues et autres psychothérapeutes ont la possibilité de s'engager en formation continue en choisissant soit une activité inscrite au programme en élaboration, soit une activité qu'ils auront préalablement jugée pertinente à leur exercice de la psychothérapie. Dans ce dernier cas, ils pourront comptabiliser jusqu'à 9 heures de participation, ce qui représente le prorata applicable au délai de six mois, soit 10 % des 90 heures exigées sur 5 ans. Ouvrons une parenthèse pour souligner que, dans tous les cas, les psychologues ou autres psychothérapeutes doivent conserver toutes les attestations de participation.

Il faut souligner par ailleurs que le programme d'activités de formation continue (de même que le catalogue dans lequel il se trouve) est pour les dispensateurs un espace privilégié, une vitrine où exposer leurs offres de formation. Pour les psychologues et autres psychothérapeutes, c'est un outil leur permettant de prendre connaissance aisément de ce qui est offert, et ce, dans le détail. En effet, leur choix sera d'autant facilité du fait qu'ils sauront, entre autres :

- qui sont le dispensateur de l'activité et le formateur;
- quelles sont les qualifications préalables à la participation, s'il y a lieu;
- quels sont le titre, le type et le contenu de l'activité;
- quels sont les objectifs d'apprentissage;

- combien d'heures pourront être comptabilisées pour la participation à l'activité;
- où et quand se donne la formation (lorsque cette information est disponible);
- comment obtenir plus d'information et comment s'inscrire.

_LES DEMANDES DE RECONNAISSANCE

Le dispensateur d'une activité de formation est celui qui organise la formation, qui demande la reconnaissance et qui émet les attestations de participation ou de réussite. Le formateur est celui qui donne la formation ou anime l'activité. Il est possible toutefois que ce soit la même personne qui joue ces deux rôles. Parfois, c'est une organisation qui agit à titre de dispensateur de l'activité. L'Ordre, aux fins de la reconnaissance d'une activité, ne fait affaire qu'avec les dispensateurs. Un formateur souhaitant offrir de son propre chef une activité reconnue dans un contexte donné et dont il ne serait pas le dispensaire devra, pour se faire, adresser à l'Ordre une demande de reconnaissance qui tiendra compte du nouveau contexte.

_LES COURS UNIVERSITAIRES

Les cours universitaires qui donnent droit à des crédits et pour lesquels un relevé de notes officiel est émis n'ont pas à faire l'objet d'une demande de reconnaissance. Dans la mesure où un cours est lié à l'exercice de la psychothérapie, au sens de la résolution, il est reconnu d'emblée et le nombre d'heures que dure ce cours peut être comptabilisé aux fins de l'exigence des 90 heures/5 ans. Le relevé de notes servira de pièces témoignant de la participation du psychologue ou du psychothérapeute. Il faut cependant distinguer ces cours universitaires des activités de formation continue que peuvent également offrir les universités. Pour des activités de ce type, l'université est considérée comme dispensatrice et elle doit adresser à l'Ordre une demande de reconnaissance en bonne et due forme. Les activités dispensées par un service de formation continue d'une université doivent par conséquent apparaître au programme de l'Ordre pour que les psychologues ou autres psychothérapeutes qui y auraient assisté puissent comptabiliser leurs heures de participation aux fins de l'exigence des 90 heures/5 ans.

_LA TÉLÉFORMATION (OU FORMATION « EN LIGNE ») ET LA FORMATION HORS QUÉBEC

Lorsque la formation « en ligne » concerne la psychothérapie alors qu'elle est conçue ou développée par un dispensateur situé sur le territoire du Québec, celui-ci doit présenter une demande de reconnaissance auprès de l'Ordre. Les activités reconnues de ce type apparaîtront également au programme de formation continue en psychothérapie. Cependant, il est aussi possible de s'inscrire à

une activité de formation continue offerte « en ligne » par un dispensateur hors Québec. La participation à des activités de formation continue offertes hors Québec, qu'elles soient « en ligne » ou non, doit faire l'objet d'une demande de reconnaissance individuelle. Cette demande devra être faite par le psychologue ou le psychothérapeute lui-même et il aura à cet effet à remplir un formulaire qui, au moment d'écrire ces lignes, est en conception. Il est entendu qu'avant de s'inscrire à une activité de formation continue offerte hors Québec, il s'assurera de sa pertinence pour l'exercice de la psychothérapie si son intention est de répondre ce faisant aux exigences réglementaires⁴.

_LE REGISTRE DE FORMATION CONTINUE

Les psychologues et autres psychothérapeutes doivent consigner leur engagement en formation continue dans le registre de formation continue qui sera bientôt accessible sur le site de l'Ordre. C'est ce registre qui servira à l'Ordre pour établir si les psychologues et autres psychothérapeutes se sont conformés aux exigences de formation continue quant au choix des activités et au nombre d'heures.

_Notes

- 1 Ce règlement est accessible sur le site web de l'Ordre au http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/obtenir_un_permis/permis_psychotherapeute/2012_06_06_GOO_Permis_Psychotherapeute.pdf
- 2 Cette résolution est accessible sur le site web de l'Ordre au http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/formation_continue/psychotherapeutes/2012_03_30_Modalites_formation_continue_psychotherapie.pdf
- 3 Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter le site web de l'Ordre au <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/psychotherapie/dispensateurs-faire-reconnaitre-activite.sn>. Vous pourrez alors connaître, en consultant le formulaire de reconnaissance d'une activité de formation continue, les informations qui doivent être fournies dans le cadre d'une demande de reconnaissance, informations dont disposeront par conséquent les psychologues lorsque viendra le moment de choisir une activité de formation continue.
- 4 Les sujets pertinents sont ceux visés dans la résolution et reproduits au <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/psychotherapie/activites-admissibles-programme-formation-continue.sn>

UN PROGRAMME À VOTRE ÉCOUTE

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

Passez nous voir et vous verrez.

banquedelasante.ca



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

Secrétariat général

Le permis de psychothérapeute, c'est parti!



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

sbeaulieu@ordrepsy.qc.ca

Le 21 juin dernier, le Règlement sur le permis de psychothérapeute est entré en vigueur. Le jour même, la nouvelle section du site Web de l'Ordre des psychologues où l'on peut télécharger les formulaires de demande de permis a été mise en fonction. Plusieurs dizaines de demandes de permis ont été déposées par des candidats au permis dans les jours qui ont suivi. Au moment de rédiger cet article, près de 300 demandes de permis étaient en traitement au secrétariat général de l'Ordre¹.

_QUI EST ÉLIGIBLE AU PERMIS?

Avant l'entrée en vigueur de la réglementation, aucune disposition ne régissait spécifiquement la psychothérapie. Dorénavant, la pratique de la psychothérapie sera réservée aux psychologues et aux médecins² ainsi qu'aux seules personnes détentrices d'un permis de psychothérapeute. Les membres d'un des cinq ordres professionnels suivants pourront formuler une demande et avoir accès au permis de psychothérapeute s'ils remplissent les conditions édictées dans le Règlement (voir critères plus bas, section « La voie régulière »). Il s'agit de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices, l'Ordre des ergothérapeutes, l'Ordre des infirmières et infirmiers et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux.

_LES DROITS ACQUIS

Le Règlement sur le permis de psychothérapeute prévoit que certaines personnes, qu'elles soient membres d'un ordre professionnel ou non, pourront obtenir un permis en se prévalant de la clause des droits acquis. La reconnaissance des droits acquis permettra à toutes personnes qui pratiquaient cette activité, au sens de la définition prévue dans la loi, de continuer à le faire sous réserve de satisfaire à certaines conditions (les critères sont énumérés ci-après). La possibilité de faire reconnaître un droit acquis revêt toutefois un caractère temporaire.

Pour se prévaloir des droits acquis, ces personnes devront :

- Détenir un diplôme universitaire de baccalauréat dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines;
- Avoir exercé, dans les 3 années précédant le 21 juin 2012, 600 heures de psychothérapie reliée à au moins un des quatre modèles théoriques d'intervention reconnus;

- Avoir complété, dans les 5 années précédant le 21 juin 2012 ou dans l'année qui suit cette date, 90 heures de formation continue en psychothérapie reliée à au moins un des quatre modèles théoriques d'intervention;
- Avoir complété, le 21 juin 2012, 50 heures de supervision individuelle portant sur 200 heures d'exercice de psychothérapie reliée à au moins un des quatre modèles théoriques d'intervention.

Les membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et de l'Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs accrédités à titre de psychothérapeutes ainsi que les psychothérapeutes non admissibles à un ordre professionnel, membres de la Société canadienne de psychanalyse, ou de l'Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec, ou de la Société québécoise des psychothérapeutes professionnels, pourront également se prévaloir des droits acquis.

Toutes ces personnes seront dorénavant soumises à la réglementation applicable aux titulaires du permis de psychothérapeute de même qu'à une obligation de formation continue (90 heures sur 5 ans). Précisons par ailleurs qu'une personne qui est éligible à un ordre professionnel devra obligatoirement y adhérer si elle veut obtenir un permis de psychothérapeute.

Une personne non admissible à un ordre professionnel et à qui un permis d'exercer la psychothérapie sera délivré aura l'obligation, pour poursuivre sa pratique, d'identifier le diplôme qui la rend admissible à la délivrance du permis, par exemple docteur en philosophie et psychothérapeute. De plus, l'inspection professionnelle et la discipline seront assumées par l'Ordre des psychologues du Québec pour ces détenteurs de permis.

_LA VOIE RÉGULIÈRE

Comme mentionné précédemment, outre les droits acquis, seuls les membres d'un des ordres professionnels cités plus haut pourront dorénavant avoir accès au permis de psychothérapeute; ils obtiendront alors un permis par la voie dite « régulière ». Ces professionnels devront notamment être détenteurs d'un diplôme de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines et posséder une formation préparant à l'exercice de la psychothérapie dont voici le détail :

Formation théorique (765 heures)

- 270 heures portant sur les modèles théoriques d'intervention psychodynamiques, cognitivo-comportementaux, systémiques et les théories de la communication, ainsi qu'humanistes. De ces 270 heures, 45 doivent être consacrées à l'étude de chacun des modèles et 90 heures supplémentaires, consacrées à une connaissance approfondie de l'un de ces modèles;

- 90 heures portant sur les facteurs communs, dont les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle, les habiletés de communication et l'effet placebo;
- 90 heures portant sur les outils critiques, dont les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative et les statistiques ainsi que la recherche qualitative, notamment les modèles épistémologiques, et sur l'herméneutique et la phénoménologie;
- 180 heures portant sur la classification des troubles mentaux, la psychopathologie et les problématiques reliées au développement humain, dont la compréhension, par les différents modèles d'intervention, des classifications reconnues, dont le DSM et le CIM et leurs modifications ultérieures, des cycles de vie et des grandes problématiques qui y sont associées;
- 45 heures portant sur le lien entre la biologie et la psychothérapie, dont les relations somatopsychiques et psychosomatiques, la pertinence et les limites de l'intervention psychothérapeutique, et sur une connaissance générale de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux central et des psychotropes;
- 45 heures portant sur les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie, dont les lois et les ressources organisationnelles;
- 45 heures portant sur l'éthique et la déontologie, dont les devoirs et les obligations du psychothérapeute envers le client, le public et l'exercice de la psychothérapie.

Formation pratique (stage supervisé de 600 heures)

- Un minimum de 300 heures de traitement direct auprès d'au moins 10 clients, chaque client ayant reçu un traitement direct d'une durée minimale de 10 heures;
- 100 heures de supervision individuelle;
- 200 heures consacrées aux autres activités reliées à l'exercice de la psychothérapie, telles la supervision de groupe, la transcription et la rédaction de notes au dossier, la gestion générale de cas et les lectures dirigées.

_L'ÉMISSION DES PERMIS : UN PROCESSUS STRUCTURÉ ET RIGoureux

En confiant à l'Ordre des psychologues la responsabilité de la délivrance des permis de psychothérapeute, le gouvernement du Québec a reconnu la compétence des psychologues en la matière. La psychothérapie est au cœur de notre profession et nous en connaissons bien les exigences de formation. Fort de l'expérience acquise à l'Ordre en matière de traitement des demandes de permis de psychologues, notamment les demandes d'équivalences, chaque demande de permis sera l'objet d'une étude détaillée des pièces justificatives déposées par les demandeurs de permis au regard de chacun des critères prévus à la réglementation. Les dossiers seront d'abord traités en étude préliminaire par un psychologue de la permanence. Ils seront ensuite soumis à l'attention du comité d'évaluation des demandes de permis de psychothérapeute qui formulera des recommandations à l'intention du comité exécutif de l'Ordre, celui-ci ayant la responsabilité ultime d'octroyer les permis. Dans certains cas, lorsque nécessaire, un candidat au permis de psychothérapeute pourrait être convoqué à une entrevue devant un comité examinateur.

_LE PUBLIC QUÉBÉCOIS MIEUX PROTÉGÉ

Des critères de formation de haut niveau, un processus d'émission des permis appuyé sur une solide expérience et une pratique de la psychothérapie encadrée par le système professionnel, sont autant de raisons d'affirmer sans l'ombre d'un doute que le public québécois sort gagnant de cette nouvelle avancée en matière de réglementation.

_Notes

- 1 Cette chronique est écrite à la fin du mois de juillet 2012.
- 2 Les psychologues et les médecins n'auront pas à obtenir un permis supplémentaire pour exercer la psychothérapie.

Cohérence Cardiaque - formation professionnelle à l'intention des psychologues

Formez-vous au biofeedback par la cohérence cardiaque

Logiciel professionnel inclus

- Gestion du stress et des émotions
- Évaluation de la santé et suivi de toute pratique thérapeutique
- La cohérence cardiaque comme thérapie cognitive et comportementale intégrée
- Multiples applications pratiques à mise en œuvre immédiate
- Atelier de deux jours
- **Logiciel de biofeedback inclus**

Formation assurée par Dr David O'Hare, médecin spécialiste reconnu de la cohérence cardiaque, auteur de quatre livres sur le sujet, co-fondateur de l'Institut de Médecine Intégrée avec David Servan-Schreiber à Paris, diplôme d'université de thérapies cognitives et comportementales.
Atelier pratique co-animé par Michel Chiarore coach certifié en cohérence cardiaque



Formation endossée par Louise Durocher, Ph. D., psychologue

Programme et renseignements complémentaires sur www.emnergie.com/psychologues
info@equilibios.com 514-932-4744

Déontologie

Le jugement professionnel : un acte qui se partage



Eugénelle Fortin / Psychologue
Syndique
efortin@ordrepsy.qc.ca

Mes premières observations à titre de syndique éclairent la difficulté de disposer d'un jugement professionnel sans l'écho de celui de ses pairs.

« Aidez-moi à prendre la bonne décision... » est l'essentielle demande des milliers de consultations annuelles au bureau du syndic. En voici un éventail : puis-je me permettre d'attendre un rapport médical qui aiderait à évaluer adéquatement mon patient, malgré que celui-ci souhaite accélérer le processus? J'ai une jeune fille de 15 ans en suivi, elle est impubère et trop irresponsable pour prendre une importante décision à l'égard de son traitement. Elle refuse que son tuteur soit avisé et j'hésite à aller à l'encontre de son désir. Que me conseillez-vous? J'ai adressé ma patiente à un psychiatre pour une évaluation et la prise d'un neuroleptique est plus qu'indiqué. Par contre, elle refuse de prendre le médicament. Puis-je en faire une condition de traitement?

De manière prépondérante, les attentes des personnes qui nous consultent ne figurent pas au chapitre des simples demandes d'informations déontologiques. Elles se situent là où la morale et la conduite sont à inventer, alors que la déontologie fait défaut. Tissées par la singularité des êtres humains et de leurs malaises, les situations décrites ont évidemment tendance à se présenter à côté de ce qu'explicitent les codes et diverses formes de normalisation. De facto, elles interpellent l'expérience subjective des intervenants et font glisser les interrogations vers l'éthique, le savoir-faire, le jugement professionnel à proprement dit.

Les demandes de consultation visent le partage des inévitables doutes, ambivalences et craintes soulevés par le professionnel face aux options d'une intervention. L'incertitude a fait naître le besoin de s'associer le jugement professionnel d'un autre psychologue et commande l'élaboration d'une prise de position à deux. Ainsi, on demande à l'autre de nous aider à créer une réponse appropriée en le plaçant devant la situation problématique. Que cet autre soit par ailleurs syndic semble relativement secondaire. C'est la disponibilité qui dicte l'adresse et, bien sûr, en filigrane, le désir de partager la responsabilité de l'éventuelle prise de position. Faut-il en conclure que le besoin de partager le poids de son jugement est le signe d'une immaturité professionnelle? Je ne le crois pas. Il y a de la sagesse dans l'acuité qui perçoit les limites de sa subjectivité.

OFFRE D'EMPLOI NOUVEAU SERVICE EN PÉDOPSYCHIATRIE

Le CSSS de la Vallée de l'Or est à la recherche d'un psychologue pour participer au déploiement du SERVICE RÉGIONAL DE PÉDOPSYCHIATRIE. **AFFECTATION À TEMPS COMPLET.**

UN MANDAT À LA HAUTEUR DE VOS ATTENTES

En continuité et en complémentarité avec les services de première ligne, le Service régional de pédopsychiatrie a pour mandat d'offrir des services externes d'évaluation et de traitement pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue et le secteur Ouest de la Baie James. Le Service offrira également du soutien clinique auprès des intervenants œuvrant dans les diverses organisations desservant la clientèle jeunesse. Des partenariats sont bien établis avec les établissements tels que RUIS McGill. Le service est à sa deuxième année de déploiement et souhaite ajouter à son équipe les services d'un psychologue. Vous pourrez faire la différence.

UNE ORGANISATION HUMAINE ET UNE RÉGION À DÉCOUVRIR

Notre organisation favorise la mise en place de projets afin d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel, les soutenir dans leur développement professionnel et s'assurer de la qualité des services à l'ensemble de sa population (environ 43 000 personnes). On y retrouve 1 300 employés ainsi que 80 médecins, dentistes et pharmaciens. La région est reconnue pour son accueil et son dynamisme légendaire. Il est possible d'y vivre sainement et de s'y créer une qualité de vie exceptionnelle.

POUR INFORMATIONS : WWW.CSSSVO.QC.CA

Téléphone : 819 825-5858, poste 2236
Courriel : lynda_morin@ssss.gouv.qc.ca



Dans le champ de la psychologie, l'expert et le novice auront à s'interroger sur ce qu'il convient de faire dans certaines circonstances. L'un comme l'autre aura le besoin de partager ses doutes pour construire un jugement professionnel avec un pair. Cette condition d'exercice démocratique n'a ici aucune originalité. Il suffit de conserver en mémoire l'étroite filiation de la psychologie avec la philosophie et de retenir que, malgré ses lettres de noblesse, la psychologie ne pourra jamais réduire son objet à une chose entièrement calibrée dans des paramètres scientifiques. Ceux qui s'y investissent rechercheront donc sans cesse la fonction de l'Agora. Que le téléphone ou le courriel soient aujourd'hui le lieu des échanges n'y soustrait rien.

La vitalité des interrogations à l'égard de son objet qualifie la psychologie en tant que discipline. Ce caractère est aussi le signe qui distingue le jugement professionnel du jugement technique construit sur des certitudes. Quoiqu'il y ait une abondance d'actes professionnels arrimés sans interrogatoire à la mécanique d'une praxis. Fort heureusement. L'autonomie professionnelle existe et une réponse éthique peut émerger dans l'instantané et s'avérer judicieuse dans l'après-coup. C'est d'ailleurs ce qu'explore Francisco Varela¹ en analysant les situations où le couple *perception-action* opère pour le bien de tous dans la spontanéité. C'est aussi ce qui s'observe couramment en situation de crise tandis qu'un intervenant effectue un bref « arrêt sur image » et que son intervention reprend rapidement sa course dans la broderie d'une expertise. Sur ce terrain, l'interrogation est contreproductive; la consultation, une perte de temps. L'intervenant agit dans l'immédiat et en appui sur son éthique. Cependant, s'il est appelé à répondre de ses actes, il mettra alors à l'épreuve son jugement et sera susceptible de le confronter à un pair pour le valider.

Peu importe la manière, l'exercice d'un jugement professionnel est un acte qui engagera la responsabilité de son porteur en mobilisant sa subjectivité sans économie éthique. Cet a priori peut contenir en soi la justification du besoin d'en partager les préoccupations. Néanmoins, le besoin de partager ses doutes, son ambivalence et la responsabilité des conséquences de son jugement peut tout aussi bien être le fruit d'une application éthique de l'action humaine. Une éthique qui n'aurait de sens que dans un rapport pragmatique avec l'autre, individuel ou collectif. De ce point de vue, l'identification de ce qu'il convient de faire ne peut se situer dans un rapport d'abstraction à autrui. Que nous soyons psychologues, psychothérapeutes, neuropsychologues, chercheurs ou syndics, l'incarnation d'une juste posture gagne à être soutenue par plusieurs.

S'il s'agit de gouverner sa conduite professionnelle générale, de savoir combien de temps conserver les dossiers de la clientèle ou comment rédiger un rapport d'expertise, la déontologie peut nous aider à baliser nos comportements. Le code moral de la majorité des pairs peut convenir et parfois même occuper l'avant-scène. Toutefois, s'il s'agit d'orienter un jugement professionnel en termes de réponse éthique aux malaises humains, il nous faudra chercher ailleurs et trouver ensemble d'autres sources.

_Note


- 1 Francisco Varela: *Quel savoir pour l'éthique? Action, sagesse et cognition*; Ed. La découverte /Poche 2004

Centre de santé et de services sociaux
des Aurores-Boréales

**EST À LA RECHERCHE DE PSYCHOLOGUES
POUR DEUX POSTES À TEMPS COMPLET**

**LE CSSS DES AURORES-BORÉALES
SITUÉ DANS LA MRC DE L'ABITIBI-OUEST**
est un établissement multivocationnel qui :

- ↳ Œuvre auprès d'une population de 21 130 personnes
- ↳ Dénombrer près de 800 employés répartis sur 4 sites et 6 points de services
- ↳ Compte sur une équipe médicale de 25 omnipraticiens et 9 spécialistes permanents



**FAITES PARTIE DE NOTRE
ÉQUIPE DYNAMIQUE**

- ↳ Climat de travail stimulant
- ↳ Collaboration et support très accessibles
- ↳ Grande collaboration interprofessionnelle et médicale

**Ensemble pour notre
santé et notre
bien-être!**

NOUS VOUS OFFRONS :

- LA POSSIBILITÉ D'UN HORAIRE DE 4 JOURS PAR SEMAINE
- ACCOMPAGNEMENT DANS LA RECHERCHE DE LOGEMENT/RÉSIDENCE ET DANS LA RECHERCHE D'EMPLOI POUR LE(LA) CONJOINT(E)
- ACCÈS À UNE SALLE D'ENTRAÎNEMENT SUR PLACE
- UN MILIEU DE VIE ACCUEILLANT ET AGRÉABLE
- UNE VIE CULTURELLE INTÉRESSANTE ET DIVERSIFIÉE
- ACCÈS À UNE FOULE D'ACTIVITÉS SPORTIVES ET DE PLEIN AIR

POUR VOUS JOINDRE À NOTRE ÉQUIPE, NOUS VOUS INVITONS À FAIRE PARVENIR VOTRE CURRICULUM VITAE À :
 Madame Louise St-Germain, Agente administrative, classe 1
 Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales
 169, 7^e Avenue Est, Macamic (Québec) J0Z 2S0
 Téléphone : 819 782-4661, poste 3282
 Télécopieur : 819 782-2400
 Courrier électronique : louise_stgermain@ssss.gouv.qc.ca

www.abitibi-ouest.net
www.villemacamic.qc.ca
www.ville.lasalle.qc.ca

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

L'Ordre protège le public

L'ASSOCIATION PROTÈGE CEUX QUI EN PRENNENT SOIN



Profitez de services professionnels variés :

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

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

ASSURANCE « frais disciplinaires »;

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

inscription gratuite au **SERVICE DE RÉFÉRENCE**;

site **INTERNET**;

SOUTIEN aux psychologues en début de pratique;

BULLETIN couvrant différents sujets de la vie professionnelle des psychologues;

FORMATIONS à tarif préférentiel pour les membres;

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

SOUTIEN ET EXPERTISE concernant la problématique du suicide

Contribution spéciale demandée

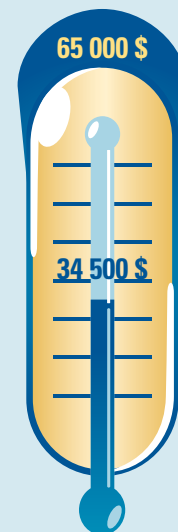
Vous êtes invités à soutenir la démarche juridique de deux psychologues qui contestent la décision du Conseil du trésor quant aux résultats de l'exercice de l'équité salariale concernant notre profession.

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

À date, 28 % des 3 500 psychologues du réseau public ont contribué pour un total de 34 500 \$ sur les 65 000 \$ requis pour la démarche. Un effort important reste à faire.

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

[Pour contribuer, visitez le www.apqc.ca](http://www.apqc.ca)



Actions et réalisations de l'APQ :

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

Assurance frais disciplinaires

Dormez sur vos deux oreilles!

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

www.apqc.ca



15% de rabais
pour les membres
de l'APQ

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

Communiquez avec notre secrétariat au

514.353.7555 ou 1.877.353.7555

7400, boul. Les Galeries d'Anjou

Bureau 410 Anjou (Québec) H1M 3M2

Affaires juridiques

Les avis du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie



M^e Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire
du conseil de discipline

elorquet@ordrepsy.qc.ca

Le Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie est institué au sein de l'Ordre des psychologues du Québec. Rappelons qu'il a notamment pour mandat de donner à l'Office des professions des avis et des recommandations concernant la réglementation relative à la psychothérapie ou toute autre question liée à la psychothérapie que l'Office juge opportun de lui soumettre.

Les membres psychologues qui siègent à ce conseil et qui ont été nommés par le gouvernement du Québec sont le D^r Gilles Delisle, clinicien, formateur et professeur associé à l'Université de Sherbrooke, qui agit comme président de ce comité et le D^r Martin Provencher, clinicien, professeur adjoint à l'École de psychologie de l'Université Laval et chercheur. Deux médecins, le vice-président ainsi qu'un membre de chaque ordre dont les membres peuvent être titulaires du permis de psychothérapeute, siègent également au conseil.

Les services juridiques de l'Ordre assurent le soutien administratif aux activités du conseil. Il veille, entre autres, à la confection et à la conservation des procès-verbaux, des avis et des recommandations du conseil et convoque, sur demande, les réunions des membres du conseil.

Au cours de la dernière année, l'Office des professions a sollicité l'expertise du conseil afin d'examiner les formes d'intervention thérapeutique suivantes : la thérapie conjugale et familiale, la zoothérapie, l'art-thérapie et la musicothérapie. Il leur a été demandé de déterminer si ces formes d'intervention constituent de la psychothérapie.

Rappelons que la loi 21 donne une définition de ce qu'est la psychothérapie et que l'Office, par règlement, établit une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie, mais qui s'en rapprochent, et qu'il définit ces interventions. C'est dans ce cadre que le conseil a été consulté.

Récemment, l'Office des professions a transmis aux ordres professionnels dont les membres sont visés par la pratique de la psychothérapie un résumé des principales conclusions des travaux du conseil que nous avons le plaisir de partager avec vous. Il est à noter que bien que le conseil ait émis un avis sur l'art-thérapie et un autre sur la musicothérapie, nous avons pris la liberté de ne publier, pour des questions d'espace, que celui sur l'art-thérapie, puisque ces deux avis sont sensiblement les mêmes.

AVIS DU CONSEIL CONSULTATIF INTERDISCIPLINAIRE SUR L'EXERCICE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE : RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS

LA THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

Les membres du conseil ont répondu à la question suivante : *la thérapie conjugale et familiale est-elle une forme de psychothérapie?*

Voici leurs conclusions :

- La pratique du thérapeute conjugal et familial peut porter sur l'un ou l'autre ou l'ensemble des éléments suivants : la thérapie conjugale et familiale et l'intervention conjugale et familiale.
- La thérapie conjugale et familiale est une forme de psychothérapie.
- L'intervention conjugale et familiale est considérée comme n'étant pas une forme de psychothérapie.

Par ailleurs, ils ont répondu à la question suivante : *les thérapeutes conjugaux et familiaux devraient-ils être autorisés d'emblée à exercer cette forme de psychothérapie ou être détenteurs d'un permis de psychothérapeute pour ce faire?*

Voici leurs conclusions :

- Deux formes de psychothérapie correspondent à la définition prévue au Code des professions : la psychothérapie personnelle (dite individuelle) et la thérapie conjugale et familiale.
- Les compétences exigées pour obtenir le permis de psychothérapie sont incontournables et minimalement requises pour l'exercice de la psychothérapie, et ce, quelle qu'en soit la forme.
- Une bonne connaissance du fonctionnement normal et anormal de l'individu est essentielle pour l'exercice de la thérapie conjugale et familiale, et ce, bien que l'objet de cette psychothérapie soit le couple ou la famille.
- Si le thérapeute conjugal et familial n'a pas de formation générale en matière de psychothérapie, les risques de dérapage, voire de préjudice, sont susceptibles d'augmenter.
- La demande de permis de psychothérapeute devrait être maintenue pour exercer la forme de psychothérapie qu'est la thérapie conjugale et familiale.
- Cette situation devra être réexaminée en fonction de l'évolution de la formation offerte aux thérapeutes conjugaux et familiaux.

Ainsi, à la lumière de l'avis du conseil, les thérapeutes conjugaux et familiaux qui pratiquent la thérapie conjugale et familiale devront obtenir le permis de psychothérapeute de l'Ordre des psychologues du Québec, alors que pour pratiquer l'intervention conjugale et familiale, le permis ne sera pas requis.

LA ZOOTHÉRAPIE

Les membres du conseil ont répondu à la question suivante : *est-ce que la zoothérapie constitue une forme de psychothérapie?*

Voici leurs conclusions :

- La zoothérapie ne constitue pas en elle-même une forme de psychothérapie.
- La zoothérapie n'est pas une modalité de traitement ou une approche de la psychothérapie au sens où un psychothérapeute pourrait espérer traiter une vaste gamme de problématiques en l'ayant pour seule ou pour principale référence théorico-clinique.

- La zoothérapie peut être utilisée en tant que forme autonome d'intervention, à partir de ses propres codes, ses propres références et ses propres méthodes. Elle peut être alors utilisée dans le cadre de l'une ou l'autre des interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie au sens du Règlement sur le permis de psychothérapeute.
- Un praticien exerçant la zoothérapie ne peut porter le titre de psychothérapeute et n'a pas à détenir un permis d'exercice. Il a toutefois l'obligation de distinguer son intervention de celle de la psychothérapie tant sur le plan du code, de la méthode que des finalités.

Il est toutefois important de souligner que les membres du conseil ne se sont pas prononcés sur les effets thérapeutiques de la zoothérapie.

Par ailleurs, les membres du Conseil ont répondu à la question suivante : *quelle serait la définition de la zoothérapie?*

Ils ont apporté les précisions suivantes :

- La zoothérapie peut être définie comme un médium subsidiaire ou un adjuvant, potentiellement utile là où l'expression verbale est difficile, peu accessible, encore mal formée ou entravée par des déficits instrumentaux.
- Dans les cas où ce moyen subsidiaire est subordonné à la psychothérapie, son utilisation doit s'inscrire dans le cadre d'un plan d'intervention qui respecte les exigences légales de la pratique de la psychothérapie. La personne utilisant ce médium subsidiaire doit alors être un psychothérapeute détenant un permis. Sinon, la personne doit intervenir dans un contexte d'équipe de soins, à titre de spécialiste de l'utilisation de ce médium, en étant sous l'autorité directe d'un psychothérapeute qui reste le garant du cadre, du protocole et du dispositif thérapeutiques.

L'ART-THÉRAPIE

(À l'exception de la précision sur le programme universitaire d'art-thérapie, les conclusions sur l'art-thérapie sont les mêmes que celles apportées à la musicothérapie.)

Les membres du conseil ont répondu à la question suivante : *est-ce que l'art-thérapie constitue une forme de psychothérapie?*

Voici leurs conclusions :

- L'art-thérapie n'est pas en elle-même une forme de psychothérapie.
- L'art-thérapie peut être utilisée en guise d'adjuvant ou de médium subsidiaire dans le cadre d'une psychothérapie.
- Dans les cas où ce moyen subsidiaire est subordonné à la psychothérapie, son utilisation doit s'inscrire dans le cadre d'un plan d'intervention qui respecte les exigences légales de la pratique de la psychothérapie. La personne utilisant ce médium subsidiaire doit alors être un psychothérapeute détenant un permis. Sinon, la personne doit intervenir dans un contexte d'équipe de soins, à titre de spécialiste de l'utilisation de ce médium, en étant sous l'autorité directe d'un psychothérapeute autorisé qui reste le maître d'œuvre de la démarche psychothérapeutique.
- L'art-thérapie peut être utilisée en tant que forme autonome d'intervention, à partir de ses propres codes, ses propres références et ses propres méthodes. Elle peut alors être utilisée dans le cadre de l'une ou l'autre des interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie au sens du Règlement sur le permis de psychothérapeute.

Les membres du conseil ont également répondu à la question suivante : *est-ce que les art-thérapeutes devraient détenir un permis de psychothérapie pour continuer à exercer leurs activités?*

Voici les précisions apportées :

- Les art-thérapeutes ayant les compétences requises et répondant aux critères établis pourront pratiquer la psychothérapie et avoir recours ou non, selon leur jugement clinique, aux médiums subsidiaires pour lesquels ils sont formés.
- Les art-thérapeutes qui pratiquent la psychothérapie au sens de la Loi ont la possibilité d'être reconnus comme des psychothérapeutes compétents non admissibles à un ordre professionnel en vertu des mesures transitoires précisées dans le Règlement sur le permis de psychothérapeute. À cet effet, les différents éléments de leur pratique et de leur formation seront pris en considération.
- Les personnes ayant complété un programme universitaire en art-thérapie pourront pratiquer l'art-thérapie en tant que forme autonome d'intervention. Ils n'ont pas à être membres d'un ordre professionnel. Ils ont l'obligation de distinguer leur intervention de la psychothérapie tant sur le plan du code, de la méthode que des finalités.

Totalisant 45 heures de travail, ce cours s'adresse aux candidats à l'admission et aux psychologues souhaitant rafraîchir leurs connaissances sur le plan déontologique. Par le biais de présentations, de travaux individuels et en équipe, les participants sont appelés à réfléchir sur plusieurs situations susceptibles de se présenter dans le cours d'une pratique professionnelle, telles que le conflit d'intérêt, la dangerosité, le témoignage devant les tribunaux, et qui sollicitent des compétences entre autres en matière de confidentialité et de consentement libre et éclairé.

Cours de déontologie et professionnalisme

FORMATRICE



M^{me} Élyse Michon, psychologue, est bien au fait de l'évolution de la déontologie et des besoins des psychologues en la matière. En effet, elle a d'abord été impliquée à titre d'inspecteur de l'Ordre pendant trois ans, ce qui lui a permis de réfléchir sur l'impact de nos obligations déontologiques et réglementaires sur des pratiques très diversifiées. Elle a ensuite été mise à contribution à la fois comme formatrice et co-conceptrice du cours de déontologie, qu'elle donne depuis plus de quinze ans, et de celui portant sur la tenue de dossiers offerts par l'Ordre. M^{me} Michon enseigne également le cours en **Éthique et déontologie** à l'Université de Sherbrooke.

LES PARTICIPANTS DOIVENT OBLIGATOIREMENT SUIVRE UNE SÉRIE DE DEUX JOURNÉES COMPLÈTES.

Horaire de chaque journée : 9 h à 16 h 30

Tarif pour l'ensemble du cours : 287,44 \$ (taxes incluses)

Inscription en ligne : www.ordrepsy.qc.ca/coursdeontologie

PROCHAINES FORMATIONS

À Montréal

EN FRANÇAIS : 16 novembre et 14 décembre 2012

EN ANGLAIS : 12 octobre et 9 novembre 2012



La troisième vague des thérapies comportementales et cognitives ACT – Thérapie d'acceptation et d'engagement FAP – Thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle Pour des thérapies riches de sens

Demande de reconnaissance de formation continue OPQ en cours (consulter notre site)

Disponible en librairie: **La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide clinique.** Avec plus de 75 exercices, illustré de nombreuses vignettes cliniques et s'appuyant sur des recherches récentes, cet ouvrage constitue un outil de référence pour les cliniciens désirant intégrer les thérapies de troisième vague (ACT & FAP) à leur pratique.

Nos formations

La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT, appuyée sur des données probantes, vous propose des outils flexibles afin de promouvoir la pleine conscience, la distanciation d'avec les pensées, l'acceptation des émotions douloureuses et l'action en harmonie avec ses valeurs personnelles. Thérapie comportementale existentielle et humaniste, l'ACT peut aider les personnes les plus coincées à retrouver une vie riche de sens.

La thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle, FAP, utilise la pleine conscience et le renforcement positif dans la relation thérapeutique. Fondée sur l'analyse clinique du comportement, elle aide à potentialiser la relation thérapeutique pour faciliter des changements comportementaux profonds et durables. La FAP peut aisément s'intégrer à d'autres approches, en particulier l'ACT.

À travers le modèle intuitif de la matrice, nos ateliers vous permettent de mettre en pratique l'ACT et la FAP rapidement et avec flexibilité.

Ateliers d'initiation : Bases théoriques et scientifiques. Utiliser la matrice et entraîner ses habiletés cliniques : exercices cliniques et expérientiels, jeux de rôles, séquences vidéo.

Ateliers de perfectionnement : cas difficiles, approfondissement et perfectionnement des habiletés cliniques. Études de cas, exercices cliniques et expérientiels, jeux de rôles.

Ateliers ACT/FAP en ligne : Huit rencontres hebdomadaires de 2 heures en petit groupe offrent un apprentissage distribué et une formation intégrée à votre pratique clinique.



Nos formateurs

Benjamin Schoendorff M.Ps.
Psychologue, formateur ACT & FAP international. Auteur de *Faire face à la souffrance, choisir la vie plutôt que la lutte avec l'ACT* (Retz, 2009) et co-auteur de *La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide clinique*.



Marie-France Bolduc M.Ps.
Psychologue, travaille en CLSC auprès de populations difficiles. Co-auteur de *La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide clinique*.



Montréal
Québec

Initiation ACT : 27/28 septembre 2012
Perfectionnement ACT : 17/18 janvier 2013
Initiation FAP : 15/16 novembre 2012
Perfectionnement FAP : 21/22 février 2013
ACT in English : 1/2 novembre 2012
FAP in English : 14/15 mars 2013

Initiation ACT : 25/26 octobre 2012
Perfectionnement ACT : 28/29 mars 2013
Perfectionnement FAP : 2/3 mai 2013
Prix : 375 \$ + taxes (étudiants 150 \$ + taxes)

Renseignements et inscriptions: <http://guidecliniqueact.com>

Assemblée générale annuelle de l'Ordre des psychologues du Québec 2012

AVIS DE CONVOCATION

L'assemblée générale annuelle de l'Ordre des psychologues aura lieu le 25 octobre 2012, à compter de 16 h 30. L'assemblée se tiendra à l'hôtel Hilton Bonaventure, au 900, de la Gauchetière Ouest, à Montréal. Un stationnement souterrain à la Place Bonaventure est disponible.

_ORDRE DU JOUR

- | | |
|--|--|
| 1_ Ouverture de l'assemblée | 7_ Présentation des états financiers 2011-2012 |
| 2_ Présentation de l'ordre du jour | 8_ Nomination des vérificateurs comptables |
| 3_ Adoption du procès-verbal de l'AGA 2011 | 9_ Questions et recommandations de l'assemblée au conseil d'administration |
| 4_ Dépôt du rapport de l'élection 2012 | 10_ Levée de l'assemblée |
| 5_ Présentation du XXXVI ^e conseil d'administration et du XXXVII ^e comité exécutif pour l'exercice 2012-2013 | |
| 6_ Rapport de la présidente | |



Du 25 au 27 octobre prochain, participez à un congrès...



> festif

La soirée d'ouverture du congrès vous réserve le dévoilement des résultats d'un sondage effectué auprès du public québécois. Des questions sur les psychologues et leurs services de même que sur la santé mentale lui seront posées. Combien coûte une séance de psychothérapie? Quelle est la formation initiale du psychologue? À l'aide de télévotants, vous serez appelé à prédire les résultats de la population. Un exercice qui promet de vous surprendre et de vous faire rire!

La Grande soirée du 50^e anniversaire sera d'abord l'occasion de souligner l'excellence de la profession avec la remise des Prix de l'Ordre. Le Prix de la santé et du bien-être psychologique, le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec et le prix Noël-Mailloux seront décernés à des psychologues émérites. Un banquet quatre services enchaînera la cérémonie et réglera les convives. Finalement, un concert privé avec Ariane Moffatt et ses musiciens soulèvera la fête et fera de cette soirée un moment mémorable!

Les capsules vidéos *Des psychologues qui changent le monde* prennent la forme de témoignages, réflexions ou messages de psychologues et adressés à des psychologues. Réalisées spécialement pour le 50^e anniversaire de l'Ordre, ces capsules sont des clins d'œil au dynamisme de la profession et ses différents champs d'intervention. Fêter le 50^e anniversaire, c'est aussi reconnaître le chemin parcouru par la psychologie et par ses artisans.

Les médias s'intéressent à l'encadrement de la psychothérapie

À l'occasion d'une conférence de presse tenue le 18 juin dernier au palais de justice de Montréal, le ministre responsable de l'application des lois professionnelles, M. Jean-Marc Fournier, était accompagné de la présidente de l'Ordre, M^{me} Rose-Marie Charest, et du président de l'Office des professions, M. Jean-Paul Dutrizac, pour faire l'annonce de l'entrée en vigueur de la réglementation sur l'exercice de la psychothérapie. À l'issue de cette annonce publique, M^{me} Charest a accordé plus d'une dizaine d'entrevues, et plus d'une vingtaine de médias ont repris la nouvelle, dont Radio-Canada, *La Presse* et *Le Devoir*. Plusieurs médias régionaux et magazines spécialisés ont également cou-



vert l'événement. Cette excellente couverture médiatique a permis d'informer plusieurs psychothérapeutes de la nécessité d'obtenir un permis pour pouvoir continuer à exercer. Elle a également eu l'effet d'informer la population sur l'importance de vérifier la compétence des psychothérapeutes qu'elle souhaite consulter et sur les nouvelles mesures de protection du public qu'entraîne la réglementation. Nous vous invitons à consulter la revue de presse complète au www.ordrepsy.qc.ca/mediaspsychotherapie.

> inspirant

Les conférences matinales ont un seul but : vous transmettre passion et énergie! Le vendredi 26 octobre, venez entendre la présidente de l'Ordre, M^{me} Rose-Marie Charest, vous entretenir sur le thème de *La santé psychologique du psychologue*. Le samedi 27 octobre, ce sera au tour du psychologue Richard Cloutier de vous faire part de ses réflexions avec *50 ans à changer le monde des familles*.

La série Grands maîtres inspirera assurément votre pratique. Recherchés pour leur expertise et leur renommée internationale, les psychologues D^{re} Monique Brillon, D^r Pierre Cousineau, D^r Gilles Delisle, D^{re} Estelle Morin et D^r John Wright vous offrent des ateliers de formation conçus à la lumière de leur propre expérience.

> formateur

Les ateliers de formation Le comité scientifique du congrès s'est assuré de vous offrir des ateliers de formation de qualité, répondant à vos besoins. Découvrez la programmation complète et constatez la pluralité de thématiques qui vous attende : dyslexie – troubles de la personnalité – psychopharmacologie – familles en détresse – parents maltraitants – insomnie – suicide chez l'enfant et l'adolescent – intervention par les forces – conflits en milieu de travail – vieillissement – troubles du spectre de l'autisme – thérapie d'acceptation et d'engagement – évaluation des troubles mentaux complexes – alliance thérapeutique – efficacité de la psychothérapie – thérapie focalisée sur le transfert – douleur et incapacités – troubles obsessionnels compulsifs – détresse des hommes – psychologie culturelle – deuil compliqué ou prolongé – comportements violents – oncopsiologie – stress post-traumatique

Une possibilité de 107 heures de formation continue reconnue en psychothérapie!

> Inscrivez-vous sans tarder pour bénéficier d'un tarif préférentiel : www.ordrepsy.qc.ca.

Portrait

D^{re} Sylvie Belleville : une psychologue sur le podium

Elle a l'étoffe d'une Olympienne et fait travailler les cerveaux sans relâche. D^{re} Sylvie Belleville, directrice du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) et professeure à l'Université de Montréal, a été reconnue comme une des 10 professeurs de psychologie les plus influents au Canada. Ses découvertes sur la plasticité cérébrale, en plus de donner de l'espoir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ouvrent la voie à de nouvelles perspectives de recherche prometteuses. Portrait d'un parcours marqué par la ténacité et par une croyance intime en l'existence du potentiel adaptatif de la matière grise.

Par Éveline Marcil-Denault, M. Ps., psychologue et journaliste pigiste

Elle a publié 121 articles – la moyenne canadienne est sous les 35 – et ceux-ci ont été cités 1962 fois, ce qui, selon une étude parue dans la revue *Psychologie canadienne*¹, fait de Sylvie Belleville une chercheuse à la fois productive et très influente. « Ses travaux ont un impact majeur qui dépasse largement les frontières de la psychologie et qui touche toutes les disciplines associées à l'étude du vieillissement. C'est une grande star dont le leadership scientifique sur la scène internationale est bien établi depuis de nombreuses années². »

Sylvie Belleville sourit lorsque nous lui lisons cette déclaration de son collègue, D^r Louis Bherer. Elle affiche la confiance de celle qui mesure pleinement le chemin parcouru. Car dans son domaine, l'effort ne suffit pas. L'intelligence non plus. « Il faut avoir la capacité à prendre les échecs et à se relever », répète Sylvie Belleville à ses étudiants. Elle sait que, malgré leur talent, ils essuieront des refus en cours de carrière. Au début de son parcours, alors qu'elle demandait une bourse postdoctorale, un évaluateur a conclu qu'elle n'avait pas le dossier pour faire de la recherche... et qu'elle ne l'aurait jamais. « J'ai eu envie de prouver que c'était faux », se souvient-elle. Pari tenu.

_RAYONNER

Depuis sa nomination en 2009, Sylvie Belleville est la seule psychologue à la tête d'un des 19 centres de recherche hospitaliers du Québec. Le CRIUGM est le plus grand centre de recherche en vieillissement de la francophonie. Près de 300 personnes y œuvrent, dont plusieurs étudiants et postdoctorants. Promouvoir l'excellence en recherche est la première mission de la directrice, mais le transfert vers la clinique et le commun des mortels lui apparaît tout aussi important : « Je dis aux chercheurs qu'ils doivent être en mesure de convaincre leur mère que ce qu'ils font est pertinent. »

Le rayonnement, pour elle, équivaut au partage d'expertise; une boucle entre le chercheur, le clinicien, le citoyen et le décideur. Sylvie Belleville assure d'ailleurs une présence importante auprès des médias³ et les chercheurs du CRIUGM organisent une vingtaine de conférences grand public par année. « J'ai toujours un grand plaisir à les préparer, précise la directrice. Ça redonne un sens à ce que je fais. »

_À PROPOS DU MIEUX-VIEILLIR

Sylvie Belleville observe que les gens, en général, savent peu de choses sur la cognition : « Beaucoup d'émissions scientifiques se concentrent sur le corps. Mais en savons-nous autant sur le fonctionnement de notre mémoire? » En favorisant une éducation publique, elle croit que les gens seront davantage en mesure de mettre eux-mêmes en place des stratégies mnémoriques compensatoires lors du vieillissement, en cas de fatigue ou encore en présence de problèmes d'attention.

Elle reconnaît les pertes et les défis de santé occasionnés par l'âge, mais s'intéresse aussi au mieux-vieillir; une notion qu'elle préfère à celle du vieillissement réussi. Identifier les conditions permettant de vieillir au mieux constitue un important pan de recherche du CRIUGM. Certains de ses collègues s'intéressent à l'aménagement des lieux de vie, d'autres à la nutrition, à l'activité physique, à la santé psychologique, etc. Selon elle, l'accroissement du nombre de personnes âgées ne pourra faire autrement que d'amener la société à se réajuster. « Ce que les personnes âgées veulent, c'est de contribuer. Avoir une fonction », résume la psychologue. En cette ère de vitesse, elle croit qu'il importe de redonner de la place aux valeurs qui sont propres au vieillissement: la sagesse, la connaissance et la bonne lenteur.

_L'HUMAIN : PLUS COMPLEXE AVEC L'ÂGE

Sylvie Belleville apprécie la richesse de son domaine d'étude. Car l'humain, comme un bon vin, se complexifie avec l'âge. « Les systèmes sont davantage en interaction, explique-t-elle. On ne peut pas traiter le cœur ou la hanche d'une personne âgée sans tenir compte de l'ensemble. Une anesthésie générale, par exemple, peut entraîner des problèmes de mémoire. »

Dans ce contexte, le travail en multidisciplinarité est incontournable. À l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), médecins, psychologues, ergothérapeutes, nutritionnistes, physiothérapeutes, pour ne nommer que ceux-là, travaillent en collaboration. Et à cet effet, la directrice croit que sa formation comme psychologue la rend peut-être davantage sensible aux messages des différents professionnels de la santé. « J'aime croire que j'ai une bonne écoute et que je dirige avec un peu de psychologie! » ajoute-t-elle en riant. Avant d'entreprendre son parcours doctoral en neuropsychologie à l'Université McGill, Sylvie Belleville a obtenu une maîtrise en psychologie clinique de l'UQTR.

_UN UNIVERS À DÉCOUVRIR

Bien qu'elle constate un foisonnement dans le domaine des recherches en neurosciences, D^{re} Belleville croit qu'on a encore tout à apprendre sur le cerveau. « Les traitements médicamenteux curatifs sont quasi inexistant dans le domaine des maladies neurodégénératives », illustre-t-elle tout en précisant que la compréhension du fonctionnement du cerveau est préalable à l'identification de possibles traitements. Mais les avancées technologiques récentes pourraient changer la donne. D'ailleurs, plusieurs chercheurs de l'IUGM travaillent dans ce domaine à l'Unité de neuroimagerie fonctionnelle dirigée par D^r Julien Doyon. L'intérêt grandissant pour les troubles cognitifs pourrait aussi permettre des avancées importantes.

Récemment, une des collègues du D^{re} Belleville, D^{re} Cara Tannenbaum, a réalisé une étude pancanadienne sur les priorités de santé des gens. Contrairement aux jeunes, qui redoutent les cancers et les maladies du cœur, les personnes âgées, elles, se préoccupent surtout des problèmes de mémoire et de mobilité. « En vieillissant, on accepte peu à peu la mort, avance la psychologue. Ce qu'on souhaite, c'est avoir une bonne qualité de vie et vivre dans la dignité. »

_PRÉVENTION ET DÉPISTAGE PRÉCOCE

Un des grands facteurs de protection de l'Alzheimer, c'est l'éducation, rappelle Sylvie Belleville. Le développement de réseaux cognitifs plus riches fait partie des hypothèses soulevées pour expliquer pourquoi les personnes plus stimulées intellectuellement présentent globalement moins de symptômes : « Ces personnes se constitueraient une forme de réserve cérébrale qui peut prendre le relai lorsque des zones sont touchées par la maladie », explique la chercheuse. Le rôle modérateur de variables personnelles – l'éducation, mais aussi la nutrition et la lutte à la sédentarité – suscite un intérêt important dans la communauté scientifique. Plusieurs chercheurs s'emploient à trouver des manières de ralentir la progression des symptômes chez ceux qui se trouvent dans les premières phases de la maladie.

Bien que le repérage précoce demeure un défi, les travaux récents pourraient permettre une identification plus rapide des personnes à risque : « Ainsi, 60 % des personnes répondant aux critères de troubles cognitifs légers développeront la maladie après quatre ans. À l'opposé, seulement 8 % de celles ne présentant pas ces symptômes la développeront. » L'identification des personnes à risque, un acte délicat qui demande une expertise de pointe, pourrait devenir importante au cours des prochaines années. En ce sens, Sylvie Belleville se réjouit de la reconnaissance récente, par l'entremise de la loi 21, des compétences spécifiques des neuropsychologues.

_LA FORCE CRÉATIVE DU CERVEAU

Le cerveau peut se transformer au contact de stimulations extérieures ou au cours de son développement normal. C'est ce que les chercheurs appellent la plasticité cérébrale. En mars 2011, Sylvie Belleville et ses collègues ont fait la manchette alors que leurs



D^{re} Sylvie Belleville

résultats de recherche paraissent dans la revue *Brain*⁴. Ils y relaient le fait qu'un programme d'entraînement comprenant des stratégies mnémotechniques (MÉMO) permettait de stimuler la plasticité du cerveau et de réduire substantiellement les symptômes cognitifs chez des personnes avec un trouble cognitif léger. La mémoire, chez leurs sujets, s'est améliorée de 20 à 30 %, accroissant du coup leur bien-être.

En faisant travailler les personnes sous un appareil de résonance magnétique fonctionnelle, les chercheurs ont pu voir que des aires cérébrales alternatives – non spécialisées dans la mémoire – s'étaient mobilisées à la suite de l'entraînement. « Nous avons découvert que c'était en grande partie le réseau intact qui était activé, et non le réseau perturbé par la maladie », précise Sylvie Belleville. Elle s'enthousiasme de cette capacité qu'a le cerveau, même malade, à se frayer des voies alternatives dans la matière saine : « Ça ouvre la porte à de nouvelles formes de stimulation, pharmacologiques ou non. »

_CONTRER LA PARESSE CÉRÉBRALE POUR PRÉVENIR LES PROBLÈMES

« Au fur et à mesure qu'on vieillit, on tend à ne plus mettre en place les meilleures stratégies de mémorisation », explique D^{re} Belleville. Cette passivité ne viendrait pas d'un manque de volonté, mais bien des transformations qui surviennent dans le cerveau avec l'âge. En 2006, après avoir testé les effets de MÉMO chez des personnes âgées en santé, les chercheurs du CRIUGM ont publié une première étude⁵ qui confirmait l'impact du programme sur les sujets atteints de troubles cognitifs légers, ce qui mettait la table à leur découverte de 2011 sur le fonctionnement de la récupération. Quelle sera la prochaine étape? D^{re} Belleville et son équipe ont commencé une étude randomisée contrôlée – un groupe suivra le programme MÉMO, un autre bénéficiera d'une intervention psychosociale et un autre groupe contrôle ne recevra aucune intervention. Ils soupçonnent que l'intervention psychosociale permettra d'atténuer les symptômes d'anxiété chez les sujets atteints de troubles cognitifs légers.

Il n'y a pas que les professionnels de l'IUGM qui s'intéressent aux aléas du vieillissement. Concernant la vente de jeux pouvant prétendument améliorer les fonctions cognitives, Sylvie Belleville appelle à une certaine prudence : « C'est bien de répondre aux préoccupations des personnes âgées, mais les distributeurs ont

l'obligation morale de la validation scientifique. » Elle insiste sur le fait que si MÉMO – offert par des psychologues en face à face – a fait ses preuves, cela ne veut pas dire que ces logiciels ont un effet probant... ils pourraient même avoir parfois un effet démobilisant. « J'ai fait certains de ces jeux et je n'ai pas eu de bons résultats! » confie Sylvie Belleville. Aux personnes qui cherchent des façons de stimuler leur cerveau, elle conseille aussi de se consacrer à des activités qui leur plaisent, comme le bridge, le théâtre, la lecture, etc. L'important est de demeurer ouvert et de continuer à faire de nouveaux apprentissages, conclut-elle.

_POUVOIR AIDER

« J'ai commencé ma formation en voulant faire de la réadaptation. J'avais envie d'avoir un impact. Mais à ce moment-là, il n'y avait à peu près rien qui se faisait. » À McGill, où elle a obtenu son doctorat, Sylvie Belleville a travaillé sur la plasticité cérébrale à partir d'un modèle animal. C'est comme clinicienne en neuropsychologie qu'elle est arrivée à l'IUGM. Le domaine du vieillissement l'a tout de suite passionnée. Pendant quelques années, elle a mis de côté ses recherches : « À cette époque, la plasticité n'était étudiée que chez les enfants », rappelle-t-elle.

Le milieu de travail de l'Institut, à la fois rigoureux et chaleureux, lui a donné envie de poursuivre une carrière en recherche : « J'ai découvert qu'on pouvait être chercheur et s'amuser dans la vie : avoir une famille, des amis et pouvoir discuter de science autour d'un verre de vin! » Aujourd'hui, 42 équipes œuvrent sous la responsabilité de cette éminente chercheuse.

C'est à l'IUGM que Sylvie Belleville est finalement revenue à ses travaux sur la plasticité. « Pour moi, c'est extrêmement important de pouvoir offrir quelque chose qui puisse aider les personnes

touchées par des troubles cognitifs », souligne la psychologue. Avec le recul, elle croit que sa détermination s'explique en grande partie par le fait que son père a été affecté par un AVC alors qu'elle était adolescente. « Personne ne nous disait rien. On était dans le noir. Aujourd'hui, je sais qu'il avait une hémiparésie, mais à l'époque, nous étions complètement troublés », se remémore-t-elle.

À 16 ans, Sylvie Belleville était persuadée qu'il y avait quelque chose à faire pour aider son père, mais aucune intervention n'était disponible. « J'aimerais lui dédier mes découvertes », dit celle qui, à partir d'une intuition, aura participé à frayer de nouvelles voies de recherche dans un champ d'étude à la fois fascinant et mystérieux.

_Notes

- 1 Carleton, R. N., Parkerson, H. A. et Horswill, S. C. (2012, 16 avril). « Assessing the Publication Productivity of Clinical Psychology Professors in Canadian Psychological Association-Accredited Canadian Psychology Departments », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*.
- 2 Citation de Dr Louis Bherer tirée d'un communiqué de presse de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (22 mai 2012).
- 3 Les entrevues accordées par Dr Belleville dans le cadre des émissions *Une pilule, une petite granule* et *Le code Chastenay* (Télé-Québec, 2011) peuvent être visionnées en ligne : video.telequebec.tv/video/9039/sylvie-belleville-entretiens-la-memoire
video.telequebec.tv/video/8136/proteger-son-cerveau-contre-l-alzheimer-grace-a-des-exercices-de-memoire
- 4 Belleville, S., Clement, F., Mellah, S., Gilbert, B., Fontaine, F. et Gauthier, S. « Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease », *Brain*, Epub 22 mars 2011. L'article peut-être consulté en ligne : brain.oxfordjournals.org/content/early/2011/03/22/brain.awr037.full.pdf+html
- 5 Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E. et Gauthier, S. « Improvement of Episodic Memory in Persons with Mild Cognitive Impairment and Healthy Older Adults: Evidence from a Cognitive Intervention Program ». *Dement Geriatr Cogn Disord*. Epub 16 octobre 2006.

WORKSHOP

The Heart and Soul of Change:

Delivering What Works in Therapy



Dr. Barry L. Duncan, psychologist

Psychotherapist, trainer, and researcher, author of best sellers such as *The Heart and Soul of Change* (2010) and *On Becoming a Better Therapist* (2010).

Participants will learn:

- what makes psychotherapy effective?
- how can client feedback and progress monitoring be implemented in routine clinical practice and how can it improve your practice?

Cet atelier sera présenté en français dans le cadre du congrès de l'Ordre des psychologues du Québec le 27 octobre 2012.

Friday, 26 October 2012

225,00\$ + tx

9h00 – 16h00

Salle Midtown – Le Sporting Club Sanctuaire, Montreal
Workshop in English

Training recognized by the Ordre des psychologues du Québec
for 6 hours of continuing education in psychotherapy.



Psychological Services
Services Psychologiques
www.medipsy.ca

Your health in mind / Votre santé en tête

CONTINUING EDUCATION also available from MEDIPSY in 2012-2013

A new state of the art and evidence based cognitive therapy for OCD

Dr. Kieron O'Connor, psychologist

IN ENGLISH – Friday, 23 November 2012 – 9h00 to 16h00 EN FRANÇAIS – Le vendredi 22 février 2013 – 9h00 to 16h00

A critical review of the methods available for progress tracking in psychotherapy and introduction to the most widely used methods

Dr. Martin Drapeau & Dr. Marilyn Fitzpatrick, psychologists

Friday, 22 March 2013 – 9h00 to 16h00

Hold me tight: the practice of emotionally focused couple therapy

Dr. Sue Johnson, psychologist

Thursday, 4 April 2013 – 10h00 to 17h00

For more information:
Pour plus d'information :
www.medipsy.ca

Première publicité télévisée pour l'Ordre des psychologues

La chaîne télévisée TV5 diffusera, à compter du 10 septembre, une adaptation québécoise de la série popularisée par HBO : En thérapie (In Treatment). Chaque jour, à 22 h, le psychologue incarné par François Papineau recevra un client différent dans son bureau : une jeune femme médecin (lundi), un pilote de l'armée (mardi), une adolescente présélectionnée pour l'équipe olympique de gymnastique (mercredi), un couple en crise (jeudi). Le vendredi, c'est lui-même que l'on verra en consultation avec sa thérapeute. La distribution compte des comédiens de renom tels que Macha Limonchik, Pascale Bussièrès, Sébastien Ricard et Élise Guilbault.

L'Ordre a acheté plus de 150 moments publicitaires de 30 secondes afin de faire connaître le service de référence. La publicité vise à informer les téléspectateurs pour qui l'envie de consulter pourrait se faire sentir qu'un système de recherche personnalisé peut les guider dans la sélection d'un psychologue correspondant à leurs besoins. Vous pouvez visionner la publicité de l'Ordre dans la section Documentation et médias du site Web.



François Papineau, Pascale Bussièrès et Élise Guilbault feront partie de la distribution de la série *En thérapie*.

LA BROCHURE SUR LA PSYCHOTHÉRAPIE EST-ELLE DANS VOTRE SALLE D'ATTENTE?

Complètement reformulée, repensée et redessinée, la nouvelle brochure sur la psychothérapie est une excellente source d'information pour vos clients. Présentée sous forme de « questions-réponses », *La psychothérapie – Se poser les bonnes questions* contient des textes adaptés aux modifications qu'entraîne l'encadrement de la psychothérapie. Commandez vos exemplaires en vous rendant au www.ordrepsy.qc.ca/brochurepsychotherapie. Le montant exigé varie selon le nombre d'exemplaires commandé et couvre uniquement les frais de l'envoi postal. Par exemple, toutes les commandes de 40 brochures et moins vous coûteront 15 \$.





Institut d'analyse eidétique

L'image mentale, comme représentation interne du vécu, offre un accès privilégié aux dimensions somatique, affective et cognitive de la personne. Au-delà des mots et du récit, l'image eidétique permet le contact avec soi et favorise la réparation.

Activités de formation 2012-2013

<p>Imagerie mentale en psychothérapie : fondements et bases d'intervention Louise Caouette, Ph. D.</p> <p>Montréal : 18 et 19 janvier 2013 Québec : 8 et 9 février 2013</p>	<p>Intensifier l'expérience de présence en psychothérapie (Formation continue) Louise Caouette, Ph. D. Oscar Hamel, M.Ps.</p> <p>Québec : 1^{er} déc. 2012 et 26 jan. 2013 Montréal : 22 et 23 février 2013</p>	<p>Développer l'expérience de présence : à soi, à l'autre, au monde qui nous entoure (Stage expérimental) Louise Caouette, Ph. D. Oscar Hamel, M.Ps.</p> <p>Québec : 19 et 20 octobre 2012</p>
--	--	---



Louise Caouette, Ph.D.
Psychologue,
Directrice de l'IAE



Oscar Hamel, M.Ps.
Psychologue, Fondateur de l'IAE

La présence est cette qualité d'être qui se manifeste par une attitude d'attention, de disponibilité et d'implication profonde qui se vit dans l'instant et qui engage les dimensions corporelle, affective, intellectuelle et spirituelle de la personne. (Caouette, 2011)

Information et inscription : www.image-eidetique.com • info@image-eidetique.com • 418 653-0193



Selon le DSM-IV, il existe officiellement deux troubles de l'alimentation, soit l'anorexie nerveuse et la boulimie nerveuse. Avec la publication du DSM-V, en mai 2013, un troisième trouble de l'alimentation, l'hyperphagie boulimique, sera ajouté à la nomenclature des troubles de l'alimentation.

Les troubles de l'alimentation possèdent le plus haut taux de mortalité de tous les troubles psychologiques. Ces troubles affectent principalement les jeunes filles et les femmes, mais les hommes constituent également 10 % des personnes atteintes. Au Québec, ce sont 3 % des filles et femmes âgées de 13 à 30 ans qui souffrent d'un trouble de l'alimentation. Ce taux de prévalence est d'ailleurs considéré comme conservateur, puisqu'il ne prend pas en considération les cas sous-cliniques. On estime que le taux de prévalence des troubles de l'alimentation au sens plus large pourrait être d'environ 10 %.

L'hyperphagie boulimique, tout comme d'autres désordres alimentaires moins documentés, tels que l'orthorexie, gagnent en prévalence. Il devient donc primordial pour les psychologues de se familiariser avec les manifestations cliniques de ces différentes problématiques. Dans le cadre d'un dossier ultérieur et pour faire suite au présent dossier, les programmes d'intervention et de recherche associés à ces troubles seront également abordés.



D^{re} Stéphanie Léonard / Psychologue

Invitée au comité de rédaction de ce dossier, la D^{re} Stéphanie Léonard, psychologue, pratique en bureau privé auprès d'une clientèle présentant des troubles alimentaires. Titulaire d'une maîtrise en psychiatrie de l'Université McGill, d'une maîtrise et d'un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal, ses mémoires de maîtrise, sa thèse de doctorat ainsi que ses publications ont tous porté sur cette problématique. D^{re} Léonard s'implique régulièrement auprès de l'organisme Anorexie et boulimie Québec (ANEB) et est membre du conseil d'administration de l'Ordre.

> Les manifestations cliniques des troubles d'alimentation

— Les troubles pédiatriques d'alimentation



D^{re} Chantal Martel / Psychologue

D^{re} Martel est psychologue pédiatrique à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Elle travaille au programme pédiatrique d'alimentation et participe à des projets de recherche comme la validation psychométrique de l'échelle d'alimentation.



Patricia Simone Hammes / M.P.s., doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (Ph. D.)

Patricia Hammes travaille au Programme pédiatrique de l'alimentation de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Nourrir son enfant est un rôle de base fondamental pour les parents (Wilken, 2012). Lorsqu'il y a refus de la part de l'enfant, un enjeu important est mis à risque, soit la santé de l'enfant. Plusieurs parents mentionnent des difficultés à alimenter leur nourrisson ou leur jeune enfant (McDermott *et al.*, 2008). Cependant, de 3 à 10 % des enfants présenteront un problème d'alimentation sévère qui pourrait engendrer une malnutrition, un retard staturο-pondéral ainsi que des perturbations développementales et comportementales (Corbett et Drewett, 2004). La prévalence est encore plus élevée chez les enfants présentant un trouble du développement (Field, Garland et Williams, 2003).

Bien que les troubles pédiatriques d'alimentation soient documentés depuis plus d'un demi-siècle, il n'existe pas jusqu'à présent une définition universellement acceptée (Bryant-Waugh,

Markam, Kreipe et Walsh, 2010). Malgré l'absence de consensus, différentes définitions qui présentent des aspects importants en commun ont été développées. Par exemple, selon Babbitt et ses collaborateurs (1994), un trouble pédiatrique d'alimentation fait référence à une incapacité ou un refus chez un jeune enfant de consommer certains aliments. Les troubles d'alimentation les plus courants incluent : 1) des apports insuffisants pour combler les besoins caloriques qui peuvent conduire à un retard de croissance staturο-pondéral, 2) une variété restreinte qui augmente la probabilité de carences en micronutriments, 3) un retard quant aux textures acceptées ou 4) aux comportements problématiques lors des repas (Silverman, 2010).

Différents facteurs ont été associés aux troubles pédiatriques d'alimentation. Des études ont démontré que des facteurs physiologiques tels que l'appétit (Ramsay, Gisel et Boutry, 1993) et les habiletés sensorimotrices (Field *et al.*, 2003) peuvent altérer les comportements lors des repas. De plus, une condition médicale

est identifiée chez plusieurs enfants présentant un refus alimentaire (Field *et al.*, 2003). Cependant, des facteurs environnementaux tels que les réactions parentales doivent également être considérés. Lorsque le parent ne réussit pas à nourrir son enfant, il y a un risque de réaction affective importante (Budd *et al.*, 1992; Ramsay, 2001). Le parent devient alors motivé à utiliser des stratégies compensatoires pour optimiser l'alimentation de son enfant, entre autres, en augmentant la fréquence ou la durée des repas et en utilisant des distractions, des supplications ou des réprimandes. Les stratégies compensatoires peuvent rendre les interactions plus difficiles pour la dyade parent-enfant (Ramsay, 2001), particulièrement dans les dyades où les interactions sont déjà fragilisées (Davies *et al.*, 2006). De plus, les stratégies compensatoires risquent de maintenir et même exacerber les difficultés d'alimentation (Piazza *et al.*, 2003). Ainsi, il semble y avoir un consensus sur l'utilisation d'un modèle biopsychosocial pour expliquer les interactions complexes des différents facteurs pouvant contribuer aux troubles pédiatriques d'alimentation (Rommel, De Meyer, Feenstra et Veereman-Wauters, 2003).

_ÉVALUATION

Considérant le grand nombre de facteurs pouvant engendrer des problèmes pédiatriques d'alimentation et les possibles interactions entrent ces facteurs, il est important d'avoir une approche interdisciplinaire dans l'évaluation et le traitement de cette clientèle (Silverman, 2010). Cette approche combine, entre autres, l'expertise de psychologues en pédiatrie, de nutritionnistes, d'ergothérapeutes, de spécialistes en analyse du comportement et de pédiatres spécialisés.

Plusieurs programmes ont été développés aux États-Unis, au Canada et en Europe pendant les 30 dernières années afin de répondre aux besoins de ces enfants. En général, le processus d'évaluation comprend une évaluation médicale, nutritionnelle et du développement sensori-moteur oral ainsi que l'observation d'un repas. Au programme pédiatrique d'alimentation de l'Hôpital de Montréal pour enfants, un psychologue procède à l'évaluation initiale avec une approche centrée sur la famille et une attention particulière à l'habileté de l'enfant à réguler l'appétit (Ramsay *et al.*, 1993). La révision de l'histoire médicale et développementale peut mettre en lumière des indices menant à des causes sous-jacentes aux troubles alimentaires. L'observation du repas permet de saisir le niveau d'habileté acquise par l'enfant, ses comportements alimentaires et l'état de la relation parent-enfant autour de l'alimentation.

_TRAITEMENTS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Une fois que l'état médical et nutritionnel de l'enfant a été rétabli et que les habiletés sensorimotrices ont été normalisées, souvent le refus persiste (Silverman, 2010). Ainsi, le psychologue pédiatrique a un rôle clé dans le traitement des troubles

d'alimentation. Le traitement peut varier selon l'âge de l'enfant, son état nutritionnel, ses habiletés alimentaires, son niveau de refus, la détresse parentale et la qualité des interactions au cours des repas (Ramsay, 2001).

_APPROCHE COMPORTEMENTALE

Les troubles d'alimentation impliquent souvent des comportements de refus alimentaire qui ont été appris et renforcés au fil du temps. Lors de l'utilisation d'une approche comportementale, une analyse fonctionnelle est réalisée à travers l'observation du comportement de l'enfant et des réactions parentales au cours d'un repas. Le but est d'identifier les comportements alimentaires problématiques et les possibles sources de renforcement. Les interventions de modification systématique du comportement qui suivent consistent à diminuer la fréquence des réponses non appropriées et les remplacer par des réponses alimentaires plus adaptées. Plusieurs études de cas ont démontré l'efficacité des interventions comportementales dans le traitement des troubles pédiatriques d'alimentation (Sharp, Jaquess, Morton, et Herzinger, 2010).

_INTERVENTION AXÉE SUR LA FAMILLE

Malgré le fait que l'efficacité de l'approche comportementale soit bien documentée, il est important de considérer d'autres modalités d'intervention pour ceux pour qui une approche comportementale ne serait pas adéquate. De plus, considérant l'importance de l'influence de l'environnement sur les difficultés alimentaires, des interventions axées sur la famille telle que la psychoéducation, la psychothérapie fondée sur la relation parent-enfant et la psychothérapie de soutien doivent être considérées dans le traitement.

La psychoéducation peut jouer un rôle important dans le traitement des troubles pédiatriques d'alimentation. Les parents doivent comprendre, entre autres, les aspects physiologiques impliqués dans l'alimentation, les étapes du développement des habiletés alimentaires et les pratiques compensatoires qui peuvent faire perdurer les problèmes. Dans un contexte multiculturel, les interventions devront prendre en considération les coutumes, les croyances et les concepts de la famille en matière de difficultés alimentaires. Dovey et Martin (2012) ont démontré l'efficacité d'une intervention fondée sur la psychoéducation pour optimiser la variété d'aliments acceptés chez 24 enfants âgés de 26 à 85 mois.

La psychothérapie fondée sur la relation parent-enfant vise l'amélioration de la sensibilité parentale aux signaux de l'enfant. Par exemple, l'« orientation d'interaction » (*Interaction Guidance*; McDonough, 2004) a été conçue pour améliorer la sensibilité du parent en utilisant une rétroaction par vidéo des interactions parent-enfant. La psychothérapie de soutien, quant à elle, vise

à fournir aux parents un endroit où ils peuvent exprimer leurs inquiétudes, à offrir un soutien émotionnel, à renforcer leurs stratégies d'adaptation saines, à établir une bonne alliance thérapeutique et à promouvoir leur engagement dans l'établissement du plan de traitement. Meyer *et al.* (1994) ont démontré l'efficacité d'une intervention axée sur la famille qui combine la psychoéducation, l'orientation d'interaction et la psychothérapie de soutien pour améliorer les interactions mère-enfant lors des repas.

_CONCLUSION

Étant donné les conséquences possibles d'un trouble pédiatrique d'alimentation sur la croissance, le développement cognitif et la santé physique de l'enfant, l'identification précoce est requise. Des outils de dépistage, comme l'échelle d'alimentation de l'Hôpital de Montréal pour enfants (Ramsay, Martel, Porporino et Zygmuntowicz, 2011), sont disponibles pour déceler rapidement les enfants ayant des problèmes d'alimentation qui requièrent une intervention spécialisée. L'échelle bilingue contient 14 items liés aux habiletés oro-motrices et sensorielles, à l'appétit, aux inquiétudes parentales, aux comportements alimentaires, aux stratégies et aux réactions parentales.

Différents systèmes ont été proposés pour classifier les troubles pédiatriques d'alimentation (Bryant-Waugh *et al.*, 2010). Cependant, il n'y a toujours pas de système de classification universelle. Ceci découle en partie des interactions complexes entre les différents facteurs biopsychosociaux contribuant aux troubles pédiatriques d'alimentation. L'identification d'un système de classification universelle est nécessaire pour l'identification de sous-groupes homogènes qui permettra la mise en place d'étude sur les traitements avec répartition aléatoire. Ceci permettra d'identifier les traitements les plus efficaces pour chaque enfant et d'identifier les bénéfices des traitements à long terme.

Par son rôle dans un programme pédiatrique d'alimentation, le psychologue doit posséder une bonne compréhension du développement de l'enfant et des interactions mère-enfant. Avec une expertise dans différents traitements tels que la psychothérapie comportementale et les interventions axées sur la famille, le psychologue offre des services clés pour le traitement des troubles pédiatriques d'alimentation.

_Bibliographie

- Babbitt, R. L., Hoch, T. A., Coe, D. A., Cataldo, M. F., Kelly, K. J., Stackhouse, C., et Perman, J. A. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatr* (4), 278–291.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., et Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98–111.
- Budd, K. S., McGraw, T. E., Farbisz, R., Murphy, T. B., Hawkins, D., Heilman, N., ... Hochstadt, N. J. (1992). Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 81–94.
- Corbett, S. S., et Drewett, R. F. (2004). To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 641–654.
- Davies, W. H., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A. F., Silverman, A. H., Fischer, E. A., ... Rudolph, C. D. (2006). Reconceptualising feeding and feeding disorder in interpersonal context : The case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409–417.
- Dovey, T. M., et Martin, C. I. (2012). A quantitative psychometric evaluation of an intervention for poor dietary variety in children with a feeding problem of clinical significance. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 148–162.
- Field, D., Garland, M., et Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatric Child Health*, 39(4), 299–304.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan M. J., et Bor, W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters : Physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29(3), 197–205.
- McDonough, S. C. (2004). Interaction guidance : Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, S. C. et K. L. Roseblum (Eds.), *Treating Parent-Infant Relationship Problems* (pp. 79–96). New York, NY : Guilford Press.
- Meyer, E. C., Garcia Coll, C. T., Lester, B. M., Boukydis, C. F. Z., McDonough, S. M., et Oh, W. (1994). Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm babies. *Pediatrics*, 93(2), 241–246.
- Piazza, C. C., Fisher, W. W., Brown, K. A., Shore, B. A., Patel, M. R., Katz, R. M., ... Blakely-Smith, A. (2003). Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 187–204.
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13, 11–28.
- Ramsay, M., Gisel, E. G., et Boutry, M. (1993). Non-organic failure to thrive : Growth failure secondary to feeding-skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 285–297.
- Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M., et Zygmuntowicz, C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale : A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics and Child Health*, 16(3), 147–151.
- Rommel, N., De Meyer, A.-M., Feenstra, L., et Veereman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(1), 75–84.
- Sharp, W. G., Jaquess, D. L., Morton, J. F., et Herzinger, C. V. (2010). Pediatric feeding disorders : A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 348–365.
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary care for feeding problems in children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 160–165.
- Wilken, M. (2012). The impact of child tube feeding on maternal emotional state and identify : A qualitative meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 248–255.

FORMATION

Thérapies brèves et psychologie positive

L'approche orientée vers les solutions auprès des jeunes et de leurs familles

6 & 7 septembre 2012

Le clinicien qui fonde son intervention sur les forces des familles peut favoriser une plus grande adhésion au traitement. Cette formation présente des pistes concrètes pour aider les intervenants à utiliser les compétences des jeunes dont les déficits sont souvent plus apparents.

Faire face aux drames de la vie : psychologie positive appliquée

24 octobre 2012

La psychologie positive est l'étude scientifique de ce qui permet aux individus de rester heureux, et ce, malgré l'adversité. Ces nouvelles connaissances sont d'une valeur inestimable pour les intervenants qui veulent aider les clients à mieux traverser les épreuves. Cette formation permet d'apprendre, entre autres, à favoriser la résilience et la croissance post-traumatique chez les clients.

Thérapies brèves : compétences de base

29 & 30 novembre 2012

Publié en 2012, le livre *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice* a permis d'établir l'efficacité des thérapies brèves auprès de différentes clientèles. Cette formation permet au clinicien d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation immédiate des techniques les plus efficaces.

Pourquoi et comment adapter l'intervention auprès des hommes et des garçons

25 janvier 2013

Les recherches sur les demandes d'aide des hommes indiquent qu'ils consultent moins et moins longtemps. Comment utiliser de façon optimale cette courte période et créer tout de même des changements durables? Peu importe le diagnostic ou l'approche privilégiée par le thérapeute, il est nécessaire et possible de tenir compte des différences de genre dans l'intervention.

L'approche orientée vers les solutions, les troubles mentaux et le suicide

21 & 22 février 2013

Cet atelier s'adresse aux personnes qui ont déjà suivi la formation provinciale *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* qui a déjà été offerte à plus de 3000 intervenants du Québec. Il vise à répondre à un besoin exprimé par les professionnels qui souhaitent développer leurs compétences auprès des personnes plus difficiles à aider. Pour s'inscrire, il est nécessaire d'avoir complété la première formation avec succès (attestation requise).

Angles morts du traitement traditionnel de la dépression

22 mars 2013

Malgré l'efficacité reconnue de certains traitements, il peut arriver qu'ils ne fonctionnent pas. Les bonnes pratiques nous invitent justement à faire preuve de souplesse et à adapter nos interventions en fonction de la réponse du client. Cette formation propose une grille d'analyse novatrice qui permet de mieux ajuster son intervention en considérant 8 angles morts du traitement traditionnel de la dépression.

Thérapies brèves : compétences avancées

2 & 3 mai 2013

Les 5 dernières années ont été particulièrement fructueuses en terme de publications et d'adaptations auprès d'une clientèle variée. Cette formation s'adresse aux intervenants qui ont déjà reçu une formation en thérapies brèves et qui souhaitent s'assurer que leur pratique demeure à la fine pointe des connaissances.



Détails et inscription : www.lavoiesolutions.com (514) 241-0510

Brigitte Lavoie, M.Ps.

Formatrice et superviseure en thérapies brèves, spécialiste en intervention de crise et co-auteure de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*. Elle a été conseillère en psychologie scolaire au Nouveau-Brunswick et conseillère auprès de plusieurs PAE.

Orthorexie

Quand l'alimentation passe de l'« oral » à la « morale »



D^{re} Geneviève Pilon / Psychologue

La D^{re} Pilon est psychologue en pratique privée à Montréal et à la Clinique des troubles de l'alimentation de la Rive-Sud. Elle s'intéresse aussi à la comorbidité des troubles de l'alimentation, plus particulièrement son lien avec les troubles de la personnalité.



Martin Gaudreau-Pollender / Psychologue

M. Gaudreau est psychologue en pratique privée à Montréal, à la Clinique des troubles de l'alimentation de la Rive-Sud et au Centre de santé et de consultation psychologique (CSCP) de l'Université de Montréal. Il s'intéresse aux problèmes alimentaires ainsi qu'aux mécanismes sous-jacents des traumatismes psychiques.

L'orthorexie est un phénomène relativement méconnu autant du public que des professionnels de la santé. D'abord, cette terminologie est récente : à la fin des années 90, ce terme émergea pour décrire une préoccupation alimentaire de plus en plus fréquente, s'apparentant à l'anorexie (Bratman et Knight, 2000). Ensuite, ce phénomène n'a pas fait l'objet à ce jour d'un consensus universel concernant sa définition et les critères associés. Ainsi, elle ne fait pas partie de la nomenclature du DSM-IV-TR et du CIM-10 et elle ne fera pas partie de la nomenclature du DSM-V. Malgré cette méconnaissance entourant l'orthorexie, cette dernière est de plus en plus répandue au sein de la population et fréquente dans nos pratiques cliniques (Brytek-Matera, 2012 et Donini *et al.*, 2004).

_DÉFINITION

De la conjonction des termes latins *orthos* (droit, correct) et *orexis* (faim, appétit), l'orthorexie se caractérise essentiellement par une obsession pour les aliments « sains et purs », ce qui amène des restrictions alimentaires importantes (Brytek-Matera, 2012 et Donini *et al.*, 2004). L'orthorexie est donc une préoccupation excessive de l'alimentation qui porte d'abord sur la sélection et la préparation restrictive d'aliments dits « bons » (ex. : légumes), mais également sur l'évitement phobique d'aliments dits « mauvais » (ex. : croustilles). Par ailleurs, l'orthorexie ne se limite pas seulement à une obsession de l'alimentation dite « santé » quant au choix des aliments. Il s'agit également d'une disposition face à tout ce qui entoure les étapes liées à l'alimentation, de la sélection jusqu'à la consommation (planification des repas, achat, préparation et consommation) (Mathieu, 2005). La préoccupation se mute alors d'une préférence à une obsession (Brytek-Matera, 2012). Par exemple, pour ces personnes, manger au restaurant et se permettre de ne pas être à l'affût de tous les ingrédients

et toutes les étapes de préparation du repas devient très anxiogène. Bien que cette forme de préoccupation alimentaire s'accompagne de comportements restrictifs, comme dans le cas de l'anorexie nerveuse, l'orthorexie se différencie par sa visée plus centrée sur la santé ou la « non-maladie » que sur la perte de poids, bien que cette visée n'est pas exclue (Getz, 2009). Ainsi, l'obsession alimentaire vise plus la « qualité » des aliments que leur quantité.

_CONTEXTE SOCIAL ET PRÉVALENCE

Les préoccupations liées à l'orthorexie prennent racine et se dissimulent souvent dans un discours populaire et ambiant de « manger santé », où l'aliment est investi d'un pouvoir et d'une propriété affective ou morale qui supplante le rapport premier à l'alimentation (ex. : le curcuma est plus choisi pour sa propriété « anticancer » que pour son goût). Il est important de préciser que d'attribuer aux aliments un gage de santé est erroné, puisque le terme « santé » fait référence à un rapport d'équilibre entre l'organisme et son environnement. Par exemple : « Pour un bébé qui mange peu, du yaourt extra-gras sera un aliment suprêmement santé. Pour une personne souffrant de problèmes de cholestérol, ce sera différent » (Lortie, 2011). Il en va de même pour un régime uniquement constitué de croustilles qui devient tout aussi « malsain » qu'un régime exclusif de carottes. Ainsi, ce qui peut être considéré « santé » ne peut être réduit qu'à un choix d'aliment.

L'orthorexie se fond aisément dans le contexte social actuel où la préoccupation liée à l'alimentation « santé » ou « saine » prend de l'ampleur. En effet, selon une étude comparative sur les raisons de l'alimentation réalisée entre 2006 et 2007, la « dimension plaisir (36 %) est presque rattrapée par la dimension santé (22 %) », alors que le plaisir prenait deux fois plus d'importance que la santé une année plus tôt (Hébel, 2008).

Or cela n'est pas sans conséquence sur les dynamiques psychologiques face à l'alimentation. Effectivement, « plus les préoccupations au niveau de la santé, qui sont promues par les services publics de santé, sont élevées, plus les préoccupations au niveau du contrôle du poids et de la sélection d'aliments dits "naturels" sont également à la hausse, cela impliquant des schèmes d'évitement dans les comportements alimentaires » (Renner *et al.*, 2012).

Bien que l'orthorexie trouve écho dans le discours ambiant, l'intensité et la gravité des symptômes de ce phénomène portent à croire qu'il s'agit d'une manifestation bien ancrée dans le spectre des troubles de l'alimentation. Ayant une prévalence estimée entre 0,9 % à 6,9 % (Bartrina, 2007; Donini *et al.*, 2004), ce phénomène est difficilement négligeable, surtout lorsqu'on connaît les prévalences des autres troubles alimentaires répertoriés dans le DSM-IV-TR, soit 0,5 % à 1 % pour l'anorexie, 2 % à 3 % pour la boulimie et 2 à 3,5 % pour l'hyperphagie (Hudson *et al.*, 2007).

_SYMPTÔMES COMMUNS

Les personnes souffrant d'orthorexie ont l'habitude d'éviter activement les aliments contenant une multitude de caractéristiques nutritionnelles : de l'aliment « trop » salé, sucré ou gras, aux agents artificiels et de conservation, produits non biologiques, génétiquement modifiés ou contenant des pesticides, etc. Comme

mentionné précédemment, la préparation de ces aliments est aussi grandement contrôlée. « La méthode (façon de couper et cuire les aliments), le matériel utilisé (plaque de bois ou de céramique seulement, etc.) font ainsi partie du rituel obsessionnel » (Mathieu, 2005). Certains auteurs (Bartrina, 2007; Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005) ont noté quatre constances dans ce rituel. D'abord, les personnes souffrant d'orthorexie se préoccupent de manière excessive de la planification de ce qui sera mangé au courant de la journée et le lendemain. Ensuite, elles se fixeront sur la sélection des aliments de manière rigoureuse et « hypercritique » (elles peuvent passer plusieurs heures à s'informer avant de choisir chaque ingrédient, que ce soit au sujet de leur valeur nutritionnelle, leur provenance ou leur mode de fabrication. L'étape suivante est associée aux méthodes et techniques entourant la cuisson et la préparation selon des procédures qui visent à rendre l'aliment le plus « pur » et contrôlé possible, mais qui ne contribuent pas nécessairement à une diminution réelle des risques sur la santé. Finalement, dépendamment de la « réussite » subjective des trois étapes précédentes, la personne souffrant d'orthorexie vivra des sentiments de fierté et de puissance ou de culpabilité et de dévalorisation. Toutefois, il suffit qu'une seule de ces étapes du rituel ne soit pas réalisée pour que survienne un sentiment d'échec. Ces sentiments, peu importe qu'ils fassent référence à la réussite ou l'échec du rituel, amèneront inévitablement un renforcement du processus obsessionnel.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Société Québécoise d'Hypnose inc.

Formation en hypnose clinique
FORMATION DE BASE
29, 30 SEPTEMBRE ET 13, 14 OCTOBRE 2012
À MONTRÉAL
Cet atelier initie les participants(es) à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.
La méthodologie privilégiée favorise un apprentissage progressif et intensif des habiletés, des techniques et stratégies de base en hypnose clinique.
Cette formation respecte les standards retenus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH).

Intégration du cycle de la vie
Avec **Peggy Pace**, MA, LMHC, LMFT
FORMATION AVANCÉE - 21 ET 22 SEPTEMBRE 2012
À MONTRÉAL
Formation de base en ICV requise.
Membres et non membres de la SQH sont les bienvenus.

25^e Congrès de la SQH
16 ET 17 NOVEMBRE 2012
En vedette : **Dr David Spiegel**, M.D.
Co-auteur de *Trance and Treatment* et
Group Therapy for Cancer Patients

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

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

_OBSESSION ET MODE DE VIE

Pour les personnes souffrant d'orthorexie, manger « correctement » devient parfois si important que cela devient le principal centre d'attention de leur vie. Dans le même ordre d'idée, cette obsession de manger « sainement » peut avoir des répercussions directes sur leurs valeurs personnelles ainsi que sur les choix de vie qui en découlent (carrière, amitiés, activités, etc.). La vision dichotomique (bons/mauvais) des aliments peut s'appliquer également à d'autres dimensions de la vie courante. Par exemple, il est possible de retrouver un clivage concernant le choix des moyens de transport (vélo vs auto), de l'habillement (fibres naturelles vs synthétiques et animales) et qui peut aller jusqu'à des choix idéologiques (altruisme vs individualisme). Cette sélection rigide laisse peu de place aux nuances et n'est donc pas sans conséquence sur les relations interpersonnelles (Brytek-Matera, 2012).

En effet, plus cette préoccupation devient grande, voire envahissante dans la vie quotidienne, plus elle est sujette à se répandre jusque dans le système d'autoévaluation de la valeur personnelle (estime de soi). Ainsi, en mangeant le plus « pur et santé » possible, celles et ceux souffrant d'orthorexie peuvent en venir à croire qu'ils sont de meilleurs individus. De surcroît, ils peuvent aussi généraliser cette croyance et faire ce même type de déduction face aux individus qui les entourent. Ils ont souvent un sentiment de supériorité face aux personnes qui ont des habitudes alimentaires différentes et qui ne respectent pas leurs règles et exigences (Donini *et al.*, 2004).

_MANGER AVEC LA TÊTE

L'orthorexie amène un dérèglement du comportement alimentaire à travers l'évitement phobique de certains aliments, se traduisant par des restrictions à la fois cognitives et comportementales. Les personnes mangeant avec des restrictions sont beaucoup plus enclines à ne plus tenir compte de leurs indices internes (faim, satiété, besoins, envies, etc.) face à l'alimentation (Herman et Polivy, 1975). Concrètement, voici à quoi peut ressembler un raisonnement de type orthorexique : « J'ai envie de manger de la crème glacée, mais je crains qu'il y ait des agents artificiels et de conservation, et une forte teneur en "gras trans", ce qui est néfaste pour ma santé. Je vais plutôt manger un fruit biologique dont je connais la provenance et dont je n'ai aucun doute sur la "pureté" ». L'envie initiale est ainsi écartée par une analyse nutritionnelle, de préparation et de fabrication qui mène soit à la privation, soit à changer d'aliment.

Plusieurs éléments du questionnaire de Bratman et Knight (2000) pour évaluer l'orthorexie évoquent cette idée de méfiance et de peur de ne pas faire les « bons » choix alimentaires, ce qui amènerait à omettre les envies, besoins et plaisirs liés à l'alimentation. Le rapport à la nourriture et aux indices corporels s'en trouve alors dénaturé, comme si l'alimentation devenait une équation à résoudre de manière rationnelle. Toutefois, avoir faim

d'un aliment est aussi élémentaire que la sensation de fatigue ou de froid. Il y a donc dans l'orthorexie un désaveu des sensations traduisant des besoins non comblés et des manques. Outrepasser ces indices prend source dans une méfiance de la légitimité des sensations et par conséquent des besoins s'y rattachant.

Or perdant ainsi ses repères premiers, l'alimentation prend une tangente d'évitement où la peur des aliments et des conséquences possibles (prendre du poids, être malade, ne pas être raisonnable...) prend le dessus. Cette dynamique liée à l'orthorexie n'est pas sans rappeler les fondements de l'alimentation restrictive menant vers la majorité des troubles de l'alimentation.

_CONCLUSION

Certaines pistes restent à éclaircir quant à l'établissement de corrélats entre l'orthorexie et diverses psychopathologies telles que celles faisant partie des spectres obsessionnels (TOC et POC) et somatoformes (hypocondrie) (Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005). Enfin, l'orthorexie est un phénomène particulièrement récent et d'actualité qui nous convie à de plus amples investigations.

En somme, l'orthorexie est une obsession de l'alimentation « pure et saine » qui a des effets sur l'ensemble des sphères de vie des personnes atteintes. Sa dynamique repose sur un surinvestissement des règles alimentaires laissant peu de place à la satisfaction des besoins passant par l'alimentation. Il est à prévoir que cette problématique sera de plus en plus fréquente dans nos pratiques et qu'elle méritera une attention grandissante.

_Bibliographie

- Bartrina JA. (2007) Orthorexia, or the obsession for a healthy diet. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57(4), 313-315.
- Bratman S. & Knight D. (2000). *Health food junkies*. New York; Broadway Books.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa-An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), Mars, 55-60.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. & Cannella, C.(2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), Juin, 151-157.
- Getz L. (2009). Orthorexia: When Eating Healthy Becomes an Unhealthy Obsession. *Today's Dietitian*, 11(6), 40
- Hébel, P. (2008). Alimentation : Se nourrir d'abord, se faire du bien ensuite. CREDOC : *Consommation et mode de vie*, 209, février. 1-4.
- Herman, C. P. & Polivy, J.(1975) Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 666-672.
- Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Lortie, M-C. (2011, mai). Un aliment santé, ça n'existe pas vraiment. *La Presse.ca*. Consulté le 4 juillet 2012, de <http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/marie-claude-lortie/201105/02/01-4395272-un-aliment-sante-ca-nexiste-pas-vraiment.php>
- Mathieu J. (2005). What is orthorexia? *Journal of American Dietetic Association*. 105(10), 1510-1512.
- Renner B., Sproesser G., Strohbach S. & Schupp H.T. (2012). Why we eat what we eat. *The Eating Motivation Survey (TEMS). Appetite*. 59, 117-128

Surpoids et obésité

Doit-on faire de la perte de poids une cible thérapeutique?



D^{re} Annie Aimé / Psychologue

Annie Aimé est professeure au Département de psychologie et de psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais ainsi que psychologue clinicienne. Elle s'intéresse aux problèmes de santé mentale et plus particulièrement aux troubles des conduites alimentaires, aux problèmes de poids et aux insatisfactions corporelles.

Récemment, *l'Enquête québécoise sur la santé de la population* révélait que près de deux Québécois sur cinq ont tenté de perdre du poids ou de le maintenir (Cazale, Dufour, Marois, Mongeau et Paquette, 2011). Parmi ces personnes, 37 % ont utilisé une méthode de perte de poids qui pouvait s'avérer dangereuse pour leur santé. Les personnes en surplus de poids ou obèses sont particulièrement à risque d'opter pour ce genre de méthode parce qu'elles sont insatisfaites de leur image corporelle ou encore parce qu'elles craignent les effets néfastes que leur poids pourrait avoir sur leur santé.

LES INSATISFACTIONS CORPORELLES

Quoique les insatisfactions corporelles puissent être présentes chez des personnes de tout poids, elles sont d'autant plus probables lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) d'une personne est élevé. En fait, tant les femmes que les hommes qui ont un surpoids (IMC de 25 à 29,9) ou qui sont obèses (IMC de 30 et plus) sont plus à risque de se déclarer insatisfaits de leur apparence et de leur corps (Frederick, Peplau, Lever, 2006). Ces insatisfactions n'étonnent guère considérant la forte prévalence des modèles de minceur auxquels les Nords-Américains sont exposés (Swami, Frederick, Avik *et al.*, 2010), l'accent placé sur la poursuite d'un idéal de beauté prônant jeunesse et minceur et la fréquence de la discrimination par rapport à l'obésité (Puhl et Heuer, 2009). Par ailleurs, de hauts niveaux d'insatisfaction corporelle sont encore plus probables chez les personnes en surpoids ou obèses qui décident de consulter pour perdre du poids (Carraça, Markland, Silva *et al.*, 2011).

Or les insatisfactions corporelles sont liées à divers problèmes psychologiques tels qu'un degré d'ajustement psychologique peu élevé, une faible estime de soi, de l'instabilité émotionnelle et des sentiments dépressifs ou anxieux accrus. Elles donnent régulièrement lieu à des tentatives de contrôle du poids, tentatives qui ponctuent d'ailleurs la plupart du temps le quotidien des personnes en surpoids ou obèses (Carraça *et al.*, 2011; Jarry et Cash, 2011). Les insatisfactions corporelles, combinées à une faible estime de soi et à des schèmes dysfonctionnels par rapport à soi (p. ex. la tendance d'un individu à estimer sa valeur en fonction de son poids et de sa silhouette) peuvent conduire à des comportements de diète caractérisés par des règles rigides et

inatteignables qui favorisent l'émergence d'un sentiment d'échec (Fairburn, 2008). Dans ce contexte de restrictions alimentaires et de faible sentiment d'efficacité personnelle, une évolution pathologique vers un trouble des conduites alimentaires, comme celui de l'hyperphagie boulimique, peut même se produire.

Lorsqu'il est confronté à un client en surpoids ou obèse qui cherche à perdre du poids, le psychologue doit évaluer les insatisfactions corporelles et, au besoin, les travailler. Leur présence indique non seulement une plus grande détresse psychologique, mais elle implique aussi de moindres chances de succès dans la gestion du poids pour la personne qui consulte (Carraça *et al.*, 2011). Outre les insatisfactions corporelles, il importe également de considérer sérieusement les comportements de diète et leurs effets. Les comportements de diète tels que suivre un programme d'amaigrissement commercial, sauter un repas, ne pas manger pendant toute une journée, prendre des laxatifs ou des diurétiques sont considérés comme des méthodes de perte de poids dangereuses pour la santé (Cazale *et al.*, 2011). Les diètes et les programmes d'amaigrissement peuvent avoir des conséquences multiples et souvent sous-estimées. Ces conséquences peuvent être plus ou moins significatives en fonction du type de régime entrepris, de la rigidité et de l'ampleur des comportements restrictifs mis en place, de la durée de la diète. Elles doivent être explorées. Le psychologue s'intéressera notamment aux conséquences possibles, par exemple maux de tête, étourdissements, fatigue, crampes musculaires, constipation ou diarrhée, irritabilité, obsessions et symptômes dépressifs (Mongeau, Vennes, Sauriol, 2004).

L'efficacité des diètes et régimes amaigrissants est quant à elle de plus en plus contestée. Bien que ces derniers soient associés, à court terme, à une diminution de 5 à 10 % du poids initial, il est de plus en plus évident que les programmes de perte de poids ne conduisent pas à un maintien de la perte de poids (Bégin, Gagnon-Girouard, Provencher, Lemieux, 2006; Mann, Tomiyama, Westling, Lew, Samuels, et Chatman, 2007). Du tiers aux deux tiers des personnes ayant suivi une diète regagnent le poids perdu sur une période de quatre à cinq ans, atteignant même parfois un poids plus élevé que leur poids initial avant la diète (Mann *et al.*, 2007).

Pour les individus qui ne reprennent pas le poids perdu suite à une diète, le maintien de la perte de poids semble en partie explicable par des éléments tels l'adhérence à un autre programme de diète ou la pratique régulière d'activités physiques. Ainsi, il a été observé qu'une autre diète tend à être entamée dès que la personne obèse en arrive à un poids excédentaire à celui qu'elle avait avant d'entreprendre la diète dont les effets sont évalués (Foster, Kendall, Wadden, Stunkard et Vogt, 1996).

À un moment ou un autre au cours des trois années suivant la fin de la diète évaluée, 60 % des personnes obèses ont atteint un poids supérieur à leur poids initial. Il est aussi postulé que la pratique de l'activité physique joue un rôle plus important que les restrictions alimentaires dans le maintien de la perte de poids (Mann *et al.*, 2007). En effet, les programmes d'amaigrissement qui permettent un certain maintien de la perte de poids sont ceux qui incluent une composante d'exercice. En ce qui a trait au maintien de la perte de poids sur une période de 12 mois, des auteurs ont démontré que les programmes portant seulement sur l'exercice s'avèrent supérieurs (maintien d'un poids de 2,5 kg en deçà du poids initial) à ceux qui ne comportent qu'une composante de diète (gain de poids moyen de 0,9 kg par rapport au poids initial) (Skender *et al.*, 1996).

LA PERTE DE POIDS POUR DES RAISONS DE SANTÉ

Alors que l'obésité constitue une priorité en santé publique et qu'elle est considérée comme la cause de problèmes de santé considérables, voire de décès, il semble essentiel pour plusieurs professionnels de la santé d'amener leurs clients en surpoids ou obèses à perdre du poids. Les clients eux-mêmes sont convaincus du bien-fondé de cette recommandation. Pourtant, les données qui soutiennent ces affirmations sont biaisées par la présence d'autres facteurs de risque impliqués de manière plus probable dans la détermination du risque de santé, tels le tabagisme, la sédentarité ou de nombreuses variations de poids. En réalité, les données scientifiques actuellement disponibles démontrent plutôt que lorsque l'IMC élevé est utilisé comme seul facteur prédisant l'espérance de vie, l'association suggérée ne tient

plus la route : l'IMC élevé n'est qu'un faible prédicteur de décès précoce et il peut même jouer un rôle protecteur chez les personnes âgées (Campos, Saguy, Ernsberger, Olivier, et Gaesser, 2006). Les personnes très minces (IMC < 18,5) ressortent par ailleurs comme étant plus à risque de mourir prématurément que celles en surpoids ou obèses (Flegal, Graubal, Williamson, et Gail, 2005).

L'affirmation voulant que la présence d'une forte masse grasseuse amène des problèmes de santé doit elle aussi être remise en question. Par exemple, le fait d'enlever jusqu'à 10 kg de gras chez une personne (p. ex. par liposuction) n'apporte aucun bénéfice sur le plan de la santé (Klein, Fontana, Young *et al.*, 2004). Ce n'est qu'en modifiant leurs habitudes de vie (p. ex. en augmentant leur consommation de fruits et de légumes) et en ajoutant de l'activité physique à leur quotidien que les personnes en surpoids ou obèses peuvent en venir à remarquer des améliorations sur le plan de leur santé, et ce, même si leur poids ne change pas. À cet égard, il ressort d'ailleurs que les personnes obèses en forme présentent un moindre risque de problèmes de santé que les personnes de poids normal qui ne pratiquent pas d'activités physiques. La distribution des tissus adipeux importe également : les femmes en surpoids ou obèses qui ont de fortes hanches et une petite taille sont moins à risque de problèmes cardiaques que celles de poids normal dont les hanches sont petites comparativement à leur taille (Campos *et al.*, 2006). Enfin, les variations de poids (poids yoyo) semblent plus néfastes que le fait d'avoir un poids stable, et ce, même s'il est élevé. Plus précisément, les variations de poids pourraient expliquer certains problèmes : haute pression, manque de « bon » cholestérol ou d'oméga-3, problèmes de la vésicule biliaire, cancer du rein ou du sein et maladies cardiovasculaires (Gaesser, 2003).

En somme, les données empiriques actuellement disponibles ne permettent pas de conclure en la pertinence d'encourager la poursuite d'un objectif de perte de poids chez un client en psychothérapie, qu'il soit en surpoids ou obèse. Le psychologue préconisera plutôt d'autres cibles thérapeutiques. Par exemple, les insatisfactions corporelles pourront être travaillées avec des



Ateliers offerts dès septembre 2012

Formation en hypnose et psychothérapie éricksonienne

Pendant cette formation vous allez :

- comprendre la logique subtile de la communication transformationnelle
- maîtriser les principes d'accompagnement qui facilitent la transe hypnotique et le processus psychothérapeutique
- apprendre à éliciter la coopération consciente et inconsciente dans le processus de transformation
- utiliser la transe hypnotique afin d'accélérer et approfondir la transformation en psychothérapie
- apprendre à motiver le client à devenir plus flexible, créatif et centré sur les émotions positives
- Contourner les résistances en maîtrisant la subtilité linguistique éricksonienne, le recadrage et les métaphores thérapeutiques
- Maîtriser la stratégie thérapeutique éricksonienne avec et sans hypnose

**OFFERTE EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS
OFFERED IN ENGLISH AND IN FRENCH**

www.imhem.com

méthodes visant l'acceptation du corps et l'acquisition d'un plus grand respect pour tout ce que le corps permet d'accomplir. Quant aux comportements de diète et d'excès alimentaires, ils seront diminués à l'aide de stratégies d'intervention centrées sur la régularité alimentaire (p. ex. prise de repas et de collations régulières), sur l'abandon des restrictions et des interdits alimentaires au profit d'une meilleure écoute des signaux de faim et de satiété et sur une meilleure hygiène du sommeil, puisqu'un excès ou un déficit en sommeil est associé à une prise de poids.

_Bibliographie

- Bégin, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Provencher, V., et Lemieux, S. (2006). Traitement de l'obésité : Soutenir l'individu dans l'appropriation de sa démarche. *Canadian Psychology, 47*, 316-332.
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., et Gaesse, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: Public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology, 35*, 55-60.
- Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Vieira, P. N., Minderico, C. S., &... Teixeira, P. J. (2011). Dysfunctional body investment versus body dissatisfaction: Relations with well-being and controlled motivations for obesity treatment. *Motivation And Emotion, 35*(4), 423-434.
- Cazale, L., Dufour, R., Marois, G., Mongeau, L., et Paquette, M.-C. (2011). Le recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé est-il répandu chez les Québécois qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids? *Institut de la Statistique du Québec, 30*, 1-8.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavioral therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F., et Gail, M.H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *The Journal of the American Medical Association, 293*, 1861-1867.
- Foster, G. D., Kendall, P.C., Wadden, T. A., Stunkard, A. J., et Vogt, R. A. (1996). Psychological effects of weight loss and regain – A prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 752-757.
- Frederick, D. A., Peplau, L. A., et Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image, 3*, 413-419.
- Gaesser, G. A. (2003). Is it necessary to be thin to be healthy? *Harvard Health Policy Review, 4*, 40-47.
- Jarry, J. et Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral approaches to body image change. Dans: Cash T. Smolak L., editors. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press. pp.415-423.
- Klein, S., Fontana, L., Young, V.L et al. (2004). Absence of an effect of liposuction on insulin action and risk factors for coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine, 350*, 2549-2557.
- Mann, T., Tomiyama, J., Westling, E., Lew, A.-M., Samules, B., et Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments. Diets are not the answer. *American Psychologist, 62*, 220-233.
- Mongeau, L., Vennes, M., Sauriol, V. (2004). *Maigrir, pour le meilleur et non le pire : guide sur les principes d'une saine gestion du poids et analyse critique des produits et services amaigrissants*. Montréal : Association pour la santé publique du Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Puhl, R. M. et Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity : A review and update. *Obesity, 17*, 941-964.
- Skender, M.L., Goodrick, G. K., Del Junco, D. J., Reeves, R. S., Darnell, L., et Gotto, A.M., et al. (1996). Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: Diet, exercise, and combination interventions. *Journal of the American Dietetic Association, 96*, 342-346.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., & ... Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the international body project I. *Personality And Social Psychology Bulletin, 36*(3), 309-325.

SUPERVISION CLINIQUE

Comme thérapeute il vous est sans doute arrivé d'éprouver un sentiment

- D'impuissance devant des impasses thérapeutiques
- De doute quant à vos habiletés cliniques
- D'échec face à un abandon de traitement ou à un suicide

Vous aimeriez avoir la possibilité de réfléchir sur votre façon

- D'établir et de maintenir le cadre thérapeutique
- De poser un diagnostic clinique et de travailler les défenses
- De conserver votre neutralité et votre empathie



Pour plus d'informations :
Bernard Couët: M.Ps. psychologue
Tél. 514-277-5970
Courriel: bernardcouet@hotmail.com

Cadre

Cette supervision vous offre un espace de réflexion et d'intégration sécuritaire qui vous permettra de développer une meilleure conscience de vous en interaction avec un patient et d'adopter une position réflexive.

Modalités

La réflexion portera sur les enjeux relationnels du patient, son organisation interne et l'incidence des affects sur l'activation des dyades dans la relation patient/thérapeute, au cours d'une séance.

Superviseur

Bernard Couët est psychologue et psychothérapeute psychanalytique, en pratique clinique depuis plus de 30 ans. D'abord formé en Gestalt, il s'est ensuite tourné vers l'approche psychodynamique et s'est spécialisé dans les troubles psychosomatiques. Il a récemment complété une formation sur la psychothérapie des troubles de personnalité, focalisée sur le transfert et la relation d'objet (TFP), donnée par le groupe du docteur Otto Kernberg, M.D. du «Collège Médical de Weill» de l'Université Cornell». Il a été supervisé par les docteurs Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D. et Lina Normandin, Ph.D.

VIENT DE PARAÎTRE

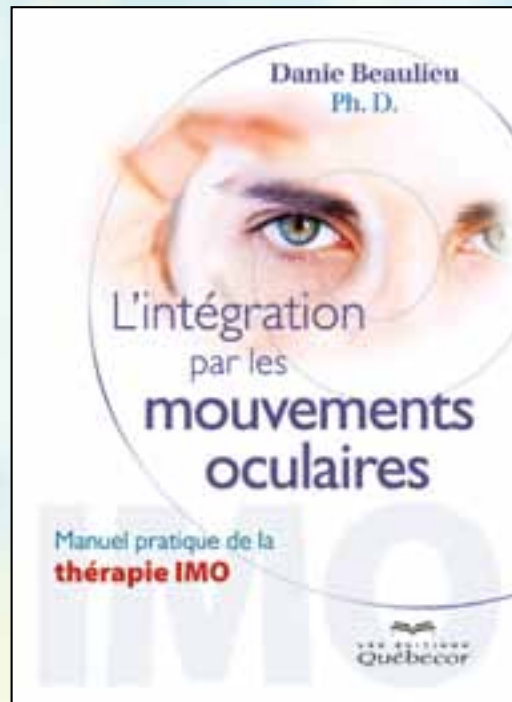
La thérapie de l'intégration par les mouvements oculaires (IMO) utilise les mouvements des yeux pour accéder aux ressources inconscientes du client.



Docteure en psychologie, **Danie Beaulieu** est également une formatrice et une conférencière internationale chevronnée. Elle a écrit de nombreux livres qui ont été traduits en plusieurs langues.

« La nuit, explique l'auteure Danie Beaulieu, nous exploitons déjà ces mouvements oculaires afin d'intégrer les informations acquises pendant le jour. En outre, les mouvements oculaires diurnes nous renseignent immédiatement sur ce qu'une personne ressent. En effet, par un simple regard, vous savez tout de suite si vous avez l'attention de quelqu'un selon qu'il regarde sur le côté, vers le haut ou si ses yeux ne bougent pas. »

Les mouvements oculaires sont donc directement reliés au fonctionnement de notre cerveau, et ils peuvent conséquemment servir d'intermédiaire pour réactiver des ressources multisensorielles qui ont été court-circuitées lors d'un événement difficile ou traumatisant. Les résultats obtenus grâce à cette approche



neurothérapeutique d'avant-garde sont non seulement excellents, mais ils sont générés par le client, et donc parfaitement en équilibre avec lui-même.

Bien que cette technique puisse sembler d'une simplicité surprenante,

elle prend appui sur un protocole précis et rigoureux. Dans un cadre bien défini, patient et thérapeute bénéficient d'une grande liberté où peuvent s'exprimer lâcher-prise et confiance, activant ainsi le processus d'autoguérison.

L'intégration par les mouvements oculaires

Danie Beaulieu

344 pages

**Disponibles en
librairie au Québec,
en France,
en Belgique et
en Suisse.**

**LES ÉDITIONS
Québecor**

1001, boul. de Maisonneuve Est, bureau 1100, Montréal (Qc) H2L 4P9

Téléphone: 514 270-1746

Courriel: jacques.simard@quebecoreditions.com

Pour en savoir plus: www.quebecoreditions.com

Hyperphagie boulimique

L'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation



D^{re} Catherine Sénécal / Psychologue

Catherine Sénécal est psychologue et cofondatrice de Change, clinique de psychologie cognitive comportementale. Elle se spécialise dans le traitement des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles sexuels et conjugaux.



D^{re} Jodie Richardson / Psychologue

Jodie Richardson est psychologue et cofondatrice de Change, clinique de psychologie cognitive comportementale. Elle se spécialise dans le traitement des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, de la gestion du poids, des maladies et douleurs chroniques.

L'hyperphagie boulimique se définit par l'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture lors d'une seule occasion, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle chez l'individu. Une enquête américaine montre qu'environ 4.5 % de la population a fait l'expérience d'une telle orgie alimentaire au moins une fois au cours de sa vie (Hudson et coll., 2007). Toutefois, lorsque les orgies alimentaires s'intensifient en fréquence et que l'individu présente une souffrance significative associée, nous parlons alors d'un problème de santé mentale nommé hyperphagie boulimique (HB).

Les critères diagnostiques de l'HB selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, American Psychological Association, 2000) spécifient que les individus doivent faire l'expérience d'une orgie alimentaire en moyenne au moins deux fois par semaine sur une période de six mois et que ces orgies alimentaires doivent être associées à au moins trois des critères suivants : a) manger plus rapidement que d'habitude, b) manger jusqu'à ressentir de l'inconfort physique, c) manger une grande quantité de nourriture même sans avoir faim, d) manger souvent seul à cause de l'embarras associé à la nourriture et e) vivre des sentiments de dégoût, de culpabilité et de déprime après une orgie alimentaire. Les orgies alimentaires causent une détresse marquée et ne sont pas compensées par des comportements inappropriés tels que faire des purges, des jeûnes ou de l'exercice physique excessif.

Actuellement, le DSM-IV-TR classe l'HB dans la grande catégorie des troubles de l'alimentation non spécifiés. Toutefois, accumuler des données scientifiques fournira un support à l'utilité clinique de l'HB en tant que diagnostic de trouble de l'alimentation indépendant. À ce jour, les études montrent que l'HB est une condition

clinique au moins aussi chronique et stable que les deux troubles de l'alimentation les plus connus, à savoir l'anorexie nerveuse (AN) et la boulimie nerveuse (BN) (Pope et coll., 2006; Hudson et coll., 2007). L'HB est également plus fréquente que chacun de ces deux autres troubles de l'alimentation, affectant 2.8 % de la population américaine (Hudson et coll., 2007). Elle se différencie des autres troubles de l'alimentation par sa distribution dans la population, puisqu'elle tend à affecter une population plus âgée, souvent dans la cinquantaine, et à affecter les femmes tout comme les hommes. Contrairement à l'AN et à la BN, l'HB présente une forte association avec l'obésité (Grilo, 2002; Hudson et coll., 2007). À cause de l'abondance de conclusions soutenant la gravité de l'HB en tant que problème de santé unique, l'HB fait maintenant partie des troubles de l'alimentation en recommandation officielle pour le DSM-V.

ÉVALUATION

Malgré l'augmentation des données de recherche soutenant la pertinence clinique de l'HB en tant que trouble de santé mentale unique, moins de la moitié des individus qui souffrent de ce trouble auraient reçu un traitement (Hudson et coll., 2007). Lorsque les orgies alimentaires sont détectées comme étant problématiques, les clients devraient être référés vers un professionnel de la santé compétent afin de compléter une évaluation en profondeur. Plusieurs facteurs sont à considérer lors du processus d'évaluation initial. Tout d'abord, il est important de procéder à une évaluation approfondie des habitudes alimentaires actuelles des clients, incluant leurs prises alimentaires journalières et épisodes d'orgies alimentaires typiques. Les facteurs déclencheurs des orgies alimentaires, tels que la restriction alimentaire, les émotions fortes et les contextes situationnels anxiogènes sont aussi des éléments importants à prendre en considération dans l'évaluation. Puisque l'absence de méthodes compensatoires suite à une orgie alimentaire est le facteur principal qui permet

de différencier l'HB de la BN, il est important d'évaluer si les clients adoptent des comportements compensatoires inappropriés ou non. Il est également important d'évaluer le poids corporel actuel, l'historique des fluctuations de poids et de tentatives de perte de poids, puisque les individus souffrant d'HB présentent souvent un problème d'obésité concomitant. En outre, il est essentiel d'évaluer les cognitions par rapport à l'alimentation, l'image corporelle et le poids. Des préoccupations intenses par rapport au poids et à l'image corporelle sont communes chez les individus qui souffrent d'HB. Le Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn et Cooper, 1993) est considéré comme étant la méthode la plus efficace pour évaluer les troubles de l'alimentation et détient un support psychométrique pour l'HB (Grilo, Masheb, Lozano-Blanco et Barry, 2004).

Le EDE est un outil utile afin d'évaluer les comportements et les cognitions associés à l'alimentation, mais laisse en reste certains facteurs qui devraient aussi être évalués. Par exemple, il est important d'évaluer la comorbidité psychiatrique étant donné que l'HB coexiste fréquemment avec d'autres troubles psychiatriques, incluant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés à une substance (Grilo, 2002). Les attentes des clients face à la thérapie représentent une autre composante essentielle à explorer lors de l'évaluation initiale. Pour les clients présentant un problème d'obésité, les objectifs thérapeutiques sont souvent établis en deux temps, incluant l'arrêt des orgies alimentaires et la perte de poids.

_TRAITEMENT

La thérapie cognitive comportementale (TCC) est considérée comme le traitement de choix pour l'HB. Elle représente une adaptation de la TCC pour la BN, qui est basée sur l'idée que les comportements alimentaires inadaptés (p. ex. orgies alimentaires) sont maintenus par des pensées inadaptées face à la nourriture, l'alimentation et l'image corporelle, et que d'apprendre à restructurer les pensées d'une personne peut réduire le nombre

d'orgies alimentaires et leur fréquence. Le volet psychoéducation est une composante importante du traitement agissant sur les fausses croyances relatives aux habitudes alimentaires saines, à la diversité de l'image corporelle et face aux régimes amaigrissants. Plusieurs études ont montré que la TCC réduit efficacement les orgies alimentaires et les aspects psychologiques associés. Toutefois, la TCC ne semble pas mener à des changements significatifs lorsqu'il est question du poids corporel (Bulik et coll., 2007).

Nos observations cliniques corroborent les données des études citées précédemment, à savoir que la TCC pour l'HB montre un bon taux d'efficacité auprès de notre clientèle. La TCC pour l'HB et pour la BN demeurent des traitements similaires sur le plan du contenu. Toutefois, contrairement à la TCC pour la BN où l'accent est mis sur l'arrêt de la restriction afin de diminuer les orgies alimentaires, l'objectif de la TCC pour l'HB doit être de maintenir un certain niveau de restriction alimentaire tout en évitant d'appliquer des règles trop rigides qui pourraient mener à des orgies alimentaires. L'alimentation est souvent plus chaotique et moins restrictive chez les personnes présentant un problème d'HB. De fait, le traitement insiste davantage sur la modération de l'alimentation.

Nous avons observé que la TCC a souvent permis d'atteindre les objectifs thérapeutiques de diminution des orgies alimentaires. Cependant, dans certains cas, la TCC nous a semblé limitée dans sa portée à atteindre les objectifs. Force est de constater que le trouble de l'HB est maintenu par des facteurs qui sortent du cadre de la TCC traditionnelle et qui nécessitent davantage de créativité de la part des thérapeutes. Nous observons souvent d'autres facteurs pouvant déclencher des crises : difficulté avec la régulation des émotions; circonstances de vie interpersonnelles (p. ex. relations conflictuelles, deuils, transition des rôles); ou faible estime de soi (p. ex. se préoccuper peu de ses propres besoins). Dans ces cas, nous utilisons différents outils et techniques qui appartiennent à d'autres approches thérapeutiques démontrées efficaces pour le traitement des troubles de l'alimentation,



Renseignements +
inscription :

nociclinique.ca
514.731.4146

Ateliers de Formation 2012-2013

Par: **Manon Houle, Ph.D.**
Maria Dritsa, Ph.D.

- ✓ Traitement de la **Douleur Chronique**
- ✓ Utilisation du **MMPI-2** et **MMPI-2 RF**

- ✓ Modèle d'évaluation de la
personnalité de **Millon**

Activités reconnues pour la formation continue en psychothérapie de l'Ordre des psychologues du Québec

comme la thérapie interpersonnelle (TIP) et la thérapie dialectique comportementale (TDC). Par exemple, travailler à développer la pleine conscience (*mindfulness*) et l'acceptation, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse sont des techniques appartenant à la TDC, tandis que la gestion des problèmes interpersonnels correspond à la TIP. En concordance avec nos impressions, des études portant sur ces types de thérapie montrent des résultats prometteurs concernant la réduction des orgies alimentaires (Telch et coll., 2001; Wilson et coll., 2010). De plus, ces études suggèrent que ces types de thérapie pourraient être particulièrement utiles avec un sous-groupe de patients qui présentent une psychopathologie associée, tels une faible estime de soi et un affect négatif élevé (Stice et coll., 2001; Wilson et coll., 2010).

_DÉFIS SPÉCIFIQUES DE L'HB AVEC OBÉSITÉ

Nous avons rencontré plusieurs défis spécifiques de la clientèle présentant de l'HB avec de l'obésité. Nous avons constaté que les attentes des clients envers la perte de poids sont souvent élevées. De plus, l'arrêt des orgies alimentaires ne se traduit pas souvent par une perte de poids significative (Bulik et coll., 2007). Il nous semble primordial d'explorer et de nommer les attentes en début de thérapie et d'aider les clients à formuler des attentes plus réalistes, à accepter leur poids et à cesser l'autocritique. Ces objectifs semblent associés à la diminution des orgies alimentaires chez ces clients. Lorsque la fréquence d'orgies alimentaires a cessé ou diminué significativement, il est alors possible de travailler la perte de poids. Nous remarquons également une sensibilité particulière aux attentes des autres chez cette clientèle. Par exemple, les commentaires des autres professionnels de la santé sur le poids à perdre et la rapidité avec laquelle ils doivent y arriver peuvent engendrer des orgies alimentaires chez plusieurs clients en réponse par exemple à un sentiment de désespoir ou de colère.

Pour les autres professionnels qui travaillent avec des clients visant une perte de poids, il est important de savoir qu'un tiers d'entre eux vivent des crises alimentaires susceptibles de nuire à la perte de poids. De plus, comme les orgies alimentaires peuvent être une manière de gérer les émotions fortes, les clients qui ne peuvent plus s'y adonner (p. ex. en subissant une chirurgie bariatrique) peuvent présenter des symptômes dépressifs ou de l'anxiété. En bref, nous recommandons aux clients qui se livrent à des orgies alimentaires et qui souhaitent avoir recours à une chirurgie bariatrique ou suivre un programme de perte de poids de consulter un psychologue afin, notamment, d'apprendre différentes techniques de gestion des émotions.

L'HB est un trouble de santé mentale grave qui est sous-diagnostiqué et sous-traité. Avec la reconnaissance de l'HB comme diagnostic officiel du DSM-V et les recherches croissantes sur la problématique, nous espérons assister à une augmentation des services et d'avantage de détection et d'évaluation de ce trouble dans le secteur de la santé. Généralement, les personnes atteintes de HB qui complètent un traitement de TCC présentent un bon taux de succès à cesser les orgies alimentaires et à se sentir mieux globalement. Pour les personnes présentant une comorbidité, nos impressions cliniques et les études recensées montrent que la TCC combinée à d'autres techniques appartenant à la TDC ou la TIP semble être plus efficace. Comme clinicien, il est primordial d'être sensible au fait que les clients vont souvent avoir comme but d'obtenir une perte de poids en se présentant en thérapie. En travaillant avec eux à éliminer les orgies alimentaires, il est important de mentionner ouvertement que ce changement de comportement ne va pas nécessairement engendrer une perte de poids. Il va sans dire qu'il sera essentiel, pour le futur, de poursuivre la recherche sur différents programmes de perte de poids en combinaison avec un programme de thérapie afin de mieux comprendre comment évaluer et traiter l'HB de manière efficace.



PSYCHOLOGUES

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

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

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

Nous sommes à la recherche de personnes dynamiques, talentueuses et novatrices afin de combler 3 postes réguliers. Venez relever des défis intéressants !

Pour de plus amples renseignements sur la CSMB, visitez le www.csmb.qc.ca.

Faites parvenir votre curriculum vitæ, en mentionnant le numéro de référence **PQ-SEP12**, par voie électronique ou à l'adresse ci-dessous.

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



La CSMB remercie tous les candidats de leur intérêt. Toutes les candidatures seront traitées confidentiellement. Veuillez prendre note que seules les personnes dont la candidature aura été retenue seront contactées.
La CSMB souscrit au principe d'accès à l'égalité en emploi.

_Bibliographie

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed. Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bulik, C.M., Brownley, K.A., Shapiro, J.R. (2007). Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry*, 6, 142-148.

Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment, and treatment (12th ed.)* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.

Grilo, C.M. (2002). Binge eating Disorder. In C.G. Fairburn & Brownell, K.D. (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 178-182). New York: Guilford Press.

Grilo, C.M., Masheb, R.M., Lozano-Blanco, C., Barry, D.T. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *Int J Eating Disord*, 35, 80-85.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatry*, 61, 348-358.

Pope, H.G., Lalonde, J.K., Pindyck, L.J., Walsh, T. et al. (2006). Binge eating disorder: A stable syndrome. *Am J Psychiatry*, 163, 2181-2183.

Stice E., Agras W.S., Telch C., Halmi K. et al. (2001). Subtyping binge eating disordered women along dieting and negative affect dimensions. *Int J Eat Disord*, 30, 11-27.

Telch C.F., Agras W.S., Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69, 1061-1065.

Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras, W.S., Bryson, S.W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 94-101.

Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA) du CHU de Québec

Le PITCA est un programme spécialisé dans l'évaluation et le traitement des troubles alimentaires qui dessert tout l'Est-du-Québec. Il vise à aider les personnes âgées de 18 ans et plus souffrant d'anorexie, de boulimie ou encore de préoccupations alimentaires amenant une détresse émotionnelle ou une altération marquée du fonctionnement. Le PITCA n'intervient toutefois PAS auprès des personnes atteintes d'hyperphagie boulimique ou d'obésité morbide.

L'équipe interdisciplinaire est constituée de deux psychiatres, deux psychologues, une nutritionniste, une infirmière, une ergothérapeute et une travailleuse sociale. Leur travail est aussi appuyé par de nombreux stagiaires, résidents et chercheurs provenant du milieu universitaire.

L'approche des intervenants intègre différents modes d'intervention basés sur les meilleures pratiques (approche motivationnelle, psychoéducation, thérapie cognitivo-comportementale, interventions psychodynamiques et interpersonnelles, pharmacothérapie, encadrement nutritionnel, prévention de la rechute). À noter qu'il n'y a aucun critère de sévérité à atteindre pour être dirigé vers le PITCA. Que ce soit pour une simple évaluation, des traitements externes individuels ou en groupe, un programme de jour ou une hospitalisation, l'équipe du PITCA se fait un devoir d'étudier toutes les demandes.

Pour avoir accès aux services du PITCA, il faut ABSOLUMENT être envoyé par un médecin au guichet unique en santé mentale.

Pour plus d'informations, veuillez consulter notre site web à l'adresse suivante : www.chuq.qc.ca/pitca ou contactez-nous au 418 654-2121.

N. B. – Le délai approximatif pour une consultation est le plus souvent de moins de trois mois et peut être beaucoup plus rapide si le médecin peut en confirmer l'urgence.

Activités des regroupements

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

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

La première de ces activités est une série de séminaires qui s'étendront sur trois mercredis de 19 h à 21 h, soit les 10 octobre et 5 décembre 2012 ainsi que le 16 janvier 2013. Ces rencontres, animées par Madame Louise Mercier, psychologue et psychanalyste, seront basées sur l'ouvrage de Danièle Quinodoz intitulé *Des mots qui touchent*.

La deuxième activité, qui aura lieu le 19 octobre 2012 de 9 h à 16 h 30, est une formation ayant comme thème *Les enjeux psychothérapeutiques reliés aux adultes ayant un passé d'abus sexuels dans l'enfance*. Elle sera donnée par D^r Hubert Van Gijseghem, Ph.D., psychologue.

La troisième activité, qui aura lieu le 23 novembre 2012 de 9 h à 16 h 15, est une formation offerte par D^r Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue, qui s'intitule *Théorie des schémas et interventions* et qui se veut une suite à la formation offerte en novembre 2011.

Toutes ces activités auront lieu à l'Hôtel Classique, au 2815, boulevard Laurier, à Québec.

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

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES

L'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS) invite tous les psychologues scolaires à participer à son prochain congrès qui aura lieu à l'hôtel Delta de Trois-Rivières les 18 et 19 octobre 2012.

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



irp Institut de Recherches
Psychologiques

Une plate forme web
sécurisée pour la
passation de tests en lignes

Maintenant en français, éditions exclusives à l'IRP

Brief - Tests sur les fonctions exécutives (questionnaire préscolaire, scolaire, adolescents, adultes) - Il s'agit de la première version française du Brief au Québec.

PSI-4 - Indice de stress parental (version 4).

SIQ - Test sur l'idéation suicidaire - Évalue la fréquence des pensées suicidaires chez les adolescents.

LCIP - Inventaire de personnalité de Le Corff - Selon la théorie du Big Five, de plus, le LCIP est normé au Québec.

Rorschach - Phénomène particulier au Rorschach, une relecture pointilliste.

How I Think - Questionnaire sur les attitudes envers les comportements délinquants des individus - Donne une échelle des distortions cognitives.

Contactez-nous 514.382.3000 ou
irpcanada.com 1-800.363.7800

À votre service depuis 1964

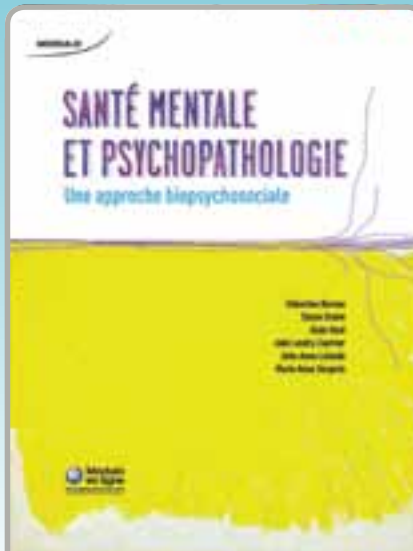
DE NOUVELLES RESSOURCES COMPLÈTES EN PSYCHOLOGIE !



*Communication
et interactions*
2^e édition

PLATEFORME INTERACTIVE

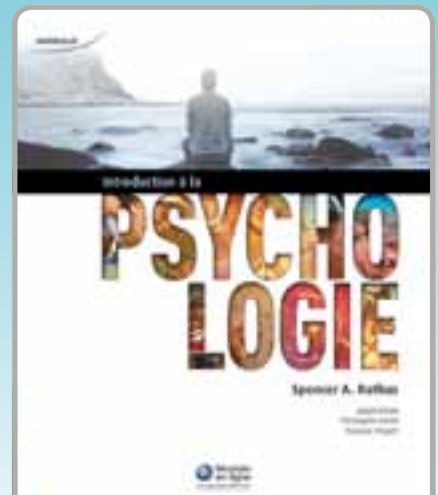
- Banque de questions interactives et statiques
- Ateliers et mises en situation adaptés aux programmes préuniversitaire et technique
- Vidéos
- Présentations PowerPoint
- Glossaire du manuel en format PDF
- Figures et tableaux du manuel en format PDF



*Santé mentale et
psychopathologie*

MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

- Banque de questions
- Études de cas
- Présentation PowerPoint
- Médiagraphie



*Introduction
à la psychologie*

PLATEFORME INTERACTIVE

- Banque de questions interactives
- Vidéos
- Résumés des chapitres en format audio
- Présentation PowerPoint
- Figures et tableaux du manuel en format PDF

www.groupemodulo.com/psychologie

Pour vous renseigner ou pour commander :
modulo.sac@nelson.com

Tableau des membres

_NOUVEAUX MEMBRES

Abbas, Syed Sohail
Bax-D'Auteuil, Frédérique
Beauchesne, Eric
Beauregard, Vickie
Bélanger, Émilie
Belhumeur, Marie-Élaine
Bêty, Cynthia
Blondet, Marie
Blum, Cheryl Rose
Bouchard, Anne
Bourgault, Isabelle
Champod, Anne Sophie
Coelho, Jennifer Susanne

Czuba, Shannon
Delesse, Sarah
Donnot, Wallis
Dupont, Virginie
Filion, Emmalie
Gagné, Marie Rachel
Gaudreau, Sophie
Gingras, Marc-André
Grenier, Simon
Hannah, Geneviève
Hernandez Forero, Karoll Patricia
Hurtado Gonzalez, Mayerling Gabriela
Ioannidis, Michael
Ivancheva Ntontseva, Gkalia

Kirouac, Chantale
Lafontaine, Paul André
Landry, France
Lauriault, Christiane
Lazarovici, Ioana
Leblanc, Judith
Lopes, Inês
Ly Hoja, Gerardo Daniel
Malfait, Domitille
Normand, Sébastien
Orincakova, Elena
Osorio Hernandez, Nahalleli Guadalupe
Plante-Jean, Marie-Andrée
Poirier, Alexandra

Rochon, Adèle
Rodriguez Escobar, Milena Amparo
Roy, Fanie
Salmaso, Natalina
Savard, Cathy
Stafford, Catherine
Styger, Raphaël
Thaler, Lea
Trépanier, Marc

_DÉCÈS

Lefebvre, Monique
Richard, Hélène



L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

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

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

Inscription avant le 30 novembre 2012

www.psychologieprojective.org
info@psychologieprojective.org

Société Québécoise des Méthodes Projectives

Depuis 20 ans, la SQMP offre des activités visant le développement et la promotion des méthodes projectives.

Chaque année ont lieu un colloque sur un thème d'actualité en psychologie clinique en lien avec les méthodes projectives, ainsi qu'une journée d'analyse à l'aveugle d'un protocole par un expert. Les psychologues projectivistes de toutes orientations sont bienvenus à ces événements.

Événements à venir :

19 octobre 2012 : Analyse à l'aveugle
--INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT--
19-20 avril 2013 : Colloque annuel
« Le dit et le non-dit »

Pour information et inscription :

<http://sqmp.org/>
info@sqmp.org



Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

Une solution globale et efficace aux souffrances
des personnes traumatisées.

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

Maintenant disponible
chez Quebecor



Contenu

Niveau 1

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

Niveau 2

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

IMO-1	Montréal:	6-7 sept. 2012, 9-10 mai 2013
	Estrée:	21-22 fév. 2013
	Toronto (in english):	June 13-14, 2013
IMO-2	Montréal:	22-23 nov. 2012, 26-27 sept. 2013
	Sainte-Marie, Beauce:	20-21 août 2012

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier:	650\$ + tx = 747,33\$ / pers.	* Paiement deux semaines avant la tenue de la formation
Réservation*:	600\$ + tx = 689,85\$ / pers.	
Communautaire:	400\$ + tx = 459,90\$ / pers.	

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

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue
Superviseur/e/s accrédité/e/s:
Stéphane Migneault, psychologue
Stéphanie Deslauriers, psychologue



**Thérapie
d'IMPACT**

UNE APPROCHE
VIVANTE,
DYNAMIQUE
ET IMPACTANTE

THÉRAPIE D'IMPACT

Montréal: 29-30-31 mai 2013

TECHNIQUES D'IMPACT

Approche individuelle

Montréal: 11 février 2013

Approche groupe, couple, famille

Montréal: 12 février 2013

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DES PETITS ET DES GRANDS

Montréal: 9 avril 2013

BURNOUT ET DÉPRESSION

Québec: 21 septembre 2012

Montréal: 5 octobre 2012, 2 octobre 2013

BYE BYE ANXIÉTÉ

Québec: 19 septembre 2012

Montréal: 3 octobre 2012, 13 février 2013

4 octobre 2013

L'ART DE SEMER

Montréal: 8 avril 2013

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Montréal: 10 avril 2013

LE DEUIL ET SES ISSUES

Québec: 20 septembre 2012

Montréal: 4 octobre 2012, 3 octobre 2013

Tarifs par jour
9h à 16h

Réservation*:	225\$ + tx = 258,69\$
Régulier:	250\$ + tx = 287,44\$
Groupe (3 et plus):	200\$ + tx = 229,95\$
Étudiant temps plein/ communautaire (avec preuve)	125\$ + tx = 143,72\$

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

**DERNIÈRES DATES À QUÉBEC!
PROFITEZ-EN!**

C.P. 1051, Lac-Beauport (Québec), Canada, G3B 2J8
T.: 1 888 848-3747
www.academieimpact.com • info@academieimpact.com



**Académie
IMPACT**
PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

Blainville – Bureaux à louer. À l'heure ou par blocs, avec ou sans bail, à l'aide d'un système de réservation en ligne sur le Web! Facilité d'utilisation et flexibilité de location pouvant être modifiée à la dernière minute. Environnement contemporain; insonorisation supérieure. Équipe de plusieurs professionnels. www.centrepensionnelfamilia.com; 514 962-3311.

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

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

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

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

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

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

Bureaux à louer pour psychologues. Boul. Saint-Joseph Est, Montréal, métro Laurier. Pour plus de renseignements, communiquez avec Annie Boucher au 514 522-4535 ou à boucher.annie@ccpeweb.ca.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Promenade Fleury. Bureau à sous-louer deux jours par semaine, les jeudis et vendredis, meublé, insonorisé, climatisation, salle d'attente, cuisinette, très bel environnement. 450 670-0078, louisefiliatrault@hotmail.com.

Bureau à louer – Suite partagée par des psychologues. Salle d'attente et cuisine. Aménagement attrayant. Sainte-Catherine Ouest (coin Greene), Westmount. Métro Atwater. Mélanie : aubut.melanie@courrier.uqam.ca.

À partager – Bureau adjacent au métro Outremont. Environnement personnalisé dans un bas de triplex face à un joli parc. Location par blocs horaires. Renseignements : 514 277-5970.

Bureau à louer – Longueuil. Situé près de plusieurs artères principales. Insonorisé, climatisé, entièrement rénové, Internet sans fil, messagerie vocale, télécopieur/imprimante, cuisinette, salle d'attente. Possibilité de références. Modalités de location aux blocs d'heures ou à la journée. 450 670-5905

Laval (Vimont) – Bureau à sous-louer. Bien situé, facile d'accès. Salle d'attente, commodités. Pour thérapie individuelle ou de couple. Disponibilités jour, soir, week-end. 450 668-9474.

Bureau à sous-louer à Outremont. 2 jours/semaine avec possibilité de soirs en plus. Tarifs intéressants. Insonorisé. Coin cuisine, salle d'attente. Marie Noël : 514 277-6408.

Bureau à louer (100 pi²), face au métro Laurier sur le boulevard Saint-Joseph. Grande fenêtre sur le boulevard Saint-Joseph. Possibilité d'affichage de publicité en façade du bâtiment, beaucoup de cachet, boiseries et planchers bois franc. Inclus 3 salles d'attente, électricité, chauffage et cuisinette. 490 \$ + taxe/mois. 514 893-9959.

Bureau à partager Grande-Allée, près de Cartier. Meublé, salle d'attente, possibilité stationnement. Location à l'heure, demi-journée, jour, soir, fin de semaine. 418 265-7065.

Outremont, location à l'heure. Bureaux pour psychologues, fraîchement peints, tapis neuf, salle d'attente, stationnement gratuit tout près, 2 stations de métro rapprochées. 438 937-0807.

Centre de psychologie Grande-Côte (Boisbriand). Bureaux à sous-louer dans une maison ancestrale rénovée. Environnement calme et chaleureux au sein d'une équipe multidisciplinaire. Situés entre autoroutes 13 et 15. Modalités de sous-location flexibles. Bureaux insonorisés, climatisés. Possibilités références. Renseignements : Josée Bennett, 450 434-3903.

Laval – Métro Cartier. Bureau à sous-louer dans une clinique de psychologie. Neuf, coquet, meublé, insonorisé, climatisation et cuisinette. Prix intéressant, références disponibles. Stéphanie Langlois : 514 995-6475.

Clinique privée à Dollard-des-Ormeaux. Climatisation, meubles, réception, salles d'attente, cuisinette. Environnement convivial, groupes supervision, approche TCC, 3^e vague un atout. 514 647-9997, psycote@videotron.ca.

Espaces de bureaux de qualité supérieure à prix concurrentiels disponibles dans le District 23, sur la Rive-Nord de Montréal. Vous y trouverez un grand nombre de bureaux locatifs ainsi que des condos commerciaux. Peu importe le type de services professionnels que vous offrez, le District 23 est un emplacement idéal. Saisissez l'opportunité de vous démarquer : réservez votre espace au 514 209-2256. www.district23.ca. Voyez également notre autre projet au <http://polycliniquedesgenerations.com>.

Saint-Lambert – Bureau au cachet antique, insonorisé, spacieux, chaleureux. Salle d'attente. Samedi, mercredi soir, vendredi soir. À l'heure ou au bloc. Henriette Blais : 514 836-7512.

Westmount, avenue Victoria – Métro Vendôme. Beau bureau luxueux dans clinique intégrative, grandes fenêtres, télécopieur, Internet, salle d'attente, cuisinette : 700 \$ au lieu de 800 \$. 514 969-7379.

Bureau de luxe à louer à Westmount. Récemment rénové, incluant insonorisation des murs, planchers de bois, et une belle vue de la montagne. Comprend salle d'attente privée avec téléviseur, Internet sans fil, télécopieur/imprimante, minifridge et micro-ondes. Prix abordable. Composez le 514 515-9350.

Luxurious office space for rent in Westmount. Newly renovated offices with sound proofed walls, wood floors, and a beautiful view of the mountain. Includes private waiting area with TV monitor, wireless internet, fax/printer, mini fridge & microwave. Affordable pricing. Call : 514-515-9350.

Très joli bureau à partager dans un bel immeuble commercial situé au cœur du village Monkland, dans Notre-Dame-de-Grâce. Deux pièces entièrement rénovées et éclairées, dont une petite salle de formation ou de conférence. Location pour environ 20 heures semaine. Communiquer au numéro suivant : 514 419-9149.

Plusieurs bureaux luxueux à Laval dans un édifice professionnel. Facile d'accès par tous les moyens de transport. Insonorisation et ventilation de haute qualité. Inclut meubles, accès Internet, cuisinette, secrétaire, grand stationnement et plusieurs modalités de location. Clientèle disponible sur demande. Raby : 514 312-7046 ou raby.bouras@gmail.com.

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

Clinique de psychologie regroupant psychologues et professionnels connexes (sexologue, conseillère d'orientation, avocat-médiateur et nutritionniste); travailleurs autonomes. Édifice professionnel calme, facile d'accès et au cœur d'un secteur commercial/professionnel névralgique de l'est de Montréal. Plusieurs modalités locatives. Climatisé, insonorisé, meublé/décoré, Internet, stationnement, frigo/micro-onde, etc. 514 903-4420.

Bureau à deux minutes du métro Laurier. 1 à 2 journées/semaine, tout meublé, Internet, climatisation, salle d'attente. Emplacement de choix! Horaires flexibles! 514 504-1700.

Bureau à sous-louer (bloc ou journée). À 30 secondes du métro Sherbrooke. Grande fenestration, belle vue, climatisation, jolie salle d'attente, cuisinette. Renseignements : Chantal, 514 240-3190.

À louer/partager – Beloeil. Sous-location grand bureau avec salle d'attente privée, disponible pour plusieurs jours et soirs. Tarif mensuel. Renseignements: Anne Hamel au 450 464-9835.

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

Bureaux disponibles, près du métro Snowdon. Salle d'attente, cuisine, Internet. Temps plein ou temps partiel. Communiquez avec le 514 813-1767 ou nikiss@videotron.ca. **Renovated, furnished offices near Snowdon Metro.** Large waiting room, kitchen and internet. Full-time or part-time. Contact : 514-813-1767 or nikiss@videotron.ca.

Blainville – Recherche psychologues pour louer/partager bureaux dans bâtisse neuve. Climatisation, insonorisation, cuisine, possibilité références. Temps plein ou partiel. Appelez André 514 994-3973 ou psycho.huppe@videotron.ca.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

Le Levier, organisme sans but lucratif oeuvrant à Montréal depuis 1997, recherche des psychologues adhérant à des valeurs communautaires. Il a comme mission d'offrir des services de psychothérapie à des personnes dont les limites financières restreignent l'accès à de tels services. Vous avez quelques heures par mois à offrir, vous désirez acquérir de l'expérience, faites parvenir votre C.V. au Centre de relation d'aide Le Levier, au 6865, avenue Christophe-Colomb, bureau 312, Montréal (Québec) H2S 2H3 ou par courriel à n.peiffer@videotron.ca ou communiquez avec Monsieur Jean-Pierre Lépine au 450 587-5947. Honoraires : 20 \$ la séance ou plus selon les revenus des clients.

La clinique Médicale Solumed est à la recherche de psychologues et psychothérapeutes pour notre clientèle de Brossard, possibilité de références de la clientèle par nos médecins généraliste et psychiatre. Tarifs à l'heure ou au bloc horaire. Communiquez avec Line Leduc, secrétaire administrative, au 450 466-7889.

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

Nous recherchons un(e) psychologue en pratique privée pour se joindre à notre service de psychologie dans une clinique médicale à Laval. Disponibilité d'une ou deux journées par semaine. Clientèle : enfants, adolescents, adultes et couples. Possibilité de références de la clientèle. Pour toute information, communiquez avec Monique Madore au 515 272-8880.

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

Clinique médicale Deux-Montagnes recherche psychologue. Approche cognitive-comportementale. Clientèle et services administratifs fournis (loyer, secrétariat, téléphone, accès Internet). Au moins deux jours disponibles. Atouts : intérêt pour méditation et 3e vague, intérêt pour thérapie de couple. Supervision possible. Pour renseignements ou postuler : Roger Marcaurelle, 514 804-4848.

Besoin de références de clients? Clinique de psychologie recherche psychologues psychothérapeutes (région de Montréal) désirant élargir leur clientèle à leur bureau privé. Profil recherché : expérience étendue et variée, approche adaptée au client, disponibilités aussi en soirée. Si intéressés(es), envoyez votre C.V. à joseeleduc@hotmail.com.

Clinique de neuropsychologie à Laval recherche professionnels œuvrant en psychologie et/ou en neuropsychologie. Locaux luxueux, tests et outils de travail fournis, collaboration professionnelle, possibilité de supervision, atmosphère de travail enrichissante et chaleureuse. Les professionnels doivent faire partie de l'OPQ. Clientèle fournie. Raby : 514 312-7046 ou raby.bouras@gmail.com.

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

La Clinique des troubles de l'alimentation de la Rive-Sud est à la recherche d'un(e) psychologue. Équipe multidisciplinaire composée de psychologues, nutritionnistes, sexologues et médecin. 514 433-5272.

Recherche psychologues à Joliette pour clientèles adultes, couples, adolescents et enfants désirant faire partie d'une équipe multidisciplinaire (psychologue, psychoéducateur, travailleur social). Entraide professionnelle et soutien. Locaux entièrement rénovés, ambiance stimulante, horaire flexible (jour, soir, fin de semaine), possibilité de références. Faire parvenir votre C.V. à joaneboucher@yahoo.ca, 450 756-2223.

Centre de consultation psychologique et éducationnelle (CCPE), Montréal. Nous recrutons : poste de psychologue clinicien pour adulte à temps partiel ou à temps plein et poste de psychologue pour enfant avec spécialité pour l'évaluation et/ou l'intervention. Voir les spécifications au www.ccpeweb.ca/index.php?page=informations&listetexte=recrutement. Faites parvenir votre C.V. à recrutement@ccpeweb.ca.

Psychologue(s) cliniciens recherchés pour poste à temps partiel dans une clinique située dans le Vieux Montréal. Environnement agréable. Beaucoup de flexibilité. Tarifs intéressants. Clinique spécialisée en thérapie cognitive-comportementale et en psychologie du travail. Faites parvenir votre curriculum vitae à nchevrier@spsequoia.com.

_SERVICES OFFERTS

Supervision en thérapie cognitive-comportementale offerte par Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Bureau à Montréal. Approche intégrative, problématiques et modalités de supervision diverses. 514 609-0206, isabelle.boivin71@gmail.com.

Superviseurs recherchés en thérapie comportementale et cognitive (TCC) Supervision offerte en TCC Formations de pointe. Site Web : www.ftcc.com; courriel : info@ftcc.com.

_FORMATION

La Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright Côté offrira 3 formations sur la thérapie conjugale en 2012-2013. Les thèmes seront l'évaluation diagnostique, la violence et la consommation de substances. Le programme est endossé par la D^{re} Nadine Tremblay, psychologue. Pour plus de détails et s'inscrire : www.clinique-cccf.com.

_À VENDRE

Lot de livres pour clinicien et milieu scolaire, cognitive-comportementale, habiletés sociales, etc. Thérapie brève, clientèles enfant, adolescent, adulte. Pertinence et variété théorique. 500 \$. 450 464-5387.

L'insuffisance cardiaque

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

Le cas clinique

Souffrant d'insuffisance cardiaque depuis qu'une infection virale s'est attaquée à son cœur, la patiente de 35 ans s'oppose énergiquement à l'installation d'un stimulateur cardiaque (*pacemaker*) ou d'un défibrillateur. Il lui semble impensable qu'elle accepte un corps étranger dans sa poitrine. Ses médecins lui ont pourtant parlé de l'efficacité de ce traitement pour éviter les risques de mort subite (Burke, Hallas, Clark-Carter, White et Connelly, 2003) et de l'amélioration de sa qualité de vie (reprises de certaines activités, augmentation de la vitesse de marche, moins de contraintes dans l'absorption des liquides, réduction des hospitalisations).

Sa décision était teintée de révolte face aux limites associées à l'insuffisance cardiaque, limites que les gens vivent en moyenne plutôt vers 65 ans (Irvine et coll., 2010).

La recherche le dit

L'acceptation de l'implantation d'un stimulateur cardiaque, tout comme l'adhésion aux traitements médicamenteux, est rendue plus difficile par la présence fréquente de dépression et d'anxiété chez ces patients. Quarante-huit pour cent des patients souffrant d'insuffisance cardiaque répondent au critère de la dépression à l'inventaire de la dépression de Beck (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006). La dépression a un impact sur le cœur directement à travers la modification des niveaux de catécholamine et par une augmentation de l'activité hypothalamique pituitaire. Elle l'influence également par des changements comportementaux tels que le manque d'exercice, une faible capacité de profiter du soutien social et des facteurs alimentaires. Les désordres psychologiques sont associés à un plus haut taux de mortalité pour des problèmes cardiaques (Irvine et coll., 2010).

Environ le quart des patients ayant une coronaropathie rapporte une détresse psychologique. De 24 % à 87 % des patients rapportent une augmentation du niveau d'anxiété après l'implantation d'un stimulateur cardiaque et de 13 % à 38 % de ces patients rapportent des symptômes de trouble anxieux (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006). Le changement de leur relation avec leur rythme cardiaque peut donner l'impression de ne plus avoir le contrôle sur leur corps et la possibilité de subir un choc imprévisible au moment de la réanimation par le défibrillateur intensifie le niveau d'anxiété de certains patients. Notons toutefois que certains auteurs nient toute différence entre les patients ayant subi l'implantation d'un stimulateur cardiaque et les patients traités par médication. La détresse psychologique pourrait être expliquée par l'histoire de leur maladie et l'ampleur de leurs symptômes (Burke, Hallas, Clark-Carter, White et Connelly, 2003). Ces auteurs suggèrent de se concentrer sur l'impact des symptômes de la maladie plutôt que sur celui de l'implantation d'un stimulateur cardiaque.

Dans le cadre d'une étude à répartition aléatoire de 96 patients ayant vécu l'implantation d'un stimulateur cardiaque, Irvine et ses collaborateurs (2010) rapportent que la plupart des participants ont qualifié l'intervention cognitivo-comportementale comme « très à extrêmement utile ». Cela favorise un taux de participation plus élevé. En plus de huit rencontres, les participants recevaient un document éducatif et un vidéo d'exercices de relaxation progressive et de relaxation basée sur la pleine conscience. Les participants se voyaient offrir des sessions supplémentaires si leur défibrillateur déclenchait un choc. Les symptômes de dépression et de stress post-traumatique avaient diminué lors d'un rappel à 6 et 12 mois. Deux des six stratégies cognitivo-comportementales utilisées étaient associées à de meilleurs résultats : la modification des pensées erronées et la correction des distorsions cognitives. Les interventions structurées, comme celles de l'approche cognitivo-comportementale, ont plus de succès dans la réduction de l'anxiété et de la dépression (Irvine et coll., 2010).

Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti (2006) ont élaboré un programme s'adressant aux personnes ayant vécu l'implantation d'un appareil d'assistance pour les troubles cardiaques. Identifié comme le

« modèle ABC », le programme comprend un module de suggestions éducatives et comportementales ainsi que des stratégies de *coping* efficaces. Les membres de la famille auront parfois aussi besoin d'encouragements et de stratégies de gestion du stress.

Les patients sont informés du rôle de l'appareil (régulariser le rythme cardiaque, enregistrer de l'information pour ajuster le traitement de façon optimale). Ils reçoivent des directives claires sur ce qu'ils doivent faire en cas de choc ou de chocs répétés (appeler le médecin, se rendre à l'hôpital). Ils sont également informés des risques de développer des comportements d'évitement, d'hypervigilance et des pensées catastrophiques.

L'équipe de soin demande au patient quelles sont les activités qui le font se sentir vivant et satisfait de sa vie. Ils souhaitent l'encourager à être actif, soulignant par exemple que l'activité sexuelle est équivalente à l'escalade d'un palier d'escalier. En dédramatisant la situation, cette information rassure le patient qui risquait de s'abstenir inutilement d'être actif sexuellement. L'activité physique favorise un meilleur moral, régularise les rythmes corporels, augmente le contrôle du poids et diminue le stress. À cela s'ajoutent des stratégies de relaxation comme la respiration abdominale et l'imagerie guidée. Le soutien social est impératif pour la réadaptation. Un membre de la famille ou un ami sera identifié pour encourager le patient à reprendre sa qualité de vie antérieure.

La modification des pensées contre-productives vers des pensées positives est un élément crucial de ce programme. Plutôt que se percevoir comme des victimes, les patients bénéficient du fait de se percevoir comme les survivants d'une maladie cardiovasculaire. Le rôle de victime met l'accent sur la perte et les limites, alors que celui de survivant met l'accent sur l'espoir et le futur, sur la fierté d'avoir fait les efforts nécessaires pour retourner à une qualité de vie satisfaisante plutôt que de vivre craintif sous la menace de ses limites. Les patients ayant une évaluation négative de leur qualité de vie et de leurs capacités courent de deux à trois fois plus de risque de développer un trouble panique (Sears, Stutts, Aranda, Handbert et Conti, 2006).

La patiente dont nous avons parlé au début de cet article est devenue plus ouverte à l'implantation d'un appareil après un travail par imagerie mentale présentant l'appareil sous un jour positif. Nous lui avons suggéré que le fait d'avoir cette implantation était comparable à celui d'avoir une équipe de réanimation à proximité 24 heures par jour, pour le reste de sa vie. En lui demandant ce qu'elle dirait, après que son cœur se soit arrêté, si cette équipe médicale lui demandait : « Veux-tu qu'on attende 20 minutes ou préfères-tu qu'on t'aide immédiatement? », elle a répondu avec le sourire : « Oui, vu comme ça, il n'y a pas de doute. »

Quelques rencontres lui ont permis de travailler le deuil de sa santé physique « sans appareil » et de se réorienter sur la planification de la suite de sa vie, qui incluait dans son cas un mariage. Quelques mois plus tard, nous avons appris que son appareil lui avait sauvé la vie.

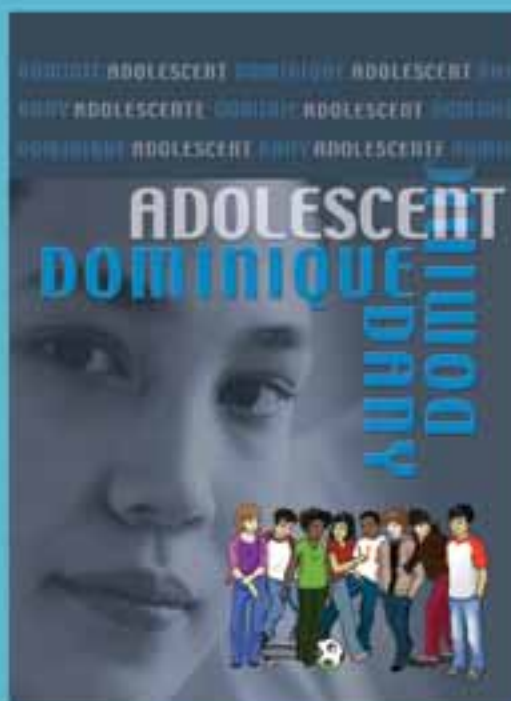
Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.

Bibliographie

- Burke, L. L., Hallas, C. N., Clark-Carter, D., White, D. et Connelly, D. (2003). The psychosocial impact of the implantable cardioverter defibrillator : A meta-analytic review. *British Journal of Health Psychology*, 2003, 8, 165-178.
- Irvine, J., Stanley, J., Ong, L., Cribbie, R., Ritvo, P., Katz, J., Dorian, P., O'donnell, S., Harris, L., Cameron, D., Hill, A., Newman, D., Johnson, S. N., Bilanovic, A. et Sears, S. F. (2010). Acceptability of a Cognitive Behavior Therapy Intervention to Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients. *Journal of Cognitive Psychotherapy; An International Quarterly*, Vol 24, No 4, 246-264.
- Sears, S. F., Stutts, L. A., Aranda, J. M., Handberg, E. M. et Conti, J. B. (2006). Managing Congestive Heart Failure Patient Factors in the Device Era. *Congestive Heart Failure*, 2006 Nov-Dec; Vol. 12 (6), pp. 335-40.

Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer les enfants et les adolescents



Un test:

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

Le test comprend:

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

Nous recyclons!

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

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

WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM

Formations en ligne

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

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



**La thérapie
interpersonnelle**
Dr Simon Patry
Médecin psychiatre



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



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



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



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



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



Les schémas de Young
Dr Pierre Cousineau
Psychologue



Le TDAH chez l'adulte
Dr^e Annick Vincent
Médecin psychiatre



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



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



La compétence affective du psychothérapeute
Dr Gilles Delisle
Psychologue



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



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



La psychothérapie orientée vers les solutions
Dr^e Josée Lamarre
Psychologue



Troubles de comportement, d'opposition et de la conduite chez les jeunes
M^{me} Diane Mercier
Psychologue