

# Psychologie

volume 32  
numéro 02  
mars 15

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

QUÉBEC

## Des outils pour aider les personnes atteintes de TDA/H

**AVIS D'ÉLECTION**  
au poste de président de l'Ordre  
et à six postes d'administrateurs



# L'OFFRE SÉLECTION POUR LES PSYCHOLOGUES

## UN TAUX RÉDUIT POUR MICHÈLE



Couture

## PROPRIÉTAIRE AVERTIE

### GRÂCE À L'OFFRE SÉLECTION, PROFITEZ D'AVANTAGES POUR FINANCER VOTRE PROPRIÉTÉ:

- Réduction jusqu'à 1,75% sur la portion à taux fixe pour les prêts hypothécaires combinés
- Taux préférentiel ou meilleure offre pour les prêts hypothécaires à taux variable réduit
- Jusqu'à 850\$ de remise sur les frais de notaire
- Et bien plus!

[desjardins.com/psychologue](https://desjardins.com/psychologue)



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC



Desjardins

Coopérer pour créer l'avenir

**Pourquoi** : pour évaluer les principaux troubles émotionnels et du comportement

**Pour qui** : les adolescents

**Comment** : auto-administré, informatisé, multimédia, basé sur le DSM

**Avantage** : donne en 10-15 mn une image très exhaustive de l'univers du jeune



[www.dominic-interactive.com](http://www.dominic-interactive.com)



# DOMINIQUE

Chaque CD permet de choisir le sexe, le groupe ethnique et la langue:

- . caucasien
- . afro-américain
- . hispanique
- . asiatique

français. anglais. espagnol

Passations sur clé USB et internet

Nous recyclons: clé USB retournée = 2 passations gratuites

## 26 Des outils pour aider les personnes atteintes de TDA/H

### 27 Le TDA/H, une force à rééquilibrer dans l'intervention chez l'enfant

D<sup>re</sup> Diane Dulude, psychologue

La recherche en neuroscience et en psychologie suggère qu'il est essentiel de changer sa façon d'aborder le TDA/H.

### 34 Le sommeil chez les enfants présentant un TDA/H

D<sup>r</sup> Vincent Moreau, psychologue

Les enfants entre 6 et 12 ans passent près de la moitié de leur vie à dormir. Pourtant, le sommeil est encore peu étudié chez les enfants présentant un TDA/H.

### 39 Le défi social des relations d'amitié des adolescents ayant un TDA/H

Marie Michèle Soucisse, titulaire d'un B. Sc. en psychologie de l'Université de Montréal, et D<sup>re</sup> Martine Verreault, psychologue

Les déficits sur le plan social sont considérés comme l'un des aspects les plus incapacitants, d'autant qu'ils tendent à persister au fil du temps et sont associés à d'autres problématiques.

### 43 Le rôle privilégié du psychologue scolaire dans la démarche diagnostique du TDA/H

Marie-Ève Desrochers et Danis Pageau, psychologues

Le psychologue scolaire est un témoin direct du fonctionnement de l'enfant dans l'un de ses principaux milieux de vie, ce qui lui permet de bien mener un processus d'évaluation du TDA/H.

## 48 L'utilisation d'outils technologiques dans le traitement du TDA/H à l'âge adulte

D<sup>r</sup> Martin Pearson et D<sup>re</sup> Chantal Tremblay, psychologues

Plus de la moitié des enfants présentant un TDA/H auront toujours ce diagnostic à l'âge adulte. L'utilisation des outils technologiques en intervention est un champ d'études en émergence.

#### 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.

## 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](http://www.ordrepsy.qc.ca)

# sommaire

## 15 Avis d'élection

Élection au poste de président de l'Ordre et à six postes d'administrateurs



## 20

### Portrait

#### À la recherche du bien commun

Un portrait du psychologue et professeur Camil Bouchard, lauréat du Prix Marie-Andrée-Bertrand 2014 dans le domaine de l'innovation sociale

- 07\_ **Éditorial**  
**Empêcher de tourner en rond**
- 09\_ **Secrétariat général**  
**Les psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux**
- 12\_ **Pratique professionnelle**  
**Le programme de formation continue de l'Ordre et ses activités**
- 18\_ **Présider l'Ordre des psychologues**
- 19\_ **Déontologie**  
**Intérêt ou désir?**
- 53\_ **Activités régionales**
- 54\_ **Petites annonces**
- 58\_ **Tableau des membres / Registre des psychothérapeutes**
- 59\_ **Colloques et congrès**
- 62\_ **La recherche le dit**  
**Le patient narcissique**

Rédactrice en chef :: Diane Côté

#### Comité de rédaction ::

D<sup>r</sup> Nicolas Chevrier, psychologue  
D<sup>re</sup> Nathalie Girouard, psychologue  
Marie-Claude Guay, psychologue

Rédaction :: Krystelle Larouche

#### Photos ::

Couverture, pages 27 et 60 :: Wieland Prosper

Pages 5 et 21 :: Alexa Tymocko

Publicité :: Sana Achour

#### Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

Non-membres :: 42,83 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Étudiants :: 27,59 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

#### Dates de tombée des annonces publicitaires :

Mai 2015 : 27 mars 2015

Juillet 2015 : 22 mai 2015

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: [psyquebec@ordrepsy.qc.ca](mailto:psyquebec@ordrepsy.qc.ca)

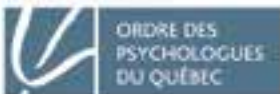
Conception graphique et production ::

MichauDesign



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

En partenariat avec



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



## Assurez-vous de profiter de la vie!

Profitez d'un régime d'assurance collective à la carte pour vous et votre famille:

- › Invalidité
- › Maladies redoutées
- › Vie
- › Frais généraux de bureau
- › Médicaments
- › Maladie complémentaire  
(physiothérapie, hospitalisation, soins infirmiers, etc.)
- › Soins dentaires
- › Frais d'optique
- › Voyage et service d'assistance

Appelez-nous pour de plus amples informations:

1 877 579-5585

[dpmm.ca/opq](http://dpmm.ca/opq)

**DPMM** 

Dale Parizeau  
Morris Mackenzie

Cabinet de services financiers



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

# Éditorial

## Empêcher de tourner en rond

**Au cours de mes 17 années à la présidence de l'Ordre, j'ai dérangé plusieurs réunions... et je ne le regrette pas. J'adore la dynamique d'une réunion où la rencontre des points de vue permet de créer des pistes pour l'atteinte des objectifs annoncés. Je suis intolérante envers les discours théorico-politico-corrects qui brillent sans éclairer, qui contournent la réalité concrète et laissent chacun à son imaginaire plutôt qu'à son engagement dans l'action.**

Est-ce que « *placer les besoins des clients ou des patients au cœur de nos préoccupations* », « *prendre appui sur les données probantes* », « *favoriser l'adéquation entre la formation et le marché du travail* » sont des phrases que l'on peut continuer d'entendre, voire de répéter, sans leur donner tout leur sens? Je ne le crois pas. Les enjeux sont trop grands.

Il en va de notre responsabilité à tous de « *placer les besoins des patients au cœur de nos préoccupations* ». Mais qu'arrive-t-il quand ces mots, une fois prononcés, sont suivis d'un discours économique de courte vue qui dit presque le contraire? Lorsque les conflits interprofessionnels prennent plus de place que l'intérêt du patient? Lorsque sa propre adhésion à un modèle embrouille toute évaluation attentive et objective des besoins de l'autre? Doit-on applaudir le fait que les besoins en santé mentale soient de plus en plus reconnus? Oui, mais cette reconnaissance ne suffit pas. Il faut s'indigner du manque d'accès aux services permettant de répondre aux besoins réels, et même à l'évaluation de ces besoins et de ces services par un professionnel habilité.

La science se développe à partir d'observations et non de croyances. Elle permet de formuler des hypothèses, non des dogmes. Paradoxalement, elle est parfois utilisée pour prêcher plutôt que pour contribuer à la prise de décisions éclairées.

Qu'en est-il de ces affirmations *basées sur la recherche* lancées par des gens qui ont entendu tel autre dire que quelqu'un avait cité ce qui avait été publié on ne sait où, ni par qui? S'agit-il de science ou de rumeur? Est-ce que les données probantes sont vraiment, intégralement, prises en considération pour établir l'offre de services? Il faut là aussi refuser les discours simplistes qui ne tiennent compte que d'une partie des données. Il est de plus nécessaire que la recherche soit davantage mise au service de la pratique professionnelle pour l'enrichir et non pour la réduire.

Je salue la déclaration de notre premier ministre qui affirme que la recherche d'adéquation entre la formation et le marché du travail sera l'enjeu le plus important de son gouvernement dans la prochaine session parlementaire (La Presse, mardi 3 février 2015). En psychologie, cet objectif est loin d'être atteint. La formation a énormément évolué au cours des dernières années, particulièrement depuis l'exigence du doctorat axé sur les compétences. Les jeunes psychologues sont et se sentent compétents, ce qui est un acquis majeur, non seulement pour la protection du public mais aussi pour l'identité, voire l'affirmation professionnelle. Est-ce que la compétence réelle du psychologue est prise en considération dans l'élaboration des services offerts à la population? Est-ce que le réseau public de santé et d'éducation tient compte de l'ampleur de notre formation dans l'établissement des mesures d'attraction et de rétention? Cela fait aussi partie de l'adéquation entre la formation et le marché du travail.

Les principes sont des guides importants. Ne laissons personne en rester là, quitte à déranger les réunions et à être accusé, sans en éprouver le moindre regret, d'être un empêchement de tourner en rond.

**Vos commentaires sur cet éditorial sont les bienvenus à :**  
[presidence@ordrepsy.qc.ca](mailto:presidence@ordrepsy.qc.ca)

# SPÉCIAL

## Célébrations



## Intégration par les mouvements oculaires



**2015: DERNIÈRE ÉDITION DE LA FORMATION IMO** organisée par Académie Impact. À compter de 2016, ces formations seront disponibles uniquement en ligne ou sur mesure pour votre groupe.

### IMO-1

1-2 juin 2015  
8h30 - 17h30

### IMO-2

29-30 septembre 2015  
8h30 - 17h30

### Formation continue

3 juin 2015 (IMO avec les enfants)  
28 septembre 2015 (14 points de départ en IMO)  
9h - 16h

Voir tous les descriptifs de formation et prérequis sur notre site.



## programme Thérapeute d'Impact

Formations  
accréditées  
par l'OPQ

**1. Disponible en ligne et sur mesure pour votre groupe**

### Relations Interpersonnelles :

*gérer nos différends et nos différences*

**6 crédits (OPQ)**

### Primate, automate ou diplomate

**6 crédits (OPQ)**

### Le deuil et ses issues :

*gravir les échelons vers la guérison*

**6 crédits (OPQ)**

**2. Dernière édition organisée par Académie Impact en 2015**

### Développer l'intelligence émotionnelle des petits et des grands

26 mai 2015 - 9h à 16h

### L'Art de semer

1 avril 2015 - 9h à 16h

### Le burnout et la dépression

9 octobre 2015 - 9h à 16h

### Thérapie d'Impact

27-28-29 mai 2015 - 9h à 16h

**3. Disponible à notre calendrier en 2015 et 2016**

### Techniques d'Impact en individuel

2 avril 2015

9h à 16h

4 avril 2016

9h à 16h

### Techniques d'Impact en groupe, couple, famille

3 avril 2015

9h à 16h

5 avril 2016

9h à 16h

### Bye Bye Anxiété

8 octobre 2015

9h à 16h

6 avril 2016

9h à 16h

## Tarifs de nos formations

### Programme Thérapeute d'Impact (par jour)

Réservation *	225\$
Régulier	250\$
Groupe (3 et plus)	chacun 200\$
Étudiant (avec preuve)	125\$
Communautaire	125\$

### Programme IMO (pour les 2 jours)

Réservation *	600\$
Régulier	650\$
Communautaire	400\$

### Supervision IMO

Réservation *	225\$
Régulier	200\$
Communautaire	125\$

\* Pour avoir droit au tarif réservation, votre inscription ET VOTRE PAIEMENT doivent nous parvenir un minimum de trois semaines avant la tenue de la formation.



CP 99072 CP du Tremblay, Longueuil Québec J4N 0A5  
T: 1 888 848-3747 • F: 1 855 888-3747

[www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com) • [info@academieimpact.com](mailto:info@academieimpact.com)



# Secrétariat général

Les psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

sbeaulieu@ordrepsy.qc.ca

Nous avons écrit à quelques reprises au cours des dernières années au sujet des prévisions de la main-d'œuvre (PMO) pour les psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). La direction générale du personnel réseau et ministérielle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a récemment procédé à une mise à jour des données de la PMO. Nous vous en présentons le résumé et les faits saillants.

Commençons tout d'abord par le portrait général de la situation. Les données que nous présentons concernent les effectifs de main-d'œuvre au 31 mars 2013 en comparaison avec l'état de la situation au 31 mars 2009. Ces données ont été rendues accessibles par le MSSS à l'automne 2014<sup>1</sup>.

On note une légère augmentation du nombre de psychologues dans le réseau entre 2009 et 2013. Ce chiffre est passé de 2112 à 2179 au cours des cinq dernières années (une augmentation de 67 psychologues). Des 17 régions administratives du Québec, 10 ont vu le nombre de psychologues employés du réseau augmenter, alors que 7 ont vu ce nombre diminuer. La plus grande diminution d'effectif a été observée en Outaouais. Il s'agit de la région la plus vulnérable aux départs à la retraite, avec plus du tiers de son effectif âgé de 55 ans et plus.

Nous l'avons mentionné par le passé, malgré le fait que le nombre de psychologues augmente – il est passé de 2112 à 2179 –, on ne peut pas pourtant conclure à une véritable croissance de la profession lorsqu'on prend en compte l'augmentation des besoins, qui est fixée à 1,55 %, les départs à la retraite et les autres secteurs d'emploi qui attirent eux aussi les psychologues. On pense ici au réseau de l'éducation et à la pratique privée. Les perspectives dans le RSSS sont toutefois un peu moins pessimistes qu'elles l'étaient en 2009. Nous y reviendrons plus loin.

Le réseau de la santé demeure le plus gros employeur de psychologues au Québec. Selon les données du MSSS, l'effectif du RSSS représente 25 % des 8635 psychologues inscrits au tableau de l'Ordre au 31 mars 2013<sup>2</sup>. L'âge moyen des psychologues du RSSS est de 44,1 ans et 19,6 % des psychologues du réseau ont 55 ans et plus. En comparaison, l'âge moyen des travailleurs sociaux est de 40,2 ans et 11,7 % de leur effectif est âgé de 55 ans et plus.

Le tableau 1 présente l'évolution des effectifs de 2009 à 2013, par région. On y décrit l'évolution annuelle moyenne par région (augmentation ou diminution de l'effectif) ainsi que l'âge moyen et la proportion de psychologues âgés de 55 ans et plus. Rappelons qu'au début des années 2000 les prévisions démographiques annonçaient une vague de départs à la retraite connaissant un sommet dans les années 2010 à 2015 en raison du vieillissement du corps professionnel, ce qui s'est avéré. La courbe des départs à la retraite a toutefois commencé à s'atténuer, ce qui diminue un peu la pression sur le système.

TABLEAU 1

## ÉVOLUTION DES EFFECTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE

Régions	Effectif au 31 mars 2009	Effectif au 31 mars 2013	Évolution annuelle moyenne	Proportion âgés de 55 ans et plus	Âge moyen
01 - Bas-Saint-Laurent	55	49	-2,8 %	8,2 %	43,2
02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean	79	95	4,7 %	12,6 %	40,3
03 - Capitale-Nationale	272	294	2,0 %	17,0 %	42,5
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	132	140	1,5 %	16,4 %	44,0
05 - Estrie	71	73	0,7 %	20,5 %	43,6
06 - Montréal	713	750	1,3 %	23,1 %	45,2
07 - Outaouais	91	74	-5,0 %	35,1 %	45,8
08 - Abitibi-Témiscamingue	39	40	0,6 %	12,5 %	42,0
09 - Côte-Nord	23	20	-3,4 %	25,0 %	46,9
10 - Nord-du-Québec	4	6	50,7 %	16,7 %	42,8
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	35	32	-2,2 %	18,8 %	44,9
12 - Chaudière-Appalaches	96	93	-0,8 %	15,1 %	43,5
13 - Laval	81	74	-2,2 %	16,2 %	44,9
14 - Lanaudière	100	99	-0,3 %	17,2 %	43,7
15 - Laurentides	62	70	3,1 %	30,0 %	46,4
16 - Montérégie	256	267	1,1 %	16,1 %	44,0
17 - Nunavik	3	3	0,0 %	33,3 %	42,0
Total	2112	2179	0,8 %	19,6 %	44,1

## STATUT D'EMPLOYÉ

Le MSSS distingue trois catégories de statut d'emploi : *temps complet régulier* (TCR), *temps partiel régulier* (TPR) et *temps partiel occasionnel* (TPO). Au cours des cinq dernières années (2008-2009 à 2012-2013), la proportion des postes occupés a connu une augmentation annuelle moyenne de 1,6 % pour les TCR et de 3,5 % pour les TPR. Pendant la même période, on constatait une baisse annuelle moyenne de 4,2 % des TPO (voir le tableau 2). Il faut savoir que la majorité des nouvelles embauches dans le réseau se fait dans la catégorie des emplois occasionnels. C'est la porte d'entrée dans le réseau. Le fait de constater une diminution dans les TPO et une augmentation proportionnelle dans les TCR et les TPR est probablement une bonne nouvelle. Les emplois réguliers sont généralement plus prometteurs en ce qui concerne la longévité. Ce phénomène est-il attribuable aux mesures mises en place en 2012 par le ministère, soit la prime qui augmentait de 12 à 15 % les salaires des psychologues œuvrant dans le réseau, dans le but de favoriser

TABLEAU 2

INDIVIDUS PAR STATUT D'EMPLOI

Année	TCR		TPR		TPO	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
2008-2009	1 144	54,2 %	481	22,8 %	487	23,1 %
2009-2010	1 172	55,0 %	504	23,7 %	454	21,3 %
2010-2011	1 169	54,8 %	535	25,1 %	429	20,1 %
2011-2012	1 210	55,8 %	552	25,4 %	408	18,8 %
2012-2013	1 217	55,9 %	552	25,3 %	410	18,8 %
Évolution annuelle moyenne		1,6 %		3,5 %		-4,2 %

TABLEAU 3

EFFECTIF EN POSTE ET POSTES VACANTS AU 31 MARS 2013

Régions	Effectif en poste	Postes vacants (ETC)	Postes vacants / Effectif requis
01 - Bas-Saint-Laurent	49	3,2	6,1 %
02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean	95	3,0	3,1 %
03 - Capitale-Nationale	294	3,0	1,0 %
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	140	2,7	1,9 %
05 - Estrie	73	0,8	1,1 %
06 - Montréal	750	17,0	2,2 %
07 - Outaouais	74	3,4	4,4 %
08 - Abitibi-Témiscamingue	40	5,4	11,9 %
09 - Côte-Nord	20	6,0	23,1 %
10 - Nord-du-Québec	6	0,0	0,0 %
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	32	3,5	9,9 %
12 - Chaudière-Appalaches	93	3,0	3,1 %
13 - Laval	74	0,5	0,7 %
14 - Lanaudière	99	7,0	6,6 %
15 - Laurentides	70	3,9	5,3 %
16 - Montérégie	267	5,1	1,9 %
17 - Nunavik	3	1,0	25,0 %
<b>Total</b>	<b>2 179</b>	<b>68</b>	<b>3,1 %</b>

# Prenez soin de vos patients.

Soumettez leurs demandes de règlement d'assurance rapidement et efficacement.

Avec la solution de demandes de règlement en ligne de TELUS Santé, vos patients bénéficieront du même service qu'ils reçoivent à la pharmacie ou chez le dentiste. Vous pouvez désormais soumettre les demandes de règlement, avec confirmation immédiate des assureurs\*, au nom de vos patients. L'inscription est rapide, et le service est simple à utiliser en plus d'être gratuit!

Pas étonnant qu'autant de professionnels de la santé l'utilisent.

Inscrivez-vous : [telussante.com/eclaimpsy](http://telussante.com/eclaimpsy)

Solution offerte avec :



\* La confirmation immédiate n'est pas offerte par tous les assureurs.  
 † Ce service est offert uniquement aux psychologues en pratique privée.



TABLEAU 4

## PROJECTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Année	Arrivées projetées	Départs attendus	Effectif	Accroissement des besoins	Déficit ou (surplus)
2012-2013			2 179		68
2013-2014	107	102	2 184	35	98
2014-2015	112	88	2 208	35	110
2015-2016	128	88	2 247	36	106
2016-2017	133	90	2 290	36	99
2017-2018	127	91	2 326	37	101
2018-2019	150	86	2 390	42	79
2019-2020	150	80	2 460	43	51
2020-2021	150	78	2 532	43	23

l'attraction et la rétention? Il est trop tôt pour le dire. Le ministère n'a pas encore tiré de conclusions définitives quant à l'impact réel de cette mesure.

## \_NOMBRE DE POSTES VACANTS

La préoccupation de l'Ordre lorsqu'il est question des effectifs de psychologues dans le réseau public est toujours la question de l'accessibilité aux services. Il y a présentement 68 postes de psychologues inoccupés au Québec dans le réseau public de santé et services sociaux (postes qualifiés d'ETC – « équivalent temps complet »). Le tableau 3 expose la répartition des postes vacants au 31 mars 2013, par région. Nous connaissons l'effet de ces postes inoccupés sur l'augmentation des délais pour l'accès aux services psychologiques, particulièrement dans certaines régions.

Les prévisions à moyen et long terme sont toutefois moins pessimistes qu'elles l'étaient il y a cinq ans. En effet, le MSSS a estimé le déficit de main-d'œuvre pour les 10 prochaines années et le constat tend à s'améliorer quelque peu en ce qui concerne les psychologues. Si on prend en compte le facteur de croissance des besoins de 1,55 %, conjugué avec l'augmentation du nombre de nouvelles admissions dans les programmes de doctorat en psychologie, qui est passé de 200 à plus de 300 depuis le début des années 2000, la baisse relative anticipée passe de 110 psychologues en 2014-2015 à 23 à 79 en 2019-2020<sup>3</sup>.

Le tableau 4 expose les données quant au déficit annuel anticipé de 2012-2013 à 2020-2021. Le déficit est calculé en prenant en compte les retraites, les décès et les cessations d'emploi et les arrivées projetées. Nous avons comparé<sup>4</sup> la moyenne annuelle du déficit anticipé entre les années 2013 à 2017 et 2017 à 2021. Le déficit annuel moyen passera de 103 à 63 psychologues entre ces deux périodes. Force est de constater qu'en dépit du fait que les données prévoient encore un déficit la situation est moins alarmante que celle projetée en 2009, alors que les données publiées prévoyaient un déficit de 151 psychologues en 2010-2011 et de 196 psychologues en 2011-2012<sup>5</sup>.

Le problème demeure cependant sérieux dans certaines régions qui voient leur effectif diminuer (Bas-Saint-Laurent, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Le ministère a mis en place certaines mesures pour ces régions. Un programme de bourses d'études a été établi en 2013. Ces bourses offrent à l'étudiant une rémunération de 30 000 \$ pendant les deux dernières années de ses études (2 X 15 000 \$) avec un engagement à demeurer employé de l'établissement qui l'a parrainé pendant trois ans. Cette bourse est habituellement applicable à l'internat. Il faudra voir quel est l'impact réel de ces mesures.

Bien que la situation s'améliore, il n'en demeure pas moins que le réseau public de la santé et des services sociaux souffre d'un manque de psychologues. Le réseau attire peut-être davantage de psychologues qu'auparavant – ceci devra être confirmé à moyen et à long terme –, mais la compétition, notamment avec le secteur privé, demeure un enjeu important. Nous continuerons de vous informer au fur et à mesure que nous obtiendrons de nouvelles données.

## \_Notes

- 1 Document publié par la Direction générale du personnel réseau et ministériel du MSSS et intitulé *Portrait de la main-d'œuvre secteur du psychosocial et de la santé mentale – octobre 2014*.
- 2 Ces données ne tiennent cependant pas compte du fait que plusieurs psychologues sont inscrits au tableau de l'Ordre à titre de membres à la retraite, de membres aux études ou en congé parental. On estime donc que l'effectif réel du RSSS est davantage de l'ordre de près de 30 %, si on tient compte des catégories de psychologues qui ne sont pas « actifs » sur le plan de l'emploi.
- 3 Le MSSS observe, dans les années récentes, qu'une trentaine de psychologues déjà en exercice ont intégré le réseau public. Aucune information ne nous permet toutefois d'expliquer leur motivation à le faire. Est-ce une conséquence des mesures d'attraction et de rétention? Comme mentionné précédemment, le ministère n'a pas encore terminé l'analyse de l'impact des mesures d'attraction et de rétention mises en application en 2012. Il faudra attendre les résultats de cette analyse pour tirer des conclusions.
- 4 Notre calcul.
- 5 Ces données proviennent d'une mise à jour du MSSS datant de juillet 2012. Il faut garder en tête qu'il s'agit de calculs prévisionnels et qu'il est possible de constater des écarts sur le terrain.

# Pratique professionnelle

## Le programme de formation continue de l'Ordre et ses activités



Yves Martineau / Psychologue

Conseiller à la formation continue

ymartineau@ordrepsy.qc.ca

*N'attendez pas la fin de la période de référence pour consigner dans EspacePsy vos activités de formation continue. Faites-le dès maintenant, puis au fur et à mesure, aussitôt que vous aurez participé à une nouvelle activité. C'est une façon simple et efficace qui vous permettra de ne rien oublier.*

L'Ordre a modifié à la fin de l'année dernière sa résolution sur les Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie (ci-après, la résolution)<sup>1</sup>. En effet, il était important de reconsidérer la liste des activités admissibles dans la perspective de répondre à l'exigence de compléter 90 heures de formation continue en psychothérapie par période de référence.

### \_LES ACTIVITÉS ADMISSIBLES AU PROGRAMME

Dorénavant, le programme de formation continue en psychothérapie comprend deux types d'activités admissibles. Il y a, d'une part, les activités de formation ayant fait l'objet d'une reconnaissance formelle par l'Ordre. Ce sont les activités désignées comme des « activités reconnues » auxquelles est attribué un numéro de reconnaissance unique. Ces activités se trouvent dans le catalogue des activités de formation continue<sup>2</sup>.

D'autre part, il y a les activités prévues à l'annexe I de la résolution<sup>3</sup>, soit : cours universitaires, formation hors Québec, supervision, prestation de supervision, prestation de formation, formation en milieu de travail, rédaction, auto-apprentissage et codéveloppement. Les heures de participation à ces activités peuvent être comptabilisées afin de répondre à l'obligation de compléter 90 heures de formation continue par période de référence, et ce, en application du nombre d'heures autorisées pour chaque type d'activités. Il y a aussi des critères à satisfaire et des pièces justificatives que chacun doit conserver dans son dossier de formation continue<sup>4</sup> pour que les heures soient comptabilisables.

### \_LES ACTIVITÉS FORMELLEMENT RECONNUES

Il est relativement simple de consigner dans EspacePsy la participation à une activité reconnue, puisqu'il suffit presque d'en inscrire le numéro de reconnaissance. Si désiré, il est aussi possible de lancer une recherche par mot clé dans le registre des activités passées<sup>5</sup> lorsqu'on cherche une information concernant une activité en particulier.

### \_LES AUTRES ACTIVITÉS ADMISSIBLES

Même si les activités admissibles prévues à l'annexe I de la résolution ne font pas l'objet d'une reconnaissance formelle par l'Ordre, il demeure, comme c'est le cas des activités reconnues, que les heures ne peuvent être comptabilisées que si l'activité est pertinente. La pertinence de celle-ci s'établit par le lien entre son contenu et :

- un ou plusieurs modèles théoriques d'intervention reconnus dans le domaine de la psychothérapie, lorsqu'applicable;
- un des sujets prévus à l'article 7 de la résolution.

### Cours universitaires

Il n'est pas nécessaire que le cours universitaire suivi soit pertinent dans son entièreté pour qu'on puisse consigner au portfolio des heures de formation continue en psychothérapie. Il suffit d'y mettre les heures qui ont été consacrées à un sujet pertinent. Soyez alors prêt à justifier le nombre d'heures ainsi rapportées à partir du plan de cours remis par le professeur.

### Formation hors Québec (incluant la formation en ligne hors Québec)

L'Ordre pourrait difficilement exiger des dispensateurs ou formateurs hors Québec de faire reconnaître formellement leurs activités de formation continue. La participation à l'une de ces activités peut toutefois être inscrite au portfolio à la condition encore une fois qu'elle soit pertinente. Pour permettre d'en juger, il faut avoir en main minimalement une attestation mentionnant le titre de l'activité, sa durée, le nom du dispensateur et du formateur, de même qu'un descriptif, une annonce ou un dépliant au sujet de l'activité. En ce qui a trait à la formation en ligne, il faut considérer qu'une activité en ligne est située à l'extérieur du Québec lorsque le site web ou la plateforme qui l'héberge est à l'extérieur du Québec.

## Supervision individuelle et prestation de supervision

Rappelons qu'il y a des enjeux particuliers à la supervision, enjeux dont ont déjà fait état quelques chroniques sur la question<sup>6</sup>. À la fin de la supervision, le superviseur doit remplir et remettre au supervisé l'attestation de supervision de psychothérapie et en conserver une copie pour lui-même<sup>7</sup>. Il faut souligner par ailleurs que la plupart des réunions de groupe dans le cadre desquelles les psychothérapeutes échangent au sujet de leurs clients respectifs, rencontres souvent nommées « intervision » ou « co-supervision », ne satisfont pas aux critères de la supervision clinique sur le plan professionnel. Ces échanges sont plutôt considérés comme de la consultation<sup>8</sup> et les heures consacrées à ces rencontres ne peuvent être consignées ni comptabilisées.

## La formation en milieu de travail

Les activités de formation en milieu de travail revêtent un caractère en somme formel et elles sont organisées par un employeur, souvent un établissement du réseau public. Pour les consigner, il faut détenir l'attestation formelle qu'émet l'employeur au participant.

## La rédaction

On peut comptabiliser, sous réserve d'un maximum, les heures consacrées à la rédaction d'articles destinés à des revues professionnelles ou scientifiques<sup>9</sup>, selon la méthode de calcul retenue<sup>10</sup>. Toutefois, on ne peut considérer la rédaction de chroniques s'adressant au grand public et publiées dans des médias courants.

## L'auto-apprentissage

La catégorie de l'auto-apprentissage comprend notamment la lecture et le visionnement de matériel pédagogique. Comme pour la catégorie précédente, en ce qui a trait à la lecture, un maximum d'heures est établi en fonction du nombre de pages lues. On exclut également ce qui s'adresse au grand public.

## Le codéveloppement

Décrit simplement, le codéveloppement est une activité de formation que les participants organisent et se dispensent entre eux. Il ne s'agit pas d'échanges plus ou moins formels entre collègues qui se croisent dans différents contextes. Il ne s'agit pas non plus du temps consacré à participer à des rencontres de discussions de cas ou encore portant sur les plans de services qui sont partie intégrante du travail qu'ont à faire les professionnels. Les organisateurs d'une activité de codéveloppement doivent par exemple se mettre d'accord sur un sujet pertinent, se distribuer les responsabilités, les rôles et les tâches, s'appuyer sur la littérature scientifique et professionnelle disponible, rédiger un plan de cours ou de formation détaillé, etc. Il doit y avoir un mouvement, un effort à faire pour se tourner vers des théories fondamentales, des concepts élaborés, des données documentées, des modèles

qui seront étudiés et appliqués systématiquement. Par ailleurs, les heures de préparation du matériel pédagogique ne peuvent être comptabilisées. Il ne sera pas possible non plus d'inscrire des heures en tant que formateur, puisqu'il ne s'agit pas d'une activité qui peut être soumise au processus formel de reconnaissance. Seul le temps réel de participation aux rencontres du groupe pourra être enregistré par les participants. Les personnes intéressées par le codéveloppement peuvent entrer en contact avec le conseiller à la formation continue, qui pourra donner des conseils notamment sur la manière de préparer cette activité.

## La prestation de formation (donner des cours)

En ce qui concerne la possibilité de comptabiliser des heures de prestation de formation, seuls les cours universitaires dont le sujet est pertinent, les activités reconnues par l'Ordre et les cours théoriques en psychothérapie donnant accès au permis de psychothérapeute peuvent être considérés. Ici également, on ne peut enregistrer que les heures de formation dispensées sur un sujet pertinent. C'est le portfolio qui calculera automatiquement le nombre d'heures pour la préparation du contenu selon la pondération prévue.

## \_LE PORTFOLIO DE FORMATION CONTINUE ESPACEPSY

Le portfolio EspacePsy<sup>11</sup> est en somme un formulaire informatisé permettant au membre ou au détenteur du permis de psychothérapeute de rendre compte des activités de formation continue dans lesquelles il s'est engagé depuis le 21 juin 2012<sup>12</sup>. Son utilisation se veut relativement simple, l'utilisateur étant par ailleurs guidé dans sa démarche par un tutoriel. EspacePsy permet aussi aux psychologues de consigner les activités de formation continue qui ne sont pas liées à l'exercice de la psychothérapie.

À défaut de procéder vous-même à l'inscription informatisée de vos données sur EspacePsy, vous devrez témoigner de votre engagement en formation continue par écrit et de manière détaillée à l'aide de formulaires papier, auquel cas des frais sont prévus, notamment pour couvrir l'entrée de données qu'il nous faudra faire conséquemment.


## \_LE MANDAT DE L'ORDRE ET LES VÉRIFICATIONS QUI EN DÉCOULENT

À la fin de la période de référence, soit le 20 juin 2017, les membres exerçant la psychothérapie et les détenteurs du permis de psychothérapeute devront avoir cumulé 90 heures de formation continue en psychothérapie. L'Ordre a le mandat de s'en assurer et, pour ce faire, il doit exercer une certaine surveillance et valider les portfolios. Nous sommes à nous pencher sur la méthode que nous utiliserons et les moyens

que nous prendrons pour nous acquitter de ce mandat. Nous nous sommes engagés dans un projet-pilote qui nous permettra d'avancer sur ces questions. Ce projet permettra également de voir dans quelle mesure les membres et les détenteurs du permis comprennent leurs obligations. Il est possible, dans ce cadre, que vous soyez interpellés afin que nous prenions connaissance des activités que vous avez inscrites au portfolio EspacePsy ainsi que des pièces justificatives afférentes. Nous compterons alors sur votre habituelle collaboration.

## \_Notes

- 1 La résolution se trouve dans le site de l'Ordre à l'adresse URL suivante : [www.ordrepsy.qc.ca/sn\\_uploads/fck/pdf/Binder1.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/Binder1.pdf).
- 2 Le catalogue se trouve dans le site de l'Ordre à l'adresse URL suivante : [www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/catalogue/index.sn](http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/catalogue/index.sn).
- 3 L'annexe I précise les critères d'admissibilité, les pièces justificatives devant être conservées et le nombre d'heures autorisées pour chaque catégorie d'activité.
- 4 Nous vous recommandons fortement de téléverser à votre portfolio ces pièces justificatives que vous aurez donc préalablement numérisées. À défaut de quoi, dans le cadre des vérifications que l'Ordre fera desdits portfolios, il vous sera demandé de nous en faire parvenir copie.
- 5 Le registre des activités passées se trouve dans le site à l'adresse URL suivante : [www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/catalogue/passes.sn](http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/catalogue/passes.sn).
- 6 Les chroniques en question se trouvent aux adresses URL suivantes : [www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy\\_Qc\\_Mai2012\\_ChroniquePP\\_Supervision\\_tenu\\_de\\_dossiers\\_et\\_responsabilite\\_professionnelle.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2012_ChroniquePP_Supervision_tenu_de_dossiers_et_responsabilite_professionnelle.pdf) et [www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy\\_Qc\\_Nov2012\\_ChroniquePP\\_Le\\_choix\\_du\\_superviseur.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Nov2012_ChroniquePP_Le_choix_du_superviseur.pdf).
- 7 Le formulaire d'attestation de supervision de psychothérapie se trouve à l'adresse URL suivante : [www.ordrepsy.qc.ca/sn\\_uploads/Annexe\\_III\\_Attestation\\_de\\_supervision\\_2014\\_09\\_11.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/Annexe_III_Attestation_de_supervision_2014_09_11.pdf).
- 8 Article 40 du code de déontologie des psychologues.
- 9 Ces publications sont généralement soumises à un processus de révision par les pairs.
- 10 Voir l'annexe I de la résolution pour la méthode de calcul.
- 11 Le portfolio EspacePsy est accessible dans le site de l'Ordre à l'adresse URL suivante : [espacepsy.ordrepsy.qc.ca](http://espacepsy.ordrepsy.qc.ca).
- 12 Notons que pour la période du 21 juin 2012 au 21 décembre 2012, on peut consigner jusqu'à 9 heures de formation continue pour la participation à une ou plusieurs activités qui n'étaient pas encore reconnues formellement durant cette période. Voir à cet effet la chronique du conseiller à la formation continue publiée en mai 2012 et accessible à l'adresse URL suivante : [www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy\\_Qc\\_Mai2012\\_ChroniqueFC\\_La\\_reconnaissance\\_des\\_activites\\_de\\_formation\\_continue\\_en\\_psychotherapie.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2012_ChroniqueFC_La_reconnaissance_des_activites_de_formation_continue_en_psychotherapie.pdf).


FORMATION CONTINUE EN  
HYPNOSE

### Formation intermédiaire en hypnose clinique et médicale

**20-21 MARS 2015 – MONTRÉAL**

**Intégration et utilisation de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie**

Cette formation, de niveau intermédiaire, permet de poursuivre l'apprentissage de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. On y propose un modèle intégratif, soulignant les nombreuses options d'utilisation et d'applications de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie.

N° de reconnaissance OPQ : RA00317-13 pour 15 heures

### Formation de base en hypnose clinique et médicale

**3-4 OCTOBRE ET 17-18 OCTOBRE 2015 – MONTRÉAL**

Cette formation initie les participants-es à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

Cette formation respecte les standards reconnus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) et de l'International Society of Hypnosis (ISH).

*Avec Michel Landry, psychologue et D<sup>r</sup> Claude Verreault, DMD*

N° de reconnaissance OPQ : RP00212-12 pour 30 heures

### Formation avancée en hypnose clinique et médicale

**24-25 AVRIL 2015 – QUÉBEC**

**La résolution d'un deuil par hypnose conversationnelle en psychothérapie**

Présentation d'un protocole de technique hypnotique pour la résolution de deuils.

N° de reconnaissance OPQ : RA01051-15 (14 heures)

Visitez notre site : [www.sqh.info](http://www.sqh.info)
Renseignements : 514 990-1205

# Avis d'élection au poste de président de l'Ordre et à six postes d'administrateurs

Mont-Royal, le 1<sup>er</sup> mars 2015

Par la présente, avis est donné que des élections auront lieu au poste de président de l'Ordre et à six (6) postes d'administrateurs<sup>1</sup> du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec au cours des mois d'avril et de mai 2015. Vous trouverez ci-dessous des renseignements sur les procédures d'élection et un bulletin de présentation aux postes mis en élection.

*Stéphane Beaulieu, secrétaire général*

**NOTE IMPORTANTE :** un nouveau Règlement sur les élections et sur la représentation régionale au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec est entré en vigueur au début de l'année 2014. Ce règlement remplace l'ancien Règlement sur les élections au Conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec et le Règlement divisant le territoire du Québec en régions aux fins des élections au Conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec.

Des changements importants ont été apportés à la division du territoire ainsi qu'au nombre d'administrateurs dans certaines régions, principalement afin d'assurer une représentation mieux adaptée à la démographie dans ces régions. Le nombre total d'administrateurs au conseil d'administration n'a toutefois pas changé. Voici le détail des changements que comporte ce nouveau règlement.

L'ancienne région Laurentides-Lanaudière est divisée afin de créer deux nouvelles régions électorales distinctes, soit la région des Laurentides et celle de Lanaudière. Ainsi, le nombre total de régions électorales augmente de neuf (9) à dix (10).

Deux (2) postes d'administrateurs sont ajoutés dans la région de la Montérégie, portant à trois (3) le nombre de postes dans cette région.

Comme mentionné précédemment, les changements apportés par le nouveau règlement ne changent pas le nombre total d'administrateurs au conseil d'administration, qui demeure à 24, en plus du président. Ainsi, l'ajout d'une région électorale et l'ajout de deux postes dans une autre sont compensés par la réduction du nombre d'administrateurs pour la région de Montréal, qui passe de dix (10) à sept (7).

## Dispositions transitoires

Les administrateurs élus avant l'entrée en vigueur du nouveau règlement continuent de représenter la région pour laquelle ils ont été élus jusqu'à l'expiration de leur mandat. Le règlement prévoit que les nouveaux postes d'administrateurs seront pourvus progressivement au cours des élections de 2014, 2015 et 2016.

## \_NOUVELLE DIVISION DU TERRITOIRE ET REPRÉSENTATIVITÉ

Le territoire de chacune des régions comprend le territoire d'une ou de plusieurs régions administratives apparaissant à l'annexe I du Décret concernant la révision des limites des régions administratives du Québec (chapitre D 11, r. 1), selon la délimitation suivante et représentées par le nombre suivant d'administrateurs :

	RÉGION ÉLECTORALE	RÉGION ADMINISTRATIVE	NOMBRE D'ADMINISTRATEURS
01	Bas-Saint-Laurent/ Gaspésie/Côte-Nord	01, 09 et 11	1
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	1
03	Québec/ Chaudière-Appalaches	03 et 12	3
04	Mauricie/ Centre-du-Québec	04 et 17	1
05	Estrie	05	1
06	Montérégie	16	3
07	Montréal	06 et 13	7
08	Laurentides	15	1
09	Outaouais/ Abitibi-Témiscamingue/ Nord-du-Québec	07, 08 et 10	1
10	Lanaudière	14	1

## \_POSTES MIS EN ÉLECTION EN 2015

RÉGION ET NOMBRE DE POSTES À POURVOIR	MANDATS SE TERMINANT EN 2015
Présidente	M <sup>me</sup> Rose-Marie Charest
Québec/Chaudière-Appalaches (1 poste sur 3)	M. Bernard Tailleux
Outaouais/Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec (1 poste sur 1)	M. Gilles Biron
Montréal (3 postes sur 7)	M <sup>me</sup> Christine Grou M <sup>me</sup> Stéphanie Léonard M <sup>me</sup> Catherine Mulcair M. Camilo Zacchia
Montérégie (1 poste sur 3)	Aucun (nouveau siège)

## \_RENSEIGNEMENTS

Le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec est composé du président et de vingt-quatre (24) administrateurs dont vingt (20) sont élus par les membres de l'Ordre et quatre (4) nommés par l'Office des professions du Québec, pour un total de vingt-cinq (25) personnes.

Le président et les administrateurs sont élus pour un mandat de trois ans. Ils se réunissent au moins une fois par trois mois, soit

1 Le masculin sera utilisé jusqu'à la fin de ce document afin d'alléger le texte.

minimalement quatre fois par année. Les membres du conseil d'administration désignent, lors d'un vote annuel, trois des administrateurs élus et un des représentants nommés par l'Office pour siéger au comité exécutif de l'Ordre. Le président de l'Ordre est membre d'office du comité exécutif. Ce comité tient, pour sa part, au moins une réunion toutes les six semaines.

## \_CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ DES CANDIDATS

Aux fins des présentes élections :

1. seuls peuvent être candidats les membres de l'Ordre qui sont inscrits au tableau et dont le droit d'exercer des activités professionnelles n'est pas limité ou suspendu au moins 45 jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin;
2. les candidats doivent avoir leur domicile professionnel dans la région qu'ils veulent représenter (pour les postes d'administrateurs seulement).

Extrait du Code des professions, article 60 :

*« Tout professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'Ordre dont il est membre le lieu où il exerce principalement sa profession, dans les 30 jours où il commence à exercer celle-ci ou, s'il ne l'exerce pas, le lieu de sa résidence ou de son travail principal; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les autres lieux où il exerce sa profession. [...] »*

N. B. En cas de doute relativement à leur région électorale, les candidats à l'élection sont invités à communiquer directement avec M<sup>me</sup> Shannel Lafamme au 514 738-1881 ou au 1 800 363-2644, poste 224, avant de soumettre leur candidature.

## \_BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

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

Le bulletin de présentation d'un candidat doit être signé par la personne mise en candidature. En outre, le bulletin de présentation au poste de président doit être signé par au moins cinq (5) membres de l'Ordre alors que le bulletin de présentation au poste d'administrateur dans une région donnée doit être signé par au moins cinq (5) psychologues ayant leur domicile professionnel dans cette région. En effet, en vertu de l'article 68 du Code des professions, seuls peuvent signer un bulletin de présentation d'un candidat à un poste d'administrateur, dans une région donnée, les psychologues ayant leur domicile professionnel dans cette région.

Selon l'article 17 du Règlement sur les élections et sur la représentation régionale au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, un membre ne peut signer plus de bulletins qu'il n'y a de postes d'administrateurs à pourvoir dans sa région. Toute signature apparaissant sur un nombre de bulletins plus élevés que le nombre de postes d'administrateurs à pourvoir sera donc rayée de tous les bulletins sur lesquels elle apparaît.

Tous les candidats ou candidates doivent, conformément aux dispositions de l'article 16 du Règlement sur les élections et sur la représentation régionale au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, faire parvenir au secrétariat de l'Ordre, en même temps que leur bulletin de présentation, un bref curriculum vitae contenant les renseignements suivants :

- > Nom
- > Prénom
- > Date de naissance
- > Date d'admission à l'Ordre
- > Candidat au poste de président du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec **ou** candidat au poste d'administrateur au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec pour la région (*indiquer le nom de la région électorale*).
- > Expérience antérieure dans la profession
- > Description des principales activités au sein de...
- > Buts

**Pour s'exprimer sur ces 3 derniers sujets, utiliser un maximum total de 60 lignes dans le cas d'une candidature à un poste d'administrateur et de 120 lignes pour une candidature à la présidence. Les candidats à la présidence peuvent joindre une photographie mesurant au plus 50 mm par 70 mm.**

**Le curriculum vitae d'un candidat doit être rédigé en respectant les exigences précitées, c'est-à-dire en reprenant chacune des rubriques individuelles et en respectant le nombre de lignes prescrit. Un curriculum vitae qui ne se conforme pas à ces exigences sera refusé, ce qui entraîne le rejet d'une candidature.**

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

En vertu de l'article 19 du Règlement sur les élections et sur la représentation régionale au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, si un groupe de candidats fait équipe dans une ou plusieurs régions, ou pour l'ensemble des postes, chacun de ces candidats doit en aviser le secrétaire au plus tard le **21 avril 2015 à 17 h**. Lorsqu'une équipe est formée selon l'article 19, le secrétaire joint à l'envoi postal contenant les bulletins de vote et les curriculum vitae des candidats une lettre circulaire informant les membres à cet effet.

Tous les documents pertinents à la mise en candidature, soit le bulletin de présentation, le curriculum vitae des candidats et, éventuellement, l'avis de composition d'une équipe **doivent parvenir au secrétariat général de l'Ordre des psychologues du Québec, 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5, au plus tard le 21 avril 2015 avant 17 h.**

**Note : les bulletins de présentation expédiés par télécopieur ne seront pas acceptés. Le dépôt d'un bulletin ou d'un curriculum vitae qui ne répond pas aux exigences du présent avis d'élection est jugé non valide, ce qui entraîne le rejet de la candidature.**





# PRÉSIDER L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES



Alors que s'amorce la période électorale pour le poste de président de l'Ordre des psychologues et pour certains postes d'administrateurs, nous vous présentons les grandes lignes d'une politique élaborée par le Conseil d'administration de l'Ordre, sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, qui décrit les attentes du conseil quant à la fonction de président. Cette politique vise à bien cerner le rôle du président ainsi que les principales responsabilités qui lui sont confiées afin d'informer les personnes qui aspirent occuper cette fonction des enjeux qui y sont reliés.

Le président est élu au suffrage universel des membres pour un mandat de trois ans et il exerce ses fonctions à temps plein. Il est le président du conseil d'administration chargé de l'administration générale des affaires de l'Ordre et de l'application des dispositions du Code des professions.

Les responsabilités qui incombent au président sont notamment :

- s'assurer du respect de la mission de protection du public de l'Ordre;
- voir à l'application des décisions et des orientations prises par le conseil d'administration;
- effectuer la surveillance générale des affaires de l'Ordre; présider les séances du conseil d'administration et du comité exécutif;
- agir comme porte-parole de l'Ordre;
- représenter les intérêts de l'Ordre auprès des autorités politiques et administratives du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des organismes provinciaux, nationaux et internationaux dont la mission est en lien avec la profession de psychologue;
- présider le comité de direction de l'Ordre en gérant de façon optimale les ressources humaines et financières.

Le président fait rapport de ses activités à chaque réunion du conseil d'administration et du comité exécutif et il fait rapport des activités de l'Ordre à l'assemblée générale des membres.

Cette politique est publiée intégralement dans le site web de l'Ordre. Consultez-la au [www.ordrepsy.qc.ca/politiquepresident](http://www.ordrepsy.qc.ca/politiquepresident).

## PSYCHOLOGUES POUR LA SAAQ

La Société de l'assurance automobile du Québec est actuellement à la recherche de **psychologues** qui, sur demande de la Société, émettront des avis professionnels dans le traitement des dossiers d'indemnisation des personnes accidentées de la route.

L'appel d'offres numéro **P22684** est disponible sur le système électronique d'appel d'offres du gouvernement du Québec

(SEAO) à l'adresse Internet [www.seao.ca](http://www.seao.ca), et ce, pour la période du **2 mars 2015 au 24 avril 2015, 15 h**.

Pour toute demande d'information, veuillez contacter **M. Kristopheur Marin** par courriel à [kristopheur.marin@saaq.gouv.qc.ca](mailto:kristopheur.marin@saaq.gouv.qc.ca) ou par téléphone au 418 528-3333, poste 85930.



### Les enjeux spécifiques à la pratique de la psychothérapie auprès des adolescents : Modes d'intervention dans un cadre psychodynamique

#### POUR QUI?

Cette formation s'adresse aux psychologues et aux psychothérapeutes d'orientation psychodynamique qui travaillent avec une clientèle adolescente ou qui souhaitent travailler avec cette clientèle. Au cœur de la formation : développer des techniques pour aménager le cadre thérapeutique à la clientèle adolescente et identifier les particularités de cette période développementale.

#### QUAND?

Vendredi le 29 mai 2015, de 9h à 16h (6 heures reconnues - RA00918-14)  
Date limite d'inscription le 8 mai 2015

#### COMBIEN?

Tarif régulier 225\$  
Tarif étudiant 150\$  
(Dîner inclus)

Pour plus d'information : <http://www.cpgouin.ca/formations/ados.php> | 514-331-5530 | [jallard@cp gouin.ca](mailto:jallard@cp gouin.ca)  
Pour l'inscription, téléchargez le formulaire (<http://www.cpgouin.ca/formations/formulairecontinuee.pdf>) et envoyez-le au 39 boul. Gouin O.

# Déontologie

## Intérêt ou désir?



Denis Houde / Psychologue  
Conseiller à la déontologie  
dhoude@ordrepsy.qc.ca

Une cliente téléphone au bureau du syndic afin de se renseigner pour savoir si ses enfants, âgés de moins de 14 ans, peuvent consulter sa psychologue, en qui elle a grandement confiance. Elle explique que cette psychologue serait la seule qui pourrait vraiment comprendre ses enfants, puisque dans l'ensemble des psychothérapeutes et des intervenants qu'elle a rencontrés, c'est la seule de laquelle elle s'est vraiment sentie comprise. Elle précise qu'elle a rencontré la psychologue pendant un an et que les motifs de consultation étaient la séparation d'avec le père de ses enfants et le difficile processus d'instauration de la garde partagée. La dernière rencontre aurait eu lieu il y a environ huit mois. Elle termine en disant que c'est la psychologue qui lui a suggéré d'appeler afin de savoir si ce scénario était possible. Malgré que ce ne soit pas là son souhait, elle se dit même prête à renoncer à la psychothérapie avec sa psychologue afin de permettre à ses deux enfants, de bénéficier, à leur tour, de ses services professionnels.

### \_LE DÉSIR DE LA CLIENTE

La cliente semble apprécier sa psychologue avec sincérité et admiration. Comme elle estime avoir reçu d'excellents services, elle voudrait que ses enfants reçoivent la même qualité de services. Le désir d'aider ses enfants semble fort. Ce désir l'amènerait même à se priver personnellement de la possibilité de retourner en psychothérapie avec cette psychologue.

Plusieurs aspects sont à considérer dans la présente requête de services professionnels. Pour bien saisir les enjeux de la demande de cette cliente, la psychologue pourrait se poser les questions suivantes : en acceptant cette demande, la psychologue donnerait-elle la priorité à ses propres intérêts plutôt qu'à ceux de sa cliente? La cliente donnerait-elle la priorité aux intérêts de sa psychologue plutôt qu'aux siens? Est-il possible que cette cliente retourne en psychothérapie? Comment ferait la psychologue pour départager les trois rôles qu'elle aurait, soit psychologue de cette cliente, psychologue de la mère et psychologue des enfants? Le père est-il au courant de la situation? Qu'en pense-t-il? Consentirait-il à ce que cette situation se produise? Le piège du conflit d'intérêts et de la confusion de rôles est bien réel pour la psychologue.

### \_L'INTÉRÊT DE LA CLIENTE

Le désir de la cliente est louable. Cependant, la psychologue a l'obligation de prioriser l'intérêt de celle qui est déjà sa cliente plutôt que ses propres intérêts et ceux de tiers, en l'occurrence les enfants.

La relation professionnelle entre la cliente et la psychologue n'étant pas terminée, notamment en raison de l'admiration qui perdure, la psychologue doit permettre à sa cliente de revenir la consulter. Il serait donc dérogatoire pour la psychologue de traiter les enfants en vertu de l'article 24 du code de déontologie.

De plus, il est critiquable que la psychologue ait demandé à sa cliente de téléphoner au bureau du syndic afin de connaître les balises déontologiques qui encadrent cette situation plutôt que de s'en enquêter elle-même.

### \_L'INTÉRÊT ET LE DÉSIR DE LA PSYCHOLOGUE

Ici, l'intérêt personnel de la psychologue serait d'accepter deux nouveaux clients. Son désir serait d'aider cette mère de famille. Cependant, si elle acceptait la proposition de sa cliente, elle n'aurait plus la possibilité d'accueillir les enfants avec toute l'objectivité, toute l'indépendance et toute la modération nécessaires afin de leur offrir des services de qualité. Il serait alors difficile pour la psychologue de prétendre qu'elle a favorisé les intérêts de sa cliente en vertu de l'article 23 du code de déontologie.

### \_LES MEILLEURS SERVICES POSSIBLES

Dans les circonstances, la meilleure pratique professionnelle serait de référer les enfants à des collègues tout en prenant soin de faire comprendre à sa cliente les enjeux déontologiques liés à la situation. Le tout devrait se faire en préservant un climat de confiance, malgré le fait que la psychothérapie avec la cliente ait cessé depuis huit mois.

De plus, il pourrait être professionnellement pertinent pour la psychologue de vérifier, auprès de la cliente, si la demande de traitement pour ses enfants ne dissimule pas des besoins thérapeutiques pour elle-même. Dans ce contexte, si la psychologue sent un malaise, la supervision serait un bon forum pour l'aider à mieux aider cette mère.

*23 Le psychologue subordonne son intérêt personnel ou, le cas échéant, celui de son employeur ou de ses collègues de travail à l'intérêt de ses clients.*

*24 Le psychologue évite, sauf urgence, de rendre des services professionnels à des personnes avec qui il entretient une relation susceptible de mettre en cause le caractère professionnel de sa relation ainsi que la qualité de ses services professionnels.*

### \_Bibliographie

Code de déontologie des psychologues. C-26, r. 148.1.001. Ordre des psychologues du Québec. Éditeur officiel du Québec. Les Publications du Québec.

# Portrait Camil Bouchard, un psychologue à la recherche du bien commun

Si vous lui donnez le micro, ne comptez pas trop sur Camil Bouchard pour tenir un discours convenu. Le 4 novembre 2014, dans le cadre de la cérémonie de remise des Prix du Québec, celui qu'on a présenté comme un entrepreneur social et un mobilisateur ne s'est pas contenté de dire merci. Le père du rapport *Un Québec fou de ses enfants* a saisi l'occasion pour s'adresser à ses trois petits-enfants : « Votre grand-papa a travaillé très fort à définir l'innovation sociale. Ce n'est pas simple, mais ça lui permet aujourd'hui de vous dire que transformer le Québec en station-service pour des fins d'exportation de pétrole des sables bitumineux n'est pas vraiment une innovation sociale. C'est plutôt une agression sociale et environnementale. Une agression contre vous. Et votre grand-papa s'y opposera de toutes ses forces. » Rencontre avec un psychologue qui voulait changer le monde. Et qui a réussi.

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

Camil Bouchard a grandi à La Tuque, dans un environnement qu'il qualifie de *bienveillant*, un mot qui truffe d'ailleurs ses paroles et ses écrits. « Cela veut dire veiller sur autrui avec bonté, avec générosité. » Spécialiste en maltraitance, il voit dans cette vertu une condition primordiale du développement des enfants. Mais démontrer de la bienveillance demande des ressources personnelles, sociales et matérielles. « On oublie que des parents n'ont eu ni l'information ni les modèles pour apprendre quoi faire. »

Lui qui fut professeur et chercheur à l'UQAM, membre de groupes d'étude pour le gouvernement et député, prend publiquement position chaque fois que c'est possible. Depuis quatre ans, il occupe régulièrement la chaise de l'édition à *Bazzo.TV* où, comme on peut le lire sur le site de Télé-Québec, il « partage son amour du monde, son regard inclusif et sa foi dans l'avenir du Québec ».

## \_COMMUNICATEUR NÉ

« J'ai eu ce besoin très tôt. J'ai été animateur de radio à 18 ans. À la même époque, j'avais ouvert une boîte à chanson où je faisais mon tour de chant », raconte Camil Bouchard, qui ne renie pas son petit côté *show-business*. « J'aime communiquer. C'est chaque fois un défi d'encapsuler une analyse dans un temps très court et de la livrer avec le plus de chaleur et de rigueur possible. »

À *Bazzo.TV*, le 8 janvier dernier, il a dû commenter à chaud l'attentat à *Charlie Hebdo*. « L'idée de partager des connaissances m'intéresse, dit-il. Il y a aussi une espèce de vanité dans cette présomption que tu peux, par la parole, changer les choses, mais je pense que si tu répètes assez souvent, tu peux en venir à imprégner les gens d'une certaine façon de penser. »

## \_SE CONSTRUIRE

« Pourquoi la psycho? Parce que j'aimais les filles et que je détestais la chimie », lance un Camil Bouchard rieur. À la fin de son cours classique au Séminaire Saint-Joseph, résistant aux suggestions peu subtiles des ecclésiastiques – un conseiller d'orientation, flairant son ambition, lui avait demandé s'il n'aimerait pas un jour se faire appeler cardinal! – Camil Bouchard a plutôt misé sur son intuition. « Et j'avais candidement adoré un livre de Pierre Daco intitulé *Les prodigieuses victoires de la psychologie moderne* », avoue-t-il en souriant.

À l'Université Laval, il amorce ses études entouré de prestigieuses figures de la psychologie. « Ce n'était pas ce à quoi je m'attendais, c'était mieux! » Certains professeurs lui font une forte impression, dont Gérald Noelling, un spécialiste du développement de l'enfant que Camil Bouchard définit comme un constructiviste extraordinaire. Cette façon d'envisager un sujet qui se *construit* dans son interaction dynamique avec son environnement deviendra une des théories fondatrices de l'entrepreneur social qu'il est devenu. « Ernest Poser disait : "Si tu veux améliorer le sort d'un individu et ses capacités de changer de comportement, change son environnement." »

Justement, après la maîtrise, Camil Bouchard change d'environnement et s'inscrit à McGill en psychologie clinique expérimentale. Quatre années de dur labeur, confie-t-il. En 1974, doctorat en poche, il choisit l'UQAM parmi cinq offres d'emploi pour rejoindre son ami Gérard Malcuit, un « béhavioriste radical ».

## \_L'ÉCOLOGIE SOCIALE : FAIRE FLEURIR LE POTENTIEL HUMAIN

Cofondateur de la section communautaire du Département de psychologie de l'UQAM et associé à un courant dit de l'écologie du développement humain, Camil Bouchard s'est abreuvé en début de carrière à de nombreuses sources, y compris aux analyses sociophiles des Behaviorists for Social Action. « L'une des questions qu'ils soulevaient était : "Qui est l'ingénieur de la boîte de Skinner dans la société?" Autrement dit, qu'est-ce qui nous gouverne? Qu'est-ce qui fait qu'on adopte tel ou tel comportement du point de vue économique, politique, social, culturel, etc. »

Skinner lui-même, rappelle le psychologue, avait tenté de répondre à la question dans un roman publié en 1948 et intitulé *Walden 2*, qui mettait en scène une communauté où la punition n'existait pas. « Un ingénieur social régnait sur eux, explique Camil Bouchard. La solution de Skinner était que nous avions besoin d'un dictateur bienveillant. Il n'adhérait pas à une conception de la liberté et de la dignité qui renvoie toujours à la responsabilité individuelle. »

## \_LA NÉGLIGENCE ENVERS LES ENFANTS

Au début des années 1980, peu après l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse, Camil Bouchard est invité à animer un séminaire sur le parentage auprès d'intervenants sociaux.

« Il y avait un parti pris pour ramener l'enfant dans son milieu familial. Beaucoup de responsabilités étaient mises sur les intervenants à l'effet d'intervenir auprès des parents. » Ce qui devait être une formation d'un semestre a tourné court.

« C'était mission impossible », dit le psychologue qui, écoutant les témoignages, a réalisé que les principes enseignés supposaient la présence d'environnements appropriés pour l'exercice du rôle parental, ce qui, à l'évidence, n'était pas le cas dans ces familles. À partir de ce moment, le chercheur s'emploie à découvrir les conditions optimales du parentage.

## \_UN QUÉBEC FOU DE SES ENFANTS

En 1991, à la demande du ministre Marc-Yvan Côté, Camil Bouchard préside le Groupe de travail sur les jeunes. Intitulé *Un Québec fou de ses enfants*, son rapport « a marqué le cours des politiques sociales et a contribué à faire du Québec l'un des États les plus progressistes au monde en matière de politiques pour les familles<sup>1</sup> ». Le titre évoque un idéal cher au D<sup>r</sup> Bouchard : l'importance que chaque enfant puisse compter quotidiennement sur au moins une personne qui se montrera folle de lui. Le rapport suggérait entre autres l'instauration de la prestation automatique des pensions alimentaires, une mesure finalement introduite en 1995. « En 1991, 26 % des femmes touchaient leur pension alimentaire. Maintenant, c'est 92 % », souligne le D<sup>r</sup> Bouchard.

Mais la recommandation que l'histoire a surtout retenue est celle de la mise en place d'un programme national de stimulation infantile de 2 à 4 ans. « On ébranlait une croyance tenace voulant que les enfants commencent à apprendre en arrivant à l'école », dit le chercheur qui, les années suivantes, observe l'idée faire son chemin. « La politique familiale était le thème central de la campagne de 1998. Je pense que c'est Pauline Marois qui avait réussi à convaincre Lucien Bouchard qu'en offrant le service seulement aux familles bénéficiaires de l'aide sociale on créerait un trop grand écart avec celles à faible revenu. L'idée a donc été d'implanter un programme universel qui réglerait du coup le problème de la conciliation famille/travail. » Ainsi naissaient les centres de la petite enfance (CPE).



Camil Bouchard, psychologue, a reçu le Prix Marie-Andrée-Bertrand dans le domaine de l'innovation sociale

## \_UN IMPACT MAJEUR

Parmi les groupes à risque, le rapport du D<sup>r</sup> Bouchard ciblait les familles monoparentales féminines. « L'instauration des CPE a permis aux mères de retourner à l'école ou en formation, ce qui a provoqué une cassure dans la courbe de pauvreté de ce groupe. Au départ, environ 40 % des familles monoparentales avec enfants de moins de 5 ans étaient inscrites à l'aide sociale et nous sommes aujourd'hui à 12 %. » Dans tout le Canada, ce renversement de tendances très lourdes n'a eu lieu qu'au Québec, prend-il soin de préciser.

Avec le recul, Camil Bouchard mesure le chemin parcouru... et à parcourir. « C'est magnifique, mais en même temps, les discours ambiants de certains leaders politiques qui prétendent que ça coûte cher, qu'on paie trop de taxes et d'impôts, passent sous silence ce que ces programmes rapportent et, d'un autre côté, le discours des groupes communautaires laisse entendre que ça n'a pas bougé, la pauvreté. La conclusion à laquelle on doit venir est que nous avons amélioré le sort des familles monoparentales et des familles biparentales dont les enfants ont de 0 à 5 ans. »

## \_DES LUTTES À REFAIRE

Tant dans la population qu'au gouvernement, l'idée que l'éducation des tout-petits est une nécessité absolue n'est pas encore vendue, selon le psychologue. Il profite de chaque tribune pour rappeler que la fonction première des CPE est le développement des jeunes enfants, et non la conciliation travail/famille. « Dès qu'on relâche la pression, il y a une tendance à revenir au concept de *garde d'enfant* en fonction des besoins du marché du travail », déplore-t-il.

Le chercheur témoignera sous peu dans le cadre des auditions entourant le projet de loi n° 28 sur la modulation des frais de garde. « La nouvelle approche est de transformer le réseau des services de garde éducatifs en machine à sous. On s'en va dans la voie de l'utilisateur-payeur sans trop se soucier des impacts. »



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](http://www.institut-victoria.ca)

## PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

Responsable de la formation : Monique Besette, Ph. D.

### ► NOUVELLE FORMATION

- **Troubles de la personnalité : atelier d'intégration des outils d'intervention**

**Montréal** 180 \$ (taxes incluses)  
12 mai 2015

### ► FORMATIONS 2015-2016

- **Troubles de la personnalité : introduction à l'intervention (nouveau format 2 jours)**

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
Groupe C les 21 et 22 mai 2015

- **Réadaptation physique et troubles de la personnalité : impacts sur les interventions**

**Montréal** 345 \$ (taxes incluses)  
28 et 29 janvier 2016

- **La régulation émotionnelle du thérapeute avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité**

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 7 et 8 mai 2015

- **Troubles de la personnalité : intervention de crise et gestion du risque suicidaire**

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 4 et 5 juin 2015

- **Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré**

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 16 et 17 avril 2015

Nos formations sont reconnues par l'Ordre des Psychologues du Québec pour les crédits de formation continue en psychothérapie

## \_À QUELQUES BANQUETTES DU POUVOIR

Recruté par Pauline Marois et le Parti québécois lors de l'élection générale de 2003, le psychologue a été élu trois fois dans la circonscription de Vachon. Son envie de faire du Québec un pays est à la base de son engagement. « Je ne crois pas que ça arrivera de mon vivant, mais il ne faut pas arrêter d'y penser et avoir l'objectif de se doter d'une capacité de changer son monde, d'avoir une influence. Quand on a cette visée, cet idéal, on est selon moi dans le développement, on est dans notre moteur. »

Ce qu'il a apprécié de son passage en politique, c'est d'avoir été en contact avec la complexité. « On m'a confié tellement de dossiers différents – famille, premières nations, éducation, aide sociale, immigration – et c'est moi qui le demandais, car je trouve un attrait à me mesurer à des univers nouveaux qui conduisent à mieux cerner les dimensions qui affectent le bien-être des individus. » Pourtant, un an à peine après sa réélection en 2008, il lance la serviette, usé par des années d'opposition. Annonçant sa démission, il avait affirmé : « J'aurai sans doute contribué à changer le monde davantage comme chercheur que comme politicien<sup>2</sup>. » « Je le pense encore », admet-il.

## \_PSYCHOLOGIE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL

Lorsqu'on lui fait remarquer que les psychologues engagés en politique ne sont pas légion, Camil Bouchard a cette réflexion : « Les psychologues choisissent souvent ce métier-là parce qu'ils s'intéressent à l'individu, pour soulager leur souffrance, les aider à grandir, pas nécessairement parce qu'ils s'intéressent à la société. » Du moins, explique-t-il, ce n'est pas le premier réflexe des cliniciens de considérer l'environnement dans lequel les patients vivent.

Selon lui, il serait intéressant de doter la profession d'un moyen d'analyse plus global des phénomènes qui affectent les patients. « On pourrait identifier des types de souffrances récurrents dans les cabinets de psychologues et, comme groupe, faire certaines affirmations sur les causes possibles qui seraient inhérentes à notre environnement social, politique et économique. Bref, prendre position sur des enjeux de société. Il arrive qu'on le fasse, mais ce n'est pas systématique. Je pense qu'on est rendus là,

mais la population ne nous reconnaît pas encore ce rôle et ne voit pas encore les services psychologiques comme des services de santé. Selon moi, le fait qu'ils ne soient pas couverts par l'assurance maladie y est pour quelque chose. »

## \_PEINTRE D'ÉTÉ

Retraité de l'UQAM depuis 2010, Camil Bouchard demeure très impliqué. Il y a deux ans, il a créé un groupe de bénévoles sur la question des mauvais traitements envers les enfants. Les réseaux sociaux ont aussi pris une place dans sa vie. « Trop de place! » se plaint-il. Il veut mieux gérer son temps à l'écran. « Pendant que je fais ça, je ne peins pas. » Car le Dr Bouchard s'adonne avec plaisir à la peinture, puisant son inspiration dans l'actualité ou simplement dans l'air du temps de Charlevoix, où il a son atelier. Il y passe ses étés, à peindre, mais aussi à faire du kayak.

La vie marine le passionne, de même que les bélugas, qui lui ont offert une métaphore qu'il racontait à ses étudiants pour illustrer comment l'environnement a un effet sur la capacité parentale : « Les mamans bélugas sont de bonnes mères qui allaitent leurs bébés, mais comme elles sont empoisonnées par les sédiments toxiques, elles tuent leurs premiers-nés en les nourrissant de lait contaminé. »

Camil Bouchard s'autoproclame grand-papa « gaga » sur son compte Twitter. Il aime voir se reproduire les conduites de ses enfants chez ses petits-enfants. « C'est de la générativité, dit-il. Je pense que les zones d'influence auxquelles nos enfants peuvent s'alimenter sont multiples. Les parents sont de moins en moins importants au fur et à mesure que les enfants vieillissent, mais il y a quelque chose qui reste, qui s'est sédimenté. On espère toujours que les sédiments ne soient pas toxiques comme c'est malheureusement le cas pour les bélugas. »

## \_Notes

- 1 Extrait d'une page de présentation des lauréats des Prix du Québec 2014 : [www.prixduquebec.gouv.qc.ca](http://www.prixduquebec.gouv.qc.ca). (Page consultée le 19 janvier 2015.)
- 2 Tommy Chouinard, « Camil Bouchard quitte la politique », *La Presse*, Montréal, 14 décembre 2009 [[www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/200912/14/01-930867-camil-bouchard-quitte-la-politique.php](http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/200912/14/01-930867-camil-bouchard-quitte-la-politique.php)]. (Page consultée le 21 janvier 2015.)

## NEUROPSYCHOLOGUE

Nous sommes actuellement en recrutement

Les remplacements offerts sont auprès de la clientèle adulte (psychiatrie et neurologie) et pour celle en pédopsychiatrie. Le rôle du neuropsychologue est de procéder à des évaluations, afin de contribuer au diagnostic différentiel et de formuler des recommandations en vue de la prise en charge. Le travail s'effectue en interdisciplinarité, et avec le support des autres neuropsychologues.

Le nombre de jours par semaine est flexible, et la durée des remplacements est indéterminée.

Le port d'attache se situe à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

## DEPÔT DE CANDIDATURE

Avant le vendredi 27 mars 2015

[www.csssalphonsedesjardins.ca/carrieres](http://www.csssalphonsedesjardins.ca/carrieres)

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter Mme Genevieve Primeau, Coordonnatrice du Service de psychologie de l'Hôtel-Dieu de Lévis du CSSS Alphonse-Desjardins, au 418 835-7121, poste 3875

Centre de santé et de services sociaux  
Alphonse-Desjardins  
Centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Lévis



## Offre de formations 2015

Formations  Porte-Voix

Votre partenaire en formation continue  
[www.porte-voix.qc.ca](http://www.porte-voix.qc.ca)

Toutes ces formations sont accréditées par l'OPQ

### Dernière chance...



**D<sup>r</sup> Jean Cottraux, M.D, Ph.D., psychiatre**

La thérapie cognitive des troubles de la personnalité : schémas et scénarios de vie

Mtl : 16-17 mars 2015 • Qc : 12-13 mars 2015



**D<sup>r</sup> Charles Morin et D<sup>re</sup> Lynda Bélanger, psychologues**

Thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie

Qc : 27 mars 2015



### Printemps 2015



L'accompagnement des personnes souffrant de deuil traumatique - Niveau 1-Base

Mtl : 23-24 avril 2015

**D<sup>re</sup> Pascale Brillon, psychologue**



Intervention de crise auprès des personnes suicidaires présentant des troubles de santé mentale (volets 1 et 2)

Mtl : 14-15 mai 2015 • Qc : 16-17 avril 2015

**D<sup>re</sup> Monique Séguin, psychologue**



Initiation à l'intervention et au traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité

Mtl : 4-5 juin 2015 • Qc : 7-8 mai 2015

**D<sup>r</sup> Sébastien Bouchard, psychologue**



Les troubles du comportement chez les enfants et les adolescents : état des connaissances, évaluation et intervention

Mtl : 14-15 mai 2015 • Qc : 11-12 juin 2015

**D<sup>re</sup> Nadia Desbiens, Ph. D. (psychopédagogie) et M.A. (psychologie)**



La supervision clinique de psychothérapies

Mtl : 24 avril 2015 • Qc : 22 mai 2015

**André Renaud, psychologue et psychanalyste**





## Visionnez ces formations en direct de Québec via webconférence!

Découvrez les nombreux avantages de suivre une formation de qualité dans le confort de votre environnement de travail ou de votre maison en direct! Ces formations sont offertes aux organismes ainsi qu'aux individus. Vous pourrez vous brancher et visionner la formation sur votre ordinateur, tablette (Mac ou Android) ou sur grand écran dans votre milieu de travail avec vos collègues.



**Dr Jean Cottraux, M.D. Ph.D., psychiatre**  
La thérapie cognitive des troubles de la personnalité : schémas et scénarios de vie  
12-13 mars 2015



Deux formations par : **Dr Sébastien Bouchard, psychologue**  
Initiation à l'intervention et au traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité  
7-8 mai 2015



**Dr Charles Morin, psychologue et Dr Lynda Bélanger, psychologues**  
Thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie  
27 mars 2015



Intervenir auprès de personnes présentant un trouble de la personnalité : éclairage des théories de l'attachement, aspects développementaux et implications cliniques  
26 novembre 2015



**Dr Monique Séguin, psychologue**  
Intervention de crise auprès des personnes suicidaires présentant des troubles de santé mentale (volets 1 et 2)  
16-17 avril 2015



**Dr Suzanne Léveillé, psychologue**  
Violence dans la famille et troubles de santé mentale : évaluation du risque d'homicide, enjeux cliniques et psychothérapeutiques  
12-13 novembre 2015



**Dr Amélie Seidah, psychologue**  
Le traitement cognitif comportemental du trouble d'anxiété généralisée (TAG)  
27 novembre 2015

### Automne 2015



L'accompagnement des victimes souffrant de stress post-traumatique - Niveau 1 - Base\*  
Mtl : 15-16 octobre 2015 • Qc : 4-5 novembre 2015

**Dr Pascale Brillon, psychologue**



Le narcissisme normal et pathologique  
Mtl : 19-20 novembre 2015 • Qc : 22-23 octobre 2015

**André Renaud, psychologue et psychanalyste**



Intervenir auprès de personnes présentant un trouble de la personnalité : éclairage des théories de l'attachement, aspects développementaux et implications cliniques\*  
Mtl : 9 décembre 2015 • Qc : 26 novembre 2015

**Dr Sébastien Bouchard, psychologue**



Le traitement cognitif comportemental du trouble d'anxiété généralisée (TAG)\*  
Mtl : 16 octobre 2015 • Qc : 27 novembre 2015

**Dr Amélie Seidah, psychologue**



Violence dans la famille et troubles de santé mentale : évaluation du risque d'homicide, enjeux cliniques et psychothérapeutiques  
Mtl : 10-11 décembre 2015 • Qc : 12-13 novembre 2015

**Dr Suzanne Léveillé, psychologue**



\* Formation en processus d'accréditation

# Des outils pour aider les personnes atteintes de TDA/H

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental qui se caractérise par la présence de comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Le DSM-5 identifie trois formes de TDA/H : la forme inattentive lorsque l'inattention domine, la forme hyperactive-impulsive lorsque l'agitation motrice et l'impulsivité dominant et la forme mixte lorsque tous les symptômes sont présents (APA, 2013). Les premières manifestations du TDA/H apparaissent généralement pendant l'enfance et se poursuivent à l'adolescence et à l'âge adulte, entraînant d'importantes difficultés d'adaptation tout au long de la vie. En effet, plusieurs personnes qui ont un TDA/H rencontrent un jour ou l'autre des embûches à leur réussite scolaire ou professionnelle. De plus, plusieurs études ont clairement mis en évidence le fait qu'elles peuvent avoir des difficultés marquées dans leurs interactions avec les autres. Dès l'enfance, les jeunes qui ont un TDA/H subissent plus de rejets, sont moins appréciés par les enseignants et les éducateurs, mais aussi par les membres de leur famille. À l'adolescence et à l'âge adulte, les difficultés interpersonnelles persistent et nuisent aux relations amoureuses et aux relations professionnelles, ce qui occasionne plus de séparations, de divorces et de pertes d'emplois.

Au-delà de l'évaluation et de l'identification du TDA/H, les psychologues sont de plus en plus sollicités pour intervenir auprès des personnes qui ont un TDA/H. Dans le présent dossier, des psychologues soucieux de faire avancer les connaissances entourant notre compréhension du TDA/H et soucieux de développer des interventions efficaces partagent avec nous leur savoir et leur savoir-faire. Dans le premier article, le TDA/H est abordé comme étant une force à rééduquer. Bien que l'auteure tienne compte des déficits et des défis qu'ont à surmonter les personnes qui ont un TDA/H, son intervention est innovatrice en ce sens qu'elle valorise les forces qui sont trop peu souvent exploitées chez ces personnes. Dans le second article, l'auteur fait état des nouvelles connaissances entourant les difficultés de sommeil que peuvent vivre certains enfants qui ont un TDA/H, puisque ces problèmes de sommeil nuisent à leur fonctionnement quotidien. L'auteur propose des pistes d'intervention pour les problèmes de sommeil les plus souvent rencontrés. Dans le troisième article, les auteurs abordent la question de l'adolescence, cette période cruciale où le jeune cherche son identité, son autonomie et pendant laquelle les relations sociales prennent une importance inégalée. Les enjeux et les défis spécifiques aux adolescents avec un TDA/H seront abordés afin d'optimiser les interventions. Par ailleurs, l'école est un milieu de vie où les jeunes qui ont un TDA/H éprouvent souvent des difficultés à fonctionner selon les attentes des enseignants et des éducateurs, car ils ont des difficultés d'apprentissage, ils imposent leur présence en classe et dérangent les autres élèves. Le quatrième article présente les meilleures pratiques dans le contexte scolaire. Enfin, à l'âge adulte, les défis sont tout aussi importants, car les exigences ont tendance à augmenter (formation collégiale ou universitaire, conciliation travail-famille, marché du travail, etc.). Les adultes avec un TDA/H peinent souvent à organiser leur quotidien, ce qui les incite à consulter. Le cinquième article expose comment les outils technologiques peuvent être utilisés pour pallier certains déficits cognitifs des personnes qui ont un TDA/H et ainsi mieux les aider à accomplir leurs tâches quotidiennes.



Marie-Claude Guay / Psychologue

M<sup>me</sup> Guay est neuropsychologue, membre du conseil d'administration de l'Ordre et professeure-chercheure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Ses principaux intérêts de recherche portent sur l'évaluation des troubles et l'intervention auprès de jeunes qui présentent des difficultés d'adaptation et d'apprentissage. M<sup>me</sup> Guay est la psychologue experte invitée au comité de rédaction pour ce dossier sur le TDA/H.



D<sup>re</sup> Diane Dulude / Psychologue

La D<sup>re</sup> Dulude est psychologue en bureau privé et elle est l'auteure du livre *Le TDA/H, une force à rééquilibrer*.

## Le TDA/H, une force à rééquilibrer dans l'intervention chez l'enfant

Le TDA/H, caractérisé par l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité, affecte de 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire et a plusieurs effets négatifs sur leur vie. Cette condition est essentiellement abordée sous l'angle d'un handicap à compenser. Or la recherche permet aujourd'hui d'entrevoir le TDA/H comme une force à rééquilibrer. Elle suggère même qu'il est essentiel de changer sa façon d'aborder le TDA/H dans l'espoir d'y remédier. Les individus affectés du TDA/H ont des frontières interpersonnelles très souples, ce qui les rend vulnérables à la décentration, mais leur permet aussi de percevoir les atmosphères, de jouir d'un processus de pensée très rapide (la pensée par images, cinq à sept fois plus rapide que la pensée linéaire verbale), de réfléchir « en dehors du cadre » et de porter facilement un regard créatif sur ce qui les entoure, toutes des forces qu'il convient d'exploiter. L'objectif de cet article est de présenter une nouvelle façon de penser le TDA/H issue de notre vaste expérience auprès de cette clientèle et des plus récents développements de la recherche scientifique en neuroscience, en psychologie de la résilience, en santé et en psychologie des systèmes. Nous aborderons les implications de cette nouvelle perspective sur l'intervention psychothérapeutique chez l'enfant.

### \_\_APPROCHE CONVENTIONNELLE : BREF RAPPEL

L'approche conventionnelle conçoit le TDA/H comme une condition génétique d'ordre neurochimique. De ce fait, les traitements s'articulent sur deux axes, soit pharmacologique et comportemental. Ils permettent de pallier le déficit, mais non d'y remédier<sup>9</sup>.

### \_\_ÉTAT ACTUEL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

La recherche en neurosciences a connu des avancées substantielles en ce qui concerne la neuroplasticité du cerveau<sup>1,9</sup>. Ceci entraîne un changement dans la façon d'envisager le TDA/H. On le considère aujourd'hui comme une condition neurodéveloppementale<sup>9</sup>. Il y aurait une contribution physique, mais également environnementale dans l'évolution du trouble<sup>7,8</sup>. Différents facteurs liés à la situation familiale ont déjà été identifiés comme influençant l'évolution dite naturelle du trouble<sup>6,7,8</sup>. Par ailleurs, le Dr Meany<sup>13</sup> suggère l'influence de l'environnement social sur l'expression même des gènes et sur le développement des réseaux neuronaux. Les études en neurosciences indiquent que les régions frontales du cerveau – celles impliquées dans le TDA/H – sont celles où la plasticité se prolonge le plus longtemps<sup>15</sup>. Alors que par le passé on pensait que la maturation du cerveau était globalement terminée à la fin des études élémentaires, soit vers 11 ans, on sait aujourd'hui que le cerveau est en réorganisation majeure entre 12 et 25 ans<sup>2</sup>. Une importante étude (MTA) sur

l'effet à court, moyen et long terme de plusieurs traitements du TDA/H a d'ailleurs permis de constater que seulement 30 % des enfants qui satisfaisaient initialement aux critères diagnostiques du TDA/H satisfaisaient toujours à ces critères à l'adolescence, soit 8 ans après le début de l'étude<sup>14</sup>. On ne pouvait plus parler de trouble pour 70 % des adolescents auxquels on avait initialement diagnostiqué un TDA/H. Même si ces jeunes n'avaient pas encore atteint le fonctionnement régulier du groupe contrôle, ils ne pouvaient également plus porter le diagnostic de TDA/H. Une évolution positive, tout de même! On sait maintenant que l'organisation neuronale serait modulée en fonction des expériences relationnelles et affectives<sup>12,15</sup>. Pour favoriser la résilience, on aurait à cibler trois facteurs : le concept de soi, le sentiment de pouvoir personnel et le sentiment de contrôle personnel<sup>5</sup>. Enfin, la recherche en neuroéducation constate que certains types d'intervention pour différents défis à l'apprentissage, dont le TDA/H, mènent à une réorganisation cérébrale, alors que d'autres types d'encadrements entraînent la sollicitation d'aires de compensation (imagerie cérébrale à l'appui)<sup>11</sup>. Ces recherches sèment un vent d'espoir. Quelles conditions pourrait-on mettre en place pour aider l'enfant à mobiliser ses ressources naturelles et peut-être à surmonter son TDA/H?

## \_OBSERVATIONS CLINIQUES ENFANTS TDA/H : LE CÔTÉ POSITIF ET SES REVERS

### Sensibilité

Les individus affectés d'un TDA/H sont dotés d'une grande sensibilité. Leurs émotions et leur sensibilité à celles d'autrui jouent un rôle central dans leur façon d'aborder le monde. Leurs sens sont aussi très éveillés; ils ont une grande acuité sensorielle. Cette caractéristique peut permettre d'avoir une perspective très complète de différentes situations. Elle est liée à l'intelligence multisensorielle. Elle est aussi en lien avec la pensée par images, mode non verbal de pensée très rapide. Par ailleurs, être ouvert à la moindre parcelle d'information sensorielle peut aussi entraîner un certain déséquilibre.

### Frontières interpersonnelles perméables

Les enfants affectés d'un TDA/H affichent une grande souplesse des frontières interpersonnelles. Ils semblent cependant avoir de la difficulté à en réguler la perméabilité. À certains moments, ils paraîtront perceptifs à l'extrême de leur environnement, alors qu'à d'autres ils y sembleront complètement fermés. Lorsqu'on possède des frontières d'une grande perméabilité, différentes

Évaluation et thérapie cognitivo-comportementale (TCC)  
pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) selon l'approche basée sur les inférences

**Dates de la formation : 22-23 Mai 2015**

La thérapie basée sur les inférences (TBI) offre une cible d'intervention cognitive dans laquelle la déconstruction de l'obsession initiale est conceptualisée sous forme de doute. Lorsque le doute initial est démanté comme étant non-justifié par les éléments de la réalité, tel que perçu par les cinq sens, la personne cesse d'investir le scénario catastrophique et, ce faisant, ne ressent plus le besoin de compléter sa compulsion.

Cette activité de formation est reconnue par l'Ordre des Psychologues du Québec aux fins de la formation continue en psychothérapie. Nombre d'heures créditées : 14 heures

No de reconnaissance OPQ : RA00705-13

**Objectifs de la formation :**

- Compléter les échelles cliniques dans le cadre du plan de traitement.
- Décrire les étapes de traitement du TOC selon l'approche TBI.
- Appliquer certaines des étapes du traitement afin de les intégrer dans la pratique de la psychothérapie pour le TOC.

Lieu: 1940 Boul. H-Bourassa Est, H2B 1S1  
La formation est de 9h-17h.  
Le repas du midi ainsi que le café/thé sont inclus et seront servis sur place les deux jours de formation.

Inscription avant le 10 Avril 2015 : 495\$  
Inscription après le 10 Avril 2015 : 520\$

Inscriptions et informations :  
info.formation@gmail.com



**Formatrice:**  
**Marie-Claude Pélissier, Ph.D.**

Psychologue spécialiste du TOC, en pratique privée depuis 10 ans.  
Active dans la recherche clinique sur le TOC pendant 12 ans.  
Avec ses collègues, elle a publié *Wound Restorable: DSM-5 Restoring Processes in OCD and Related Disorders* (Wiley, 2005).  
Elle poursuit des activités de formation et de supervision clinique individuelle depuis plus de 10 ans.

perspectives peuvent se présenter à l'esprit très rapidement. La capacité de les percevoir peut constituer une force réelle. Par ailleurs, aborder le monde à travers le portrait complet, complexe et global en tout temps peut devenir très mêlant. « Tout est important et tout est important en même temps... Je me sens perdu! Ça tourbillonne, j'ai l'impression de manquer de contrôle personnel. Ou, pour répondre à ce mouvement déstabilisant, je fixe rigidement ma perception et je ne vois plus que la mienne comme étant juste. » Avoir des frontières très perméables peut être un atout, puisque cela favorise la créativité par la pensée hors du cadre. Cette caractéristique peut aussi entraver la saine activation du système nerveux. Ne pas avoir une idée précise de son espace psychologique, de ses émotions et de ses besoins peut nuire au système nerveux de l'individu qui ne cesse de *tomber* dans le déséquilibre sans pouvoir s'en sortir.

### Concept de soi à définir

Les études indiquent que le concept de soi tend à être plus diffus chez les membres des familles d'enfants affectés d'un TDA/H que chez ceux des familles où personne n'est affecté d'un TDA/H. Ainsi, il peut être plus difficile pour les membres de ces premières familles de se définir de façon distincte les uns des autres.

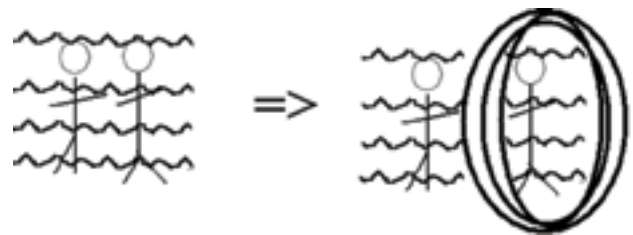
## \_NOUVELLE CONCEPTION DU TDA/H ET IMPLICATIONS EN CE QUI A TRAIT À L'INTERVENTION

Serait-il possible que le problème de l'enfant affecté d'un TDA/H ne soit pas tant celui d'un déficit d'attention que celui d'une difficulté à centrer son attention due à sa grande sensibilité et à la perméabilité de ses frontières interpersonnelles? Ces caractéristiques pourraient renfermer des forces non négligeables, soit la pensée par images, la perception des atmosphères, la pensée hors du cadre et la créativité. Par ailleurs, ces mêmes caractéristiques non maîtrisées pourraient, à long terme, entraîner un stress important menant l'enfant à se fermer aux stimuli environnementaux. L'enfant serait, par moments, *sur-éveillé* à tout ce qui se passe et à d'autres moments, sans en être conscient, se retirerait complètement dans sa bulle pour profiter d'un répit. Un spécialiste des systèmes relationnels dirait que ces enfants paraissent avoir des frontières interpersonnelles floues, non clairement définies. Ce serait dès lors à ce niveau qu'il conviendrait d'intervenir : aider l'enfant à accomplir la tâche développementale de séparation-individuation ou, comme nous préférons la nommer, la tâche d'individuation relationnelle.

La différenciation donne à l'individu cette capacité d'être en relation émotionnelle avec autrui, tout en restant autonome dans son fonctionnement émotionnel propre. Un individu peu différencié ne reconnaît pas la limite émotionnelle entre lui et l'autre. Il lui est ardu d'établir une frontière relativement claire entre ses processus

mentaux et ses processus émotionnels. Ses émotions sont susceptibles de submerger ses processus mentaux, rendant par moments difficile l'accès à ses ressources cognitives. Cet individu est également plus vulnérable aux émotions ressenties dans son entourage proche, en particulier à l'anxiété. Quand on sait qu'entre 25 et 33 % des enfants affectés d'un TDA/H présentent aussi un trouble anxieux<sup>10,16</sup>, on peut penser que les personnes affectées d'un TDA/H puissent gagner à être accompagnées dans la formation d'un concept de soi différencié.

### SCHÉMA DE DYNAMIQUE DE RÉACTIVITÉ ET FRONTIÈRES INTERPERSONNELLES



Perceptif à l'extrême

Réactivité et fermeture dans une fonction de ressourcement

## \_LE TDA/H, UNE FORCE À RÉÉQUILIBRER. IMPLICATIONS EN CE QUI A TRAIT À L'INTERVENTION

À la lumière des nouveaux développements et de notre expérience clinique, il semble que l'approche conventionnelle ait omis d'investir certaines cibles thérapeutiques qui puissent favoriser une éventuelle remédiation au TDA/H. En fait, l'approche même du TDA/H comme condition immuable paraît être un obstacle non négligeable à la relance du processus de maturation du jeune quant à ses capacités attentionnelles. La perspective de handicap permanent favorise chez les parents et les différents intervenants la propension à enfreindre les frontières interpersonnelles du jeune, et ce, avec l'intention tout à fait positive de lui venir en aide. Cette perspective ne tient pas compte de la capacité de l'enfant à bien maîtriser différentes notions s'il mise, dans un premier temps, sur sa façon d'aborder le monde, pour choisir ensuite de la nuancer en ajoutant différentes techniques cognitives et comportementales. L'image de soi du jeune est négativement affectée en ce qui a trait à la perception de ses capacités; or cette perspective peut facilement évoluer vers une mobilisation déséquilibrée de l'entourage et un désengagement progressif du jeune dans son propre développement. Ceci n'est pas favorable au processus d'individuation relationnelle si important au développement d'un concept de soi clair et distinct.

Notre façon de concevoir le TDA/H combine le bagage génétique et physiologique qui se transmet d'une génération à l'autre, les stratégies d'adaptation qui se transmettent aussi solidement à travers les générations, ainsi que le processus de croissance et de maturation psychologique et physiologique influencé par l'environnement. Il semble important d'agir sur la part malléable de cette interaction complexe. Ce faisant, nous mettons en place toutes les conditions favorables à la relance du processus de maturation et aidons la personne affectée d'un TDA/H à exploiter son plein potentiel.

## \_NOUVELLES CIBLES D'INTERVENTION

Nos observations nous orientent vers l'investissement de la tâche d'individuation relationnelle dans le but de soutenir le développement d'un concept de soi mieux défini. L'intervenant aidera l'individu à clarifier ses frontières interpersonnelles, à mieux réguler leur perméabilité et à développer l'intelligence émotionnelle afin de pouvoir tirer profit de sa sensibilité plutôt que de se

laisser submerger par elle. Il œuvrera aussi avec le milieu afin de soutenir une structure relationnelle claire. Lorsqu'une personne a des frontières diffuses, il peut être facile, pour l'entourage, d'entrer en relation avec celle-ci sur un mode également diffus, ce qui ne favorise pas la différenciation. Enfin, il faudra envisager le TDA/H comme une force en déséquilibre. Ce changement de perspective paraît essentiel à la mise en place des conditions nécessaires au cheminement thérapeutique vers la remédiation au TDA/H.

Envisager le TDA/H comme une force à rééquilibrer donne un certain pouvoir personnel au jeune et permet également d'agir positivement sur la dynamique du système relationnel dans lequel il évolue. Cette approche intégrative, qui ne nie aucunement l'aspect neurobiologique du trouble, offre toutes les conditions pour relancer le processus de maturation de la personne affectée d'un TDA/H. Elle favorise aussi sa mobilisation affective et son implication dans son traitement. Nous avons pu constater les effets positifs de ce type de travail sur le processus comportemental de remédiation au TDA/H. On peut aussi penser, à la lumière de récentes recherches en psychoneurobiologie<sup>15</sup> et en neuroéducation<sup>11</sup>, qu'une telle approche puisse avoir des répercussions positives plus profondes sur le processus de maturation neurologique du patient. Elle pourrait donc possiblement favoriser la remédiation physiologique au TDA/H.

## \_CONCLUSION

L'individu affecté d'un TDA/H possède de grandes forces en lien avec sa façon d'être, laquelle lui pose problème. La personne doit être accompagnée pour développer une meilleure conscience de son espace propre, une meilleure capacité à réguler l'ouverture de ses frontières interpersonnelles et une meilleure gestion de sa sensibilité. Le principal défi est celui du développement d'un concept de soi plus clair, positif et intégré (émotions, pensées et choix). Ce travail devra selon nous constituer la trame de fond du traitement à plusieurs volets complémentaires du TDA/H (volets médicamenteux [au besoin], comportemental, nutritionnel, etc.). En misant sur cet aspect de son développement, on aidera progressivement la personne à tirer profit de son fonctionnement, à développer un sentiment de pouvoir personnel et de compétence personnelle et enfin à avoir une meilleure estime d'elle-même.

**PSYCHOLOGUES**  
à la recherche  
d'un milieu **DE VIE**  
**PROFESSIONNEL**, dynamique et agréable?

**Cette offre s'adresse à vous!**

Vous avez envie d'ouvrir dans un milieu dynamique, offrant de nombreuses possibilités d'emploi au sein d'une équipe d'une vingtaine de psychologues soutenue par une coordonnatrice qui croit au service et en valorise l'expertise? La Commission scolaire des Grandes-Seigneuries (CSGS) a un emploi pour vous!

Découvrez les nombreux avantages professionnels dont vous bénéficiez à la CSGS en visitant le [www.csogs.qc.ca](http://www.csogs.qc.ca) sous la rubrique « Offres d'emploi ».

**Au plaisir de vous accueillir!**

## Bibliographie

- Ansermet, F. et Magistretti, P. (2004). *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Dobbs, D. (2011). « Beautiful Brains : The New Science of the Teenage Brain », *National Geographic*, Octobre 2011, 37-59.
- Donnon, T. et Lemay, J-F (2003). *Resiliency for Life Workshop: Assessing Developmental Strengths. Understanding Child, Adolescent and Family Resiliency*. Calgary: Resiliency Canada. Communication, 29<sup>e</sup> congrès AQETA, 2004, Montréal.
- Dulude, D. (2014). *Le TDA/H, une force à rééquilibrer*. Montréal. Éditions du CRAM.
- Epstein, J. N., Conners, C. K., Erhardt, D., Arnold, L. E., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Vitiello, B. (2000). « Family Aggregation of ADHD Characteristics ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 585-594.
- Hetchman, L. (1996). « Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Review ». *Canadian Journal of Psychiatry - Revue canadienne de psychiatrie*, 41(6), 350-360.
- Ingram, S., Hetchman, L., et Morgenstern, G. (1999). « Outcome Issues in ADHD: Adolescent and Adult Long-term Outcome ». *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Review*, 5(3), 243-250.
- Johnston, C. et Mash, E. J. (2001). « Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder : review and recommendations for future research ». *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183- 207.
- Laporte, P. Ph.D (2004). « La remédiation neurocognitive auprès des enfants présentant des TDA : éléments théorico-cliniques, modélisation exploratoire d'intervention, perspectives ». Communication, 72<sup>e</sup> congrès ACFAS, 2004, Montréal.
- March, J.S., Swanson, J. M., Arnold, L., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S.P., Pelham, W.E. (2000). « Anxiety as a Predictor and Outcome Variable in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 527-541.
- Masson, S. (2013). « Neuroéducation et trouble d'apprentissage ». Communication, 38<sup>e</sup> congrès AQETA, 2013, Montréal.
- Maté, G. (2001). *L'esprit dispersé*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Meaney, M. (2003). « Plasticity and health : Social Influences of Gene Expression and Neural Development ». Dans Kessel F., Rosenfield P.L., Anderson N.B. et Kessel F. (éd.), *Expanding the Boundaries of Health and Social Science* (p. 147-176). U.S.A. : Oxford University Press.
- Molina, B.S.G., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S., ... and The MTA Cooperative Group. (2009). « The MTA at 8 years : Prospective Follow-Up of Children Treated for Combined Type ADHD in Multisite Study ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(5), 484-500.
- Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Montréal : Éditions du CIG.
- Verreault, M. et Berthiaume, C. (2010). « Troubles Anxieux et TDA/H ». Dans Presses de l'Université du Québec (éd.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 111-137).

## CFSMO - FORMATIONS EN LIGNE

CES ACTIVITÉS DE FORMATION SONT RECONNUES AUX FINS DE LA FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

**VOICI UN APERÇU DES AVANTAGES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ EN ACHETANT UNE FORMATION EN LIGNE VIA NOTRE PORTAIL CFSMO/CONNEXENCE :**

- Vaste choix de formations en psychothérapie offertes par des formateurs chevronnés (présentement **42 formations** accessibles)
- Liberté de visionner les formations à votre rythme
- Accès à la documentation déposée par le formateur dans la bibliothèque de votre formation
- Accès sur votre compte à votre certificat d'attestation de réussite pour la reconnaissance de vos heures de formation continue

### NOUVEAUTÉS EN LIGNE

#### D<sup>r</sup> Philippe Landreville

Thérapie cognitive-comportementale de la dépression chez l'adulte

Durée : 4,5 heures

Coût : 157,50 \$

#### M<sup>me</sup> Diane Mercier

Analyse et interprétation du dessin de famille chez les enfants, théorie et utilisation en psychothérapie - Niveau 2

Durée : 4,5 heures

Coût : 157,50 \$

Pour information supplémentaire : [suzanne\\_dorais@ssss.gouv.qc.ca](mailto:suzanne_dorais@ssss.gouv.qc.ca)



## INVITÉ de RENOMMÉE INTERNATIONALE

# Dr Mark Lau, Ph.D., psychologue



Lorsque rien ne va plus, la pleine conscience ! La pleine conscience dans la pratique cognitivo-comportementale individuelle / *When the going gets tough in CBT, get mindfulness! Mindfulness in individual CBT*

Montréal, 1<sup>er</sup> juin 2015

**FORMATION EN ANGLAIS AVEC TRADUCTION SIMULTANÉE**

Le Dr Mark Lau, Ph.D., est psychologue clinicien en pratique privée au Vancouver CBT Center et professeur de clinique adjoint à l'Université de la Colombie-Britannique. Le Dr Lau possède plusieurs années d'expérience dans l'enseignement de la *Mindfulness-based cognitive-therapy (MBCT)* et de la TCC, autant en individuel qu'en groupe. Les intérêts du Dr Lau portent sur les mécanismes qui sous-tendent la MBCT, le développement d'échelles de mesure et l'évaluation de l'efficacité des méthodes basées sur la pleine conscience. Il est éditeur adjoint au *Journal Mindfulness*.

Coût : 247,19 \$ taxes incluses / 270,19 \$ taxes incluses (10 jrs avant l'événement)  
Étudiant : 160,97 \$ tx. incluses (preuve requise)

## INVITÉ INTERNATIONAL

# Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychothérapeute

Parler la langue de la pleine conscience : comment mener des interactions verbales expérientielles et transformatrices en thérapie de 3<sup>e</sup> vague



Dates :  
11-12 juin 2015 à Québec de 8h30 à 16h30  
18-19 juin 2015 à Montréal de 8h30 à 16h30

Coûts :  
390,92 \$ taxes incluses  
Étudiant : 238,45 \$ tx. incluses (preuve requise)

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : intégration de la théorie à la pratique / *Acceptance and commitment therapy: From theory to practice*

Dates :  
15-16 juin 2015 à Sherbrooke de 8h30 à 15h30  
22-23 juin 2015 à Montréal *English only in Mtl / anglais seulement à Mtl*

Coûts :  
390,92 \$ taxes incluses  
Étudiant : 238,45 \$ tx. incluses (preuve requise)

Réservez tôt votre place sur le site :  [IFTCC.COM](http://IFTCC.COM)



# PROGRAMMATION 2015

## La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée aux personnes âgées



**Dr Sébastien Grenier, Ph.D., psychologue**  
**Dates :**  
 28 mai 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## DSM-5 : Bien l'utiliser tout en limitant les effets secondaires



**Dr Jean Goulet, MD, M.Sc., psychiatre**  
**Dates :**  
 23 avril 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) appliquée aux enfants et aux adolescents



**Dr. Isabelle Rose, Ph.D. et Pascale St-Amand, Ph.D.**  
**Dates :**  
 19 et 20 mai 2015 à Sherbrooke de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## Piège du bonheur : Introduction à l'ACT



**Dr Pierre Couineau, Ph.D., psychologue**  
**Dates :**  
 23 mars 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## Journée d'introduction à l'approche motivationnelle: Comment susciter la motivation chez nos clients?



**Dr Olivier Pelletier, Ph.D., psychologue**  
**Date :**  
 7 mai 2015 à Montréal de 9H00 à 16H30  
 11 mai 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en santé mentale: Atelier d'introduction au modèle et à ses applications



**Dr. Amélie Seidah, Ph.D., psychologue**  
**Dates :**  
 22 avril 2015 à Trois-Rivières de 9H00 à 16H30  
 4 mai 2015 à Montréal de 9H00 à 16H30  
 25 mai 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## La thérapie des schémas : Modèle de base



**Dr Pierre Couineau, Ph.D., psychologue**  
**Dates :**  
 12 et 13 mars 2015 à Montréal de 9H00 à 16H30  
 26 et 27 mars 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
 24 et 27 avril 2015 à Sherbrooke de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 215,70 \$ taxes incluses  
 217,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 212,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)



**Dr. Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue**  
**Dates :**  
 11 mars 2015 à Montréal de 9H00 à 16H30  
 21 mars 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)

## Le projet Zak et Zoé : une intervention novatrice visant le trouble d'anxiété généralisée chez les enfants de 8 à 12 ans

## Dr Jean Goulet, MD, M.Sc., psychiatre



### Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie : Comment procéder, étape par étape

**Date :**  
 24 avril 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 214,90 \$ taxes incluses  
 217,91 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)

AM  
PM

### Thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique et de l'agoraphobie : Comment procéder, étape par étape

**Date :**  
 24 avril 2015 à Québec de 17H30 à 20H30  
**Coûts :**  
 214,90 \$ taxes incluses  
 217,91 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)

## Mieux comprendre les enjeux liés à la vie militaire afin d'optimiser les interventions thérapeutiques



**Dr. Vanessa Germain, Ph.D., psychologue**  
**Dates :**  
 13 novembre 2015 à Québec de 9H00 à 16H30  
 19 novembre 2015 à Montréal de 9H00 à 16H30  
**Coûts :**  
 212,70 \$ taxes incluses  
 215,70 \$ taxes incluses (10 jours avant l'événement)  
 Étudiant : 137,91 \$ taxes incluses (premier inscrit)



D<sup>r</sup> Vincent Moreau / Psychologue

Le D<sup>r</sup> Moreau est neuropsychologue à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) et en pratique privée.

## Le sommeil chez les enfants présentant un TDA/H

D'abord incluses comme un critère définissant le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) dans le DSM-III, mais retirées dans les versions subséquentes, les difficultés de sommeil demeurent un sujet préoccupant tant pour les parents que pour les cliniciens, en raison de leur nature envahissante, imprévisible et souvent mystérieuse. Les enfants de 6 à 12 ans passent près de la moitié de leur vie à dormir, et pourtant cet aspect demeure peu étudié dans le contexte du TDA/H relativement aux manifestations diurnes de ce trouble. Dans cet article, les caractéristiques du sommeil des enfants présentant un TDA/H et leurs associations avec le fonctionnement diurne seront abordées. Les principaux diagnostics différentiels à considérer en lien avec le sommeil, de même que les méthodes d'évaluation du sommeil les plus pertinentes en clinique et les pistes d'intervention pour les problématiques les plus fréquentes seront ensuite présentés.

### \_SOMMEIL ET TDA/H

Certaines études suggèrent une association entre des symptômes d'hyperactivité et la résistance au moment du coucher (Carvalho Bos et coll., 2009) et une courte durée de sommeil (Paavonen et coll., 2009). Gau (2006) a montré l'existence d'associations entre divers problèmes de sommeil (dyssomnies, parasomnies, symptômes de trouble du sommeil lié à la respiration) et des symptômes d'hyperactivité rapportés par les parents et l'enseignant. Une étude longitudinale réalisée au Québec appuie ces résultats en montrant qu'une durée de sommeil inférieure à 10 heures avant l'âge de 3 ans est liée à des symptômes d'hyperactivité plus élevés à l'âge de 6 ans (Touchette et coll., 2007).

Sung et coll. (2008) rapportent que 73,3 % d'un échantillon de 239 parents mentionnent que leur enfant avec un TDA/H a des difficultés de sommeil (qualifiées de légères par 28,5 % et de modérées à sévères par 44,8 %). Les problèmes les plus fréquemment cités par les parents concernent les difficultés à s'endormir, la résistance au coucher et la fatigue au lever. Une méta-analyse appuie aussi le résultat d'une plus grande latence

d'endormissement chez les enfants avec un TDA/H (Cortese et coll., 2009). Gruber et coll. (2009), dans une étude utilisant la polysomnographie ambulatoire à la maison des participants, suggèrent que les enfants avec un TDA/H présentent des diminutions du temps total de sommeil, du temps passé en sommeil paradoxal et de la proportion de sommeil paradoxal comparativement au groupe témoin.

Corkum et coll. (1999) ont comparé des enfants avec un diagnostic de TDA/H médicamenteux, des enfants avec un diagnostic de TDA/H non médicamenteux, des enfants avec un autre diagnostic psychiatrique et des enfants sans diagnostic. La comparaison des quatre groupes révèle que les trois groupes cliniques présentent plus de problèmes reliés aux dyssomnies et aux mouvements nocturnes que le groupe sans diagnostic. Cependant, les trois groupes cliniques ne diffèrent pas entre eux et les résultats d'une analyse de régression suggèrent que les difficultés de sommeil (dyssomnies et mouvements involontaires) sont plutôt reliées à l'usage de psychostimulants et à des diagnostics de trouble oppositionnel avec provocation, d'anxiété généralisée et d'anxiété de séparation. Cette étude suggère donc que la relation fréquemment trouvée entre le TDA/H et les difficultés de sommeil est due à des facteurs confondants comme l'usage de psychostimulants et la présence de troubles comorbides. Il semble ainsi que les difficultés de sommeil rapportées par les parents d'enfants avec un TDA/H ne soient pas spécifiques à ce trouble, mais qu'elles soient plutôt caractéristiques des populations cliniques. D'autres études (Gau et Chiang, 2009; Mayes et coll., 2009) suggèrent toutefois que le TDA/H en tant que tel est relié à des difficultés de sommeil et que la présence de comorbidité de nature anxieuse et dépressive viendrait plutôt en augmenter la sévérité.

### \_DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Chervin et coll. (1997) postulent que les difficultés de sommeil associées au TDA/H pourraient relever de troubles spécifiques du sommeil qui seraient présents en plus grande proportion chez ces jeunes. Il y a ainsi certains troubles du sommeil qui devraient faire partie du diagnostic différentiel lors de l'évaluation du TDA/H, dont les principaux sont l'apnée du sommeil et les troubles du sommeil liés aux mouvements des jambes. Les ronflements apparaissent comme plus communs chez les enfants diagnostiqués avec un

TDA/H que chez des enfants avec un autre diagnostic psychiatrique et des enfants consultant dans une clinique pédiatrique (Chervin et coll., 1997). La présence de ronflements semble aussi associée aux symptômes d'inattention et d'hyperactivité (Chervin, Archbold, Dillon, Panahi et coll., 2002) et constitue un facteur de risque dans le développement de l'hyperactivité quatre ans plus tard (Chervin et coll., 2005). Chervin et coll. (2005) supposent ainsi que les troubles du sommeil liés à la respiration pourraient être une cause du TDA/H. Aussi, il apparaît que les enfants ayant un TDA/H et un syndrome des apnées du sommeil présentent davantage de symptômes d'hyperactivité et un temps de réaction plus élevé à un test d'attention soutenue que ceux sans syndrome des apnées du sommeil (Huang et coll., 2004), ce qui suggère que la présence d'un trouble du sommeil peut venir exacerber les manifestations du TDA/H.

Il est de plus en plus reconnu que les troubles du sommeil liés aux mouvements, d'abord considérés comme des troubles se retrouvant chez les personnes plus âgées, puissent également exister dans une population pédiatrique (Picchiatti et coll., 2007; Walters et coll., 1994). Une étude a ainsi montré une association entre les symptômes du trouble du sommeil lié aux mouvements des jambes mesurés par une brève échelle validée et le résultat à la sous-échelle *Hyperactivité* du questionnaire de Conners (Chervin, Archbold, Dillon, Pituch et coll., 2002). Gaultney, Terrell et Gingras (2005) rapportent également une association entre les symptômes du TDA/H et ceux du trouble du sommeil lié aux mouvements des jambes. Certains auteurs rapportent ainsi un taux de prévalence de trouble du sommeil lié au mouvement des jambes de 7 % chez les enfants avec un TDA/H (Kirk et Bohn, 2004). Crabtree et coll. (2003) rapportent que 44 % de leur échantillon de 90 enfants avec un trouble du sommeil lié aux mouvements des jambes obtiennent un résultat supérieur à la moyenne de deux écarts-types à l'*Index TDA/H* du questionnaire de Conners. Il a été postulé que le mécanisme commun par lequel ces troubles du sommeil sont associés au TDA/H est lié à l'altération de la quantité et de la continuité du sommeil causée par ces conditions (Walters et coll., 2008), ce qui entraînerait ensuite chez les enfants des symptômes d'hyperactivité et d'inattention. D'autres mécanismes postulés ont plutôt trait à l'impact de l'hypoxie chronique dans les troubles du sommeil liés à la respiration (Beebe, 2006) ou à un déficit dopaminergique commun entre le TDA/H et le syndrome des jambes sans repos (Walters et coll., 2000).

## ÉVALUATION

Outre les méthodes objectives peu accessibles au clinicien (polysomnographie, notamment), plusieurs questionnaires ont été élaborés afin de détecter et de quantifier les difficultés de sommeil chez les enfants (Spruyt et Gozal, 2011), bien que peu soient utilisés en pratique clinique courante et qu'encore moins soient validés en français. Un acronyme anglais a été proposé pour guider le clinicien dans le dépistage des difficultés de

sommeil en entrevue clinique (Owens et Dalzell, 2005). Il s'agit des lettres BEARS, qui couvrent les cinq principaux domaines à aborder en entrevue : les problèmes au moment du coucher (*Bedtime problems*), la somnolence diurne excessive (*Excessive daytime sleepiness*), les éveils nocturnes (*Awakenings*), la régularité des cycles veille/sommeil et de la durée du sommeil (*Regularity*) et les ronflements (*Snoring*). Une adaptation française donnerait CÉSAR pour Coucher, Éveils, Somnolence, Apnée, Régularité. Le *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ; Owens, Spirito et McGuinn, 2000) est un questionnaire très utilisé tant en recherche qu'en clinique et qui a été traduit en français (Moreau, Rouleau et Morin, 2014). Ce questionnaire comprend 35 questions regroupées en huit sous-échelles mesurant différents aspects du sommeil, tels les difficultés d'endormissement, la durée du sommeil, les éveils nocturnes, l'apnée du sommeil et la somnolence.



**IPP** 

**L'Institut de Psychologie Projective**

vous offre ses services

**Formation - Supervision - Consultation**

**Odile Husain, Ph.D.**  
assure la première année de  
formation en partenariat avec  
le Centre de Psychologie Guin.

« Évaluation de la personnalité  
(Rorschach, TAT) »  
débutera le 13 janvier 2016.

Activité reconnue par l'OPQ.

**Inscription avant le 30 novembre 2015.**

[www.psychologieprojective.org](http://www.psychologieprojective.org)  
[info@psychologieprojective.org](mailto:info@psychologieprojective.org)

\_PISTES D'INTERVENTION

Si des difficultés de sommeil sont établies, diverses options s'offrent au clinicien. Les symptômes du syndrome des apnées du sommeil ou de troubles liés aux mouvements des jambes devraient mener à une évaluation et une prise en charge médicales. Pour les difficultés ayant davantage trait à l'insomnie, les options sont surtout l'hygiène du sommeil, la mélatonine et l'intervention comportementale. Des essais contrôlés avec placebo à double insu soutiennent l'efficacité de la mélatonine autant chez les enfants avec un TDA/H médicamentés (Weiss et coll., 2006) que chez ceux non médicamentés (Van der Heijden et coll., 2007). De façon intéressante, Weiss et coll. (2006) ont montré qu'une intervention préliminaire ciblant l'hygiène du sommeil avait réduit de façon importante les difficultés d'endormissement chez presque 20 % de leurs participants (5 sur 27). Quant aux interventions comportementales, leur efficacité pour les difficultés de sommeil dans une population pédiatrique est déjà bien démontrée (Mindell et coll., 2006) et les résultats parmi les enfants avec un TDA/H apparaissent ainsi prometteurs (Mullane et Corkum, 2006; Sciberras et coll., 2011). Par ailleurs, comme plusieurs études suggèrent une certaine influence des symptômes psychiatriques comorbides sur l'expression des difficultés de sommeil, la possibilité que le traitement de ces symptômes puisse provoquer une amélioration du sommeil pourrait être considérée.

En conclusion, différentes difficultés de sommeil sont présentes chez une proportion importante des enfants avec un TDA/H. La qualité et la quantité du sommeil sont associées aux manifestations tant cognitives que psychologiques et comportementales du TDA/H et les perturbations du sommeil constituent également un important facteur à considérer dans le diagnostic différentiel. Pour certains enfants, il est possible qu'un trouble du sommeil primaire soit à l'origine des symptômes de TDA/H. Pour d'autres, les difficultés de sommeil peuvent émerger en raison des comportements perturbateurs associés au trouble ou de la présence de comorbidité psychiatrique. La quantité et la qualité du sommeil peuvent ensuite exacerber les manifestations diurnes du TDA/H, d'où la nécessité d'une évaluation initiale rigoureuse et d'une prise en charge adéquate. Il est d'autant plus important d'intervenir que les difficultés de sommeil de l'enfant se répercutent bien souvent sur le sommeil des parents, ce qui vient alors augmenter leur sentiment de fatigue, diminuer leur seuil de tolérance et diminuer l'efficacité de leurs interventions auprès de leur enfant.

**ENSEIGNER LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE:**  
**OUTILS PRATIQUES ET COMPRÉHENSION DE L'INTERFACE PSYCHOLOGIE/SPIRITUALITÉ**



**Formateur: Roger Marcaurelle, Ph.D.,**  
*est psychologue clinicien et professeur associé de psychologie à l'UQAM. Sanskritiste et docteur en sciences des religions, il a été chargé de cours au département de sciences des religions de l'UQAM. Il enseigne la méditation depuis plus de 40 ans.*

**Formations complètes à Montréal et Québec**

**Volets 1 à 3 : ateliers**  
Dates : samedi au dimanche

<b>Montréal</b>	<b>Québec</b>
Volet 1 : 26-27 sept. 2015	3-4 oct. 2015
Volet 2 : 7-8 nov. 2015	21-22 nov. 2015
Volet 3 : 18-17 janv. 2016	23-24 janv. 2016
Frais: 448.40 \$ par volet (tx incl.)	

**Volet 4 : retraite de méditation**  
Dates : jeudi (soir) au dimanche

<b>Montréal</b>	<b>Québec</b>
5-8 mai 2016	21-24 avril 2016

Frais: (incluant hébergement pour 3 nuits et repas)  
Occ. simple: 706.53 \$ (tx incl.)

**Objectifs:**  
**Au terme de l'activité, le participant sera en mesure de:**

- 1- Décrire et différencier les diverses formes de méditation pleine conscience (MPC);
- 2- Pratiquer la MPC dans sa vie personnelle;
- 3- Enseigner les principales formes de MPC de manière efficace et assurer un suivi adéquat des expériences des clients concernant la pratique de la MPC;
- 4- Appliquer la MPC à la lumière des données probantes, de l'étude comparée des diverses formes de méditation et de l'interface psychologie/spiritualité.

INFORMATIONS ET INSCRIPTION  
[www.plenisources.com/Enseigner](http://www.plenisources.com/Enseigner)  
43h reconnues (OPQ). Aucun pré-requis.

## Bibliographie

- Beebe, D. W. (2006). Neurobehavioral morbidity associated with disordered breathing during sleep in children: A comprehensive review. *Sleep*, 29, 1115-1134.
- Carvalho Bos, S., Gomes, A., Clemente, V., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., ... Azevedo, M. H. (2009). Sleep and behavioral/emotional problems in children: A population-based study. *Sleep Medicine*, 10, 66-74. doi: 10.1016/j.sleep.2007.10.020
- Chervin, R. D., Archbold, K. H., Dillon, J. E., Panahi, P., Pituch, K. J., Dahl, R. E., et Guillemainault, C. (2002). Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics*, 109, 449-456. doi: 10.1542/peds.109.3.449
- Chervin, R. D., Archbold, K. H., Dillon, J. E., Pituch, K. J., Panahi, P., Dahl, R. E., et Guillemainault, C. (2002). Associations between symptoms of inattention, hyperactivity, restless legs, and periodic leg movements. *Sleep*, 25, 213-218.
- Chervin, R. D., Dillon, J. E., Bassetti, C., Ganoczy, D. A., et Pituch, K. J. (1997). Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. *Sleep*, 20, 1185-1192.
- Chervin, R. D., Ruzicka, D. L., Archbold, K. H., et Dillon, J. E. (2005). Snoring predicts hyperactivity four years later. *Sleep*, 28, 885-890.
- Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphries, T., et Tannock, R. (1999). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1285-1293. doi: 10.1097/00004583-199910000-00018
- Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E., et Lecendreau, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 894-908. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181ae09c9
- Crabtree, V. M., Ivanenko, A., O'Brien, L. M., et Gozal, D. (2003). Periodic limb movement disorder of sleep in children. *Journal of Sleep Research*, 12, 73-81. doi: 10.1046/j.1365-2869.2003.00332.x
- Gau, S. S. (2006). Prevalence of sleep problems and their association with inattention/hyperactivity among children aged 6-15 in Taiwan. *Journal of Sleep Research*, 15, 403-414. doi: 10.1111/j.1365-2869.2006.00552.x
- Gau, S. S., et Chiang, H. L. (2009). Sleep problems and disorders among adolescents with persistent and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorders. *Sleep*, 32, 671-679.
- Gaultney, J. F., Terrell, D. F., et Gingras, J. L. (2005). Parent-reported periodic limb movement, sleep disordered breathing, bedtime resistance behaviors, and ADHD. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 32-43. doi: 10.1207/s15402010bsm0301\_5
- Gruber, R., Xi, T., Frenette, S., Robert, M., Vannasinh, P., et Carrier, J. (2009). Sleep disturbances in prepubertal children with attention deficit hyperactivity disorder: A home polysomnography study. *Sleep*, 32, 343-350.
- Huang, Y. S., Chen, N. H., Li, H. Y., Wu, Y. Y., Chao, C. C., et Guillemainault, C. (2004). Sleep disorders in Taiwanese children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Sleep Research*, 13, 269-277. doi: 10.1111/j.1365-2869.2004.00408.x
- Kirk, V., et Bohn, S. (2004). Periodic limb movements in children: Prevalence in a referred population. *Sleep*, 27, 313-315.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Mahr, F., Hillwig-Garcia, J., ... Parvin, M. (2009). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: Differences in sleep problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 328-337. doi: 10.1093/jpepsy/jsn083
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., et Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29, 1263-1276.
- Moreau, V., Rouleau, N., et Morin, C. M. (2014). Sleep of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Actigraphic and parental reports. *Behavioral Sleep Medicine*, 12, 69-83. doi: 10.1080/15402002.2013.764526
- Mullane, J., et Corkum, P. (2006). Case series: Evaluation of a behavioral sleep intervention for three children with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyssomnia. *Journal of Attention Disorders*, 10, 217-227. doi: 10.1177/1087054706288107
- Owens, J. A., et Dalzell, V. (2005). Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: A pilot study. *Sleep Medicine*, 6, 63-69. doi: 10.1016/j.sleep.2004.07.015
- Owens, J. A., Spirito, A., et McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23, 1043-1051.
- Paavonen, E. J., Raikonen, K., Lahti, J., Komsu, N., Heinonen, K., Pesonen, A. K., ... Porkka-Heiskanen, T. (2009). Short sleep duration and behavioral symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in healthy 7- to 8-year-old children. *Pediatrics*, 123, e857-864. doi: 10.1542/peds.2008-2164
- Picchietti, D. L., Allen, R. P., Walters, A. S., Davidson, J. E., Myers, A., et Ferini-Strambi, L. (2007). Restless legs syndrome: Prevalence and impact in children and adolescents--The Peds REST study. *Pediatrics*, 120, 253-266. doi: 10.1542/peds.2006-2767
- Sciberras, E., Fulton, M., Efron, D., Oberklaid, F., et Hiscock, H. (2011). Managing sleep problems in school aged children with ADHD: A pilot randomised controlled trial. *Sleep Medicine*, 12, 932-935. doi: 10.1016/j.sleep.2011.02.006
- Spruyt, K., et Gozal, D. (2011). Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: A review of currently available instruments. *Sleep Medicine Reviews*, 15, 19-32. doi: 10.1016/j.smrv.2010.07.005
- Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., et Efron, D. (2008). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and the effect on the child and family. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162, 336-342. doi: 10.1001/archpedi.162.4.336
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J. R., Boivin, M., Tremblay, R. E., et Montplaisir, J. Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30, 1213-1219.
- Van der Heijden, K. B., Smits, M. G., Van Someren, E. J., Ridderinkhof, K. R., et Gunning, W. B. (2007). Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 233-241. doi: 10.1097/01.chi.0000246055.76167.0d
- Walters, A. S., Mandelbaum, D. E., Lewin, D. S., Kugler, S., England, S. J., Miller, M., et the Dopaminergic Therapy Study Group (2000). Dopaminergic therapy in children with restless legs/periodic limb movements in sleep and ADHD. *Pediatric Neurology*, 22, 182-186. doi: 10.1016/S0887-8994(99)00152-6
- Walters, A. S., Picchietti, D. L., Ehrenberg, B. L., et Wagner, M. L. (1994). Restless legs syndrome in childhood and adolescence. *Pediatric Neurology*, 11, 241-245.
- Walters, A. S., Silvestri, R., Zucconi, M., Chandrashekariah, R., et Konofal, E. (2008). Review of the possible relationship and hypothetical links between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and the simple sleep related movement disorders, parasomnias, hypersomnias, and circadian rhythm disorders. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4, 591-600.
- Weiss, M. D., Wasdell, M. B., Bomben, M. M., Rea, K. J., et Freeman, R. D. (2006). Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 512-519. doi: 10.1097/01.chi.0000205706.78818.ef

NOUVEAU



APARTÉ  
Institut de formation

Formation continue

Santé mentale jeunesse /  
Neuropsychologie pédiatrique

enfants • adolescents • familles

Pour chaque formation, Institut de formation Aparté s'engage à faire un don à un organisme reconnu et offrant des services à une jeune clientèle et/ou aux familles. Cet organisme sera choisi par le formateur concerné.



**Détection précoce des différents troubles d'apprentissage chez les enfants et les adolescents et stratégies prioritaires d'intervention.** (Durée 6 heures)



**Formatrice**  
Catherine Dumont  
Ph.D., neuropsychologue

**Dates**  
Brossard : 1<sup>er</sup> octobre 2015  
Québec : 8 octobre 2015

**Coût**  
240 \$ + tx  
(donors: 10 jan 2015)

Les frais d'inscription  
incluent le repas du midi  
et les collations!

*Réservé aux psychologues et/ou neuropsychologues & médecins*

 (don Fondation Dr. Julien)

**Les troubles neurodéveloppementaux et mentaux de l'enfance et de l'adolescence :  
démystifier les comorbidités lors de l'évaluation et de l'intervention.** (Durée 6 heures)



**Formatrice**  
Nadia Lessard  
Ph.D., neuropsychologue

**Dates**  
Brossard : 2 octobre 2015  
Québec : 9 octobre 2015

**Coût**  
240 \$ + tx  
(donors: 10 jan 2015)

Les frais d'inscription  
incluent le repas du midi  
et les collations!

*Réservé aux psychologues et/ou neuropsychologues & médecins  
Niveau intermédiaire / avancé*

 (don Fondation Dr. Julien)

**Le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents :  
état des connaissances, évaluation et traitements spécifiques.** (Durée 12 heures)



**Formatrice**  
Caroline Berthiaume  
Ph.D., psychologue

**Dates**  
Brossard : 22-23 octobre 2015  
Québec : 26-27 novembre 2015

**Coût**  
480 \$ + tx  
(donors: 10 jan 2015)

Les frais d'inscription  
incluent le repas du midi  
et les collations!

*Réservé aux psychologues et/ou psychothérapeutes & médecins*

 (don Fondation Les petits trésors - Hôpital Rivière-des-Prairies)

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS : [www.institutaparte.com](http://www.institutaparte.com)



Soyez avisés des formations à venir en vous inscrivant à notre infolettre.





### Marie Michèle Soucisse

Titulaire d'un B. Sc. en psychologie et candidate au doctorat en psychologie, M<sup>me</sup> Soucisse est membre du Programme de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants.



### D<sup>re</sup> Martine Verreault / Psychologue

La D<sup>re</sup> Verreault est psychologue clinicienne en bureau privé et chargée de cours au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais.

## Le défi social des relations d'amitié des adolescents ayant un TDA/H

**Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est reconnu comme un trouble chronique qui affecte les différentes sphères de la vie des jeunes (familiale, scolaire, personnelle, sociale, etc.). Les déficits sur le plan social sont considérés comme l'un des aspects les plus incapacitants, d'autant plus qu'ils tendent à persister au fil du temps et sont associés à une augmentation du risque de décrochage scolaire, d'abus de substances, de difficultés de comportement et d'adaptation (Bagwell et coll., 2001). Considérant l'importance de l'adolescence comme période charnière, il est aisé d'envisager les défis psychosociaux liés aux relations d'amitié qui s'ajoutent au tableau clinique. Afin d'optimiser nos interventions auprès des adolescents ayant un TDA/H, cet article vise à mieux comprendre la nature des difficultés sociales vécues tout en exposant quelques pistes d'interventions.**

L'amitié se définit comme une relation coconstruite entre deux individus qui souhaitent partager des expériences intimes et enrichissantes à l'intérieur d'un contexte propice au développement social, cognitif et émotionnel (Schneider, Weiner et Murphy, 1994). Plus spécifiquement, ces relations reposent sur un lien affectif découlant d'une interdépendance mutuelle inhérente aux principes de réciprocité et d'équité. De plus, elles contribuent de manière importante à l'adaptation psychosociale des enfants et des adolescents, notamment en prévenant le développement de troubles intériorisés et extériorisés de même qu'en réduisant les probabilités que les enfants et les adolescents soient rejetés ou intimidés par leurs pairs (Mrug et coll., 2012). Toutefois, l'effet des relations d'amitié sur le développement de ces derniers dépend également de leur qualité (Bagwell et Schmidt, 2011). Considérant que ces relations sont en constante évolution, des distinctions peuvent être notées en ce qui concerne les relations d'amitié des

enfants et celles des adolescents. De ce fait, elles ont une incidence prépondérante sur les tâches développementales associées à l'adolescence, soit : la relativisation de l'importance accordée aux parents (besoin d'émancipation) et la quête identitaire (Bagwell et Schmidt, 2011). L'influence exercée par les amis serait plus importante lors de prises de décisions qui auront des conséquences à court terme, alors que l'influence des parents s'avérerait prépondérante sur des décisions à plus long terme (Bengtson, Biblarz et Roberts, 2002). Considérant que l'identité se forge en partie à travers le regard d'autrui, les amis vont influencer l'équation identitaire, que ce soit par leurs rétroactions, leur soutien émotionnel ou en servant de modèle. Bien que la formation de l'identité constitue un processus dynamique, l'adolescence représente une opportunité unique pour le jeune de vivre différentes expériences sociales lui permettant de mieux se définir.

En contexte social, les adolescents ayant un TDA/H sont plus intrusifs, ont tendance à s'immiscer dans les conversations, à faire preuve d'impulsivité et à présenter des lacunes sur le plan de leurs habiletés sociales (Wehmeier, Schacht et Barkley, 2010). Ces jeunes éprouvent aussi des difficultés en ce qui concerne la reconnaissance et l'autorégulation de leurs émotions. La capacité à résoudre des conflits de même qu'à prendre la perspective de l'autre leur est plus difficile à mettre en œuvre (Sibley, Evans et Serpell, 2010). Les difficultés attentionnelles qu'ils éprouvent semblent également faire en sorte qu'ils portent moins attention aux indices sociaux. Conséquemment, il arrive que leur interprétation d'une situation sociale ne soit pas juste et leur porte préjudice. De plus, bon nombre d'adolescents avec un TDA/H présentent un « biais positif illusoire » (Volz-Sidiropoulou, Boecker et Gauggel, 2013). Ce biais résulte de la tendance de ces jeunes à surévaluer leurs habiletés dans certaines sphères de leur fonctionnement, dont leurs compétences sociales. Malheureusement, la stabilité de ce biais au fil du temps prédirait

un faible niveau d'efficacité des interventions cliniques (Mikami, Calhoun et Abikoff, 2010). L'ensemble de ces facteurs expliquerait que les adolescents ayant un TDA/H ont peu d'amis réciproques, des relations d'amitié de plus faible qualité et moins stables au fil du temps comparativement à leurs pairs (Mrug et coll., 2012) et qu'ils soient ainsi enclins à s'associer à des pairs déviants (Barkley, 2006). Leurs difficultés concernent autant l'établissement que le maintien de leurs relations d'amitié significatives. Enfin, ces difficultés sociales sont associées à des troubles de santé mentale à l'âge adulte (Bagwell et coll., 2001).

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales (PEHS) constituent une avenue intéressante pour cette clientèle. Améliorer les habiletés sociales (c.-à-d. converser, résoudre des conflits, etc.) et diminuer les comportements négatifs permettrait de bonifier leurs relations avec les pairs et conséquemment leurs capacités à établir et à maintenir des relations d'amitié (Hoza et coll., 2005). Il demeure difficile de se positionner sur l'efficacité à long terme de ces programmes, puisque peu de données sont disponibles pour les adolescents et des inconsistances dans les résultats ont été observées chez les enfants (Gardner et Gerdes, 2013). Une recension d'écrits conclut que les PEHS dispensés aux enfants avec un TDA/H au sein des milieux cliniques ne peuvent être jugés comme étant probants en vertu des résultats actuellement disponibles (Evans, Owens et Bunford, 2014). Des contextes plus naturels et compatibles avec le quotidien des jeunes devraient être envisagés par le clinicien tout en impliquant des personnes significatives et des renforçateurs sociaux (Pelham et Fabiano, 2008). Il convient de développer des interventions qui viseraient une amélioration des relations d'amitié plutôt qu'un changement sur le plan du statut social de ces jeunes, compte tenu des défis liés à la modification de la perception des pairs et des bienfaits des amitiés (Mikami, 2010). À cet effet, le programme PEERS (*Program for the Education and Enrichment of Relational Skills*; Laugeson et Frankel, 2010) s'avère prometteur, bien qu'aucune donnée concernant son efficacité avec les adolescents ayant un TDA/H ne soit disponible actuellement. Ce programme vise à optimiser le développement et le maintien de relations d'amitié par le développement d'habiletés conversationnelles et d'habiletés à composer avec le rejet et les conflits. Dans l'attente de nouvelles avancées scientifiques, cette avenue permet de demeurer proactif dans l'aide dispensée auprès d'adolescents ayant un TDA/H. Comme leurs enjeux sociaux sont peu pris en compte par les données probantes, nous proposons des pistes d'interventions sur le plan des amitiés.

## COMMENT EXPRIMER CORRECTEMENT SES ÉMOTIONS

La reconnaissance des émotions et leur expression s'avèrent une étape préliminaire pour favoriser des pratiques de communication efficaces et des relations sociales harmonieuses. Par ailleurs, il est plus difficile de bien exprimer ses émotions lorsque celles-ci sont intenses, surtout s'il s'agit d'émotions négatives comme la frustration ou la colère (voir Boudreault, Massé et Verret, 2013). Avec l'utilisation du Message JE, on demande à l'adolescent de décrire la situation ou le contexte qui provoque l'émotion (*quand...*), de nommer l'émotion vécue (*je me sens...*), d'expliquer la raison de son sentiment (*parce que...*) et de préciser ce qu'il souhaiterait pour se sentir bien (*j'aimerais...*). Bien sûr, il faut éviter « le tu qui tue » dans la formulation. En le pratiquant régulièrement, l'adolescent apprendra à reconnaître ses émotions et développera une meilleure autorégulation émotionnelle. Le fait de comprendre mutuellement ce qui habite l'autre permet l'ouverture du canal de communication et la possibilité d'une résolution de conflits.

## COMMENT RÉSOUDRE DES CONFLITS INTERPERSONNELS DE FAÇON PACIFIQUE

Avant de tenter de résoudre un conflit, chacune des parties impliquées doit être calme et maîtriser ses émotions.

### **Étape 1 : réviser les règles :**

- écouter le point de vue de l'autre sans l'interrompre;
- s'en tenir au sujet;
- suggérer autre chose lorsqu'on est en désaccord.

### **Étape 2 : définir le conflit chacun de son côté en s'assurant :**

- d'utiliser le Message JE pour décrire l'émotion vécue et préciser le souhait;
- de ne pas attaquer l'autre;
- de décrire ses propres actions ayant contribué au conflit commun à résoudre.

### **Étape 3 : exprimer chacun sa vision du conflit à tour de rôle.**

On peut demander à l'autre de reformuler dans ses propres mots sa propre vision afin de vérifier sa compréhension. Si d'autres problèmes sont soulevés, ils devront être réglés ultérieurement.



#### Étape 4 : définir ensemble la nature du conflit et du problème à résoudre.

#### Étape 5 : rechercher des solutions en pensant à toutes les avenues possibles sous forme de remue-méninges (*brainstorming*).

Plus on a d'idées, plus on a de chances de trouver la bonne solution. Ce remue-méninges doit respecter les règles suivantes :

- la critique est interdite;
- toutes les idées sont admises;
- on doit construire à partir des idées de l'autre;
- on termine lorsque plusieurs solutions ont été émises.

#### Étape 6 : évaluer les idées émises et choisir la meilleure solution.

Une solution satisfaisante optimise les conséquences positives, minimise les conséquences négatives et demeure réaliste.

Les parties peuvent commencer par éliminer toutes les options jugées inacceptables. Par la suite, elles discutent des solutions

qui pourraient fonctionner selon leurs avantages/inconvénients et en choisissent une ou une combinaison.

#### Étape 7 : établir le plan d'action pour mettre en application la meilleure solution qui comprend :

- les actions concrètes qui seront faites et les rôles de chacun;
- les échéances;
- le moment où l'on évaluera la solution choisie.

Pour bien élaborer ce plan d'action, il faut prévoir les difficultés et trouver des moyens de les contourner, connaître les ressources nécessaires ou les possibilités respectives pour mettre en œuvre la solution choisie. Dans l'éventualité où la solution choisie ne fonctionnerait pas, une solution de rechange ou un retour à la case départ peuvent être envisagés.

En somme, les relations d'amitié des adolescents avec un TDA/H demeurent une problématique qui mérite une attention clinique compte tenu de l'impact de ces relations uniques sur le développement et l'adaptation psychosociale. Bien que bon nombre d'études soient orientées vers les enfants, le besoin de poursuivre l'avancement des connaissances au sujet du

## Cours de déontologie et professionnalisme



Ce cours, réparti sur 2 jours, s'adresse aux candidats à l'admission et aux psychologues souhaitant rafraîchir leurs connaissances sur le plan déontologique. Plusieurs situations susceptibles de se présenter au cours d'une pratique professionnelle y seront exposées, telles que le conflit d'intérêts, la dangerosité, le témoignage devant les tribunaux, et celles qui sollicitent des compétences entre autres en matière de confidentialité et de consentement libre et éclairé.

#### M<sup>me</sup> Élyse Michon, formatrice



M<sup>me</sup> Élyse Michon, psychologue, a été inspecteur de l'Ordre pendant trois ans avant de collaborer à la conception du cours de déontologie qu'elle donne maintenant

depuis plus de 15 ans. M<sup>me</sup> Michon est également la formatrice du cours sur la tenue de dossiers offert par l'Ordre et enseigne 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 : de 9 h à 16 h 30

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

Inscription en ligne : [www.ordrepsy.qc.ca/coursdeontologie](http://www.ordrepsy.qc.ca/coursdeontologie)

PROCHAINES FORMATIONS : À MONTRÉAL

- 13 mars et 10 avril 2015
- 8 mai et 12 juin 2015
- 22 mai et 19 juin 2015

fonctionnement social des adolescents avec un TDA/H est crucial. Il convient d'optimiser notre compréhension de leurs défis sociaux afin de développer des interventions efficaces qui nous permettront, en tant que cliniciens, de contribuer au mieux-être et à l'épanouissement de ces jeunes.

### Bibliographie

Bagwell, C. et Schmidt, M.E. (2011). *Friendships in Childhood & Adolescence*. New York, NY: Guilford Press.

Bagwell, C.L., Schmidt, M.E., Newcomb, A.F. et Bukowski, W.M. (2001). Friendship and Peer Rejection as Predictors of Adult Adjustment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2001, 25-50.

Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford Press.

Bengtson, V.L., Biblarz, T.J. et Roberts, R.E.L. (2002). *How families still matter: A longitudinal study of youth in two generations*. New York, NY: Cambridge University Press.

Boudreault, F., Massé, L. et Verret, C. (2013). Aider les enfants à impulsifs à mieux tolérer les frustrations et à mieux gérer leur colère. *Psychologie Québec*, 30, 39-41.

Evans, S.W., Owens, J.S. et Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 527-551.

Gardner, D.M. et Gerdes, A.C. (2013). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A.C., Bukowski, W.M., Kraemer, H.C., ... Wigal, T. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with ADHD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 411-423.

Laugeson, E.A. et Frankel, F. (2010). *Social skills for teenagers with developmental and autism spectrum disorders: The PEERS manual*. New York, NY: Routledge.

Mikami, A.Y. (2010). The importance of friendship for youth with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20, 2810-2817.

Mikami, A.Y., Calhoun, C.D. et Abikoff, H.B. (2010). The positive illusory bias and response to behavioral treatment among children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 373-385.

Mrug, S., Molina, B.S.G., Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Hechtman, L. et Arnold, L.E. (2012). Peer rejection and friendships in children with ADHD: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1013-1026.

Pelham W.E. et Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.

Schneider, B.H., Weiner, J. et Murphy, K. (1994). Children's friendships: The giant step beyond peer acceptance. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, 323-340.

Sibley, M.H., Evans, S.W. et Serpell, Z.N. (2010). Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 32, 193-202.

Volz-Sidiropoulou, E., Boecker, M. et Gauggel, S. (2013). The Positive Illusory Bias in Children and Adolescents with ADHD: Further Evidence. *Journal of Attention Disorders*.

Wehmeier, P.M., Schacht, A. et Barkley, R.A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.

## L'évaluation des troubles mentaux : quand le DSM-5 frappe à nos portes



D<sup>re</sup> Marie Leclaire,  
formatrice



D<sup>re</sup> Marie Leclaire est psychologue clinicienne et professeure adjointe de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Elle se consacre actuellement à l'enseignement de la santé mentale auprès des résidents en médecine familiale et des étudiants en psychologie à l'Unité de médecine familiale Notre-Dame et exerce parallèlement une pratique de psychothérapie en bureau privé.

Cet atelier s'adresse à tous les psychologues soucieux de se familiariser avec les changements et les orientations du DSM-5. Seront aussi présentées, les modifications visant le diagnostic des principaux troubles rencontrés dans une pratique de première ligne : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles somatoformes et troubles de la personnalité. Le cœur de l'atelier portera sur l'évaluation et le diagnostic différentiel de ces troubles dans la pratique du psychologue.

Horaire de la journée : de 9 h à 17 h

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

Inscription en ligne :

[www.ordrepsy.qc.ca/tourneeformationdsm5](http://www.ordrepsy.qc.ca/tourneeformationdsm5)

PROCHAINE FORMATION :

■ 15 mai 2015 à Montréal



Marie-Ève Desrochers / Psychologue

M<sup>me</sup> Desrochers travaille à la commission scolaire de Laval et en bureau privé. Elle est membre du conseil d'administration de l'Association québécoise des psychologues scolaires.



Danis Pageau / Psychologue

M. Pageau travaille à la commission scolaire du Fleuve-et-des-Lacs et en bureau privé. Il est aussi membre du conseil d'administration de l'Association québécoise des psychologues scolaires.

## Le rôle privilégié du psychologue scolaire dans la démarche diagnostique du TDA/H

Malgré l'abondante littérature sur l'étiologie et les modèles explicatifs du TDA/H, notamment sur les hypothèses neuro-biologiques et génétiques, les causes de ce trouble ne sont pas encore clairement définies<sup>1,2,3</sup>. À ce jour, aucun test diagnostique ne permet d'affirmer, hors de tout doute, la présence ou l'absence du TDA/H. De plus, malgré les critères diagnostiques davantage explicités dans la plus récente édition du DSM<sup>4</sup>, l'évaluation du TDA/H est compliquée par la présence fréquente de comorbidités et par le chevauchement de ses principales manifestations avec celles d'autres affections mentales. Plusieurs auteurs soulignent également les limites des critères du DSM pour rendre compte de l'évolution de la symptomatologie, mais aussi des particularités cliniques du TDA/H chez certains sous-groupes, notamment chez les filles<sup>1,5,6</sup>. Par ailleurs, si des lignes directrices ont été publiées dans les dernières années par différents associations et regroupements professionnels pour encadrer la démarche diagnostique du TDA/H<sup>7,8</sup>, peu d'études récentes portent sur l'évaluation de ce trouble. Il existe néanmoins un consensus quant à l'importance d'une approche multi-méthodes, puisque le diagnostic de TDA/H relève d'un jugement clinique basé sur une démarche d'élimination d'hypothèses et une documentation rigoureuse de ses manifestations<sup>1,3,9,10</sup>.

Cet article fait un survol des principales méthodes discutées dans la littérature sur les meilleures pratiques en évaluation du TDA/H et porte un regard critique sur l'apport de chacune d'elles dans la démarche diagnostique. Il décrit ensuite la position privilégiée du psychologue scolaire pour appréhender la complexité du processus d'évaluation de ce trouble neurodéveloppemental.

### FINALITÉS DE L'ÉVALUATION DU TDA/H

Le diagnostic est une finalité importante de l'évaluation, car il permet une meilleure compréhension des difficultés observées chez l'enfant et peut apporter un certain éclairage quant aux orientations à privilégier pour l'intervention. Les méthodes discutées dans cet article concernent principalement cet aspect de l'évaluation. Mais, au-delà du diagnostic et de la détermination des symptômes, l'évaluation du TDA/H vise aussi à spécifier les impacts de ses manifestations sur le fonctionnement familial, scolaire et social de l'enfant. D'ailleurs, les motifs pour lesquels une évaluation psychologique est demandée concernent, a priori, les difficultés de l'enfant à s'adapter à l'un ou l'autre des milieux dans lesquels il évolue. L'évaluation des impacts fonctionnels permet ainsi de déterminer les besoins de l'enfant et les stratégies les plus susceptibles de lui venir en aide. Plusieurs auteurs rappellent l'importance de cet aspect de la démarche d'évaluation sans lequel le diagnostic à lui seul ne saurait permettre d'élaborer un plan de traitement approprié<sup>1,6,9,10,11</sup>. En milieu scolaire, le modèle de service « Réponse à l'intervention » (RAI) s'inscrit dans cette perspective d'évaluation et il contribue de manière unique à la démarche d'évaluation du TDA/H<sup>1,9</sup>. Dans ce modèle, l'élève qui présente des difficultés d'apprentissage ou d'adaptation scolaire bénéficie d'un soutien plus intensif qui implique la mise en place d'interventions scientifiquement validées. Ces dernières sont basées sur une analyse des besoins de l'élève et elles sont soumises à un processus d'évaluation continue<sup>12</sup>. Cette démarche permet notamment de circonscrire les interventions qui s'avèrent les plus efficaces pour lui en fonction de son évolution et elle apporte un éclairage sur les facteurs exogènes (p. ex. type de pédagogie, organisation de la classe, réponse de l'enseignant aux difficultés de l'élève) qui expliquent ou aggravent les difficultés de l'enfant.

## \_MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION DU TDA/H

### 1. Les échelles psychométriques

Depuis des décennies, les échelles psychométriques sont traditionnellement utilisées pour l'évaluation du TDA/H<sup>1,9,10,11</sup>. Elles permettent d'évaluer l'intensité des manifestations comportementales associées à diverses problématiques selon des normes développementales. Remplies par les parents et l'enseignant et, s'il y a lieu, par d'autres intervenants scolaires, elles permettent aussi de dresser un portrait des difficultés de l'enfant dans différents contextes de sa vie quotidienne. D'utilisation facile et peu coûteuse, elles permettent, en outre, de tenir compte des observations de plusieurs informateurs qui côtoient l'enfant dans ses milieux naturels, ce qui est largement recommandé dans la littérature sur les meilleures pratiques en évaluation du TDA/H. Il existe deux catégories d'échelles psychométriques : 1) les échelles ciblées, qui comprennent des items dérivés des critères diagnostiques du TDA/H selon le DSM, et 2) les échelles au spectre plus large, aussi appelées inventaires de comportements.

Malgré un consensus quant à l'utilité des échelles psychométriques dans le processus d'évaluation du TDA/H, ces dernières comportent des limites importantes. Plusieurs auteurs rapportent un manque de fiabilité inter-juges et rappellent l'interférence des biais cognitifs et de la subjectivité dans l'acte d'évaluer<sup>13,14,15</sup>. D'autres auteurs expliquent le manque de fiabilité inter-juges par le peu de sensibilité de ces outils aux variables contextuelles qui renforcent, sinon expliquent, les symptômes associés au TDA/H<sup>13</sup>. Bien qu'elles apportent des informations pertinentes qui méritent d'être intégrées dans la démarche d'évaluation du TDA/H, les échelles ciblées comportent une limite fondamentale sur le plan diagnostique, celle de s'appuyer implicitement sur un raisonnement circulaire, puisque les items sont dérivés des critères du DSM, eux-mêmes à l'origine créés à partir de données d'observations rapportées par les parents et les enseignants<sup>2</sup>.

### 2. L'entrevue

L'entrevue avec les parents, l'enseignant et les intervenants qui côtoient l'enfant dans son quotidien fait partie des méthodes les plus citées dans la littérature sur les meilleures pratiques en évaluation du TDA/H<sup>1,9,10,11</sup>. Il existe des protocoles d'entrevues structurées qui comportent des modules pour l'évaluation du TDA/H et pour lesquels des études ont confirmé de bons coefficients de fidélité. Par ailleurs, ces formes d'entrevues, combinées aux échelles psychométriques, ajouteraient peu à la validité incrémentale et seraient ainsi moins pertinentes au regard du ratio coût/efficacité<sup>11</sup>.

L'entrevue non structurée est sans doute la forme d'entrevue la plus utilisée en milieu clinique et scolaire. Cette méthode comporte plusieurs avantages qui pallient les limites des échelles psychométriques<sup>9,10</sup>. Elle permet, entre autres, une cueillette d'informations plus approfondie sur les manifestations du TDA/H, sur l'âge auquel elles sont apparues, sur leurs impacts dans la vie quotidienne et scolaire de l'enfant et sur les éléments de l'histoire personnelle et médicale qui contribuent à la symptomatologie. L'entrevue non structurée permet également de mieux documenter les comorbidités possibles<sup>1</sup>. En revanche, elle reste sensible aux biais de l'évaluateur et à la subjectivité des informateurs dans la présentation des données qui seront utilisées pour établir le diagnostic.

### 3. Les tests cognitifs

Malgré la reconnaissance de l'apport des modèles neurocognitifs dans la compréhension du TDA/H, plus particulièrement l'hypothèse de déficit des fonctions exécutives, les tests cognitifs ne permettent pas, à eux seuls, d'établir un diagnostic de TDA/H<sup>1,3,9,11</sup>. Plusieurs raisons expliquent les limites de ces tests dans la démarche d'évaluation du TDA/H. D'abord, bien que le TDA/H soit classifié par l'American Psychiatric Association dans la section des troubles neuro-développementaux<sup>4</sup>, ses critères diagnostiques reposent encore, à ce jour, sur une description comportementale de ses manifestations. Ensuite, si certains tests cognitifs, notamment le *Continuous Performance Test*, ont un certain appui empirique quant à leur capacité à discriminer les enfants TDA/H et ceux des groupes contrôles<sup>2,5,16</sup>, le degré avec lequel ces tests permettent de discriminer les enfants TDA/H et ceux présentant un autre trouble mental n'est pas encore clairement démontré<sup>3,9</sup>. Enfin, des auteurs rappellent aussi la faible validité écologique de ces tests qui tentent de décortiquer en fonction unique des processus complexes difficilement opérationnalisables<sup>1,9</sup>.

Plusieurs auteurs considèrent que les tests cognitifs, malgré leurs limites psychométriques, ont un apport important dans le processus d'évaluation du TDA/H<sup>5,15,16,17,18</sup>. L'évaluation des fonctions cognitives est en effet reconnue pour sa contribution dans l'évaluation des difficultés associées au TDA/H et dans l'évaluation des diagnostics différentiels et des comorbidités. Elle permet également d'objectiver, jusque dans une certaine mesure, les observations plus susceptibles d'être influencées par les biais et la subjectivité de l'évaluateur. En outre, les tests cognitifs permettent d'élargir la compréhension des difficultés de l'élève, car ils apportent un éclairage sur le fonctionnement intellectuel et cognitif, autant d'informations utiles à la définition de ses capacités et de ses besoins et, ultimement, à l'élaboration du plan d'intervention.

#### 4. L'observation directe

L'observation directe est une méthode traditionnellement moins utilisée pour l'évaluation du TDA/H, car elle comporte le désavantage d'être peu efficace sur le plan diagnostique<sup>2,11</sup>. En effet, pour être représentatives du fonctionnement de l'enfant, les observations doivent être suffisamment nombreuses et couvrir plusieurs situations, ce qui est coûteux en temps et difficilement accessible pour plusieurs cliniciens. Or l'observation directe, et plus particulièrement l'observation en milieu naturel, fait partie des méthodes recommandées dans la littérature sur les meilleures pratiques en évaluation du TDA/H<sup>1,9,10,11</sup>. Cependant, elle n'est pas recommandée pour des visées diagnostiques<sup>9</sup>. Il existe différentes grilles d'observation, mais peu d'études portent sur les valeurs psychométriques. L'observation en milieu naturel contribue néanmoins de façon unique à la démarche d'évaluation, car elle permet de décrire la nature précise des difficultés de l'enfant, de documenter les impacts sur son fonctionnement et de déterminer quels sont les facteurs contextuels qui influencent

le comportement<sup>1,9,10,11,19</sup>. Elle rend ainsi possible une analyse plus affinée des processus subtils qui renforcent les problèmes et qui ne sont pas soulevés par les autres méthodes d'évaluation. Enfin, l'observation en milieu naturel pallie les limites de ces dernières, car elle permet de mettre à distance critique les biais des informateurs et leur subjectivité dans l'évaluation qu'ils font des manifestations du TDA/H chez l'enfant.

#### \_L'APPORT DU PSYCHOLOGUE SCOLAIRE

Parce qu'il est un témoin direct du fonctionnement de l'enfant dans l'un de ses principaux milieux de vie, le psychologue scolaire occupe une position de choix pour appréhender la complexité du processus d'évaluation du TDA/H. Par la nature de son travail, il peut réaliser des observations en milieu naturel et documenter le fonctionnement de l'élève dans une multitude de situations (par exemple lors d'activités dirigées, d'enseignement magistral ou interactif, avec les pairs, au service de garde, etc.). Ayant facilement accès à l'observation directe de l'enfant, le psychologue

## Formation sur la tenue de dossiers



La formation « Tenue de dossiers » s'adresse aux psychologues de tous les secteurs et les différentes pratiques y seront illustrées. Une occasion de s'approprier le guide explicatif sur la tenue de dossiers, de mettre à jour ses connaissances sur les plans déontologique et réglementaire concernant les exigences en matière de tenue de dossiers, de saisir concrètement l'impact de ces exigences sur la pratique courante et de développer le jugement professionnel quant au contenu, au fond et à la forme des rapports psychologiques et autres notes à consigner aux dossiers.

M<sup>me</sup> Élyse Michon, formatrice



M<sup>me</sup> Élyse Michon, psychologue, a été inspectrice de l'Ordre pendant trois ans avant de collaborer à la conception du cours de déontologie qu'elle donne maintenant depuis plus de 15 ans. M<sup>me</sup> Michon est également la formatrice du

cours sur la tenue de dossiers offert par l'Ordre et enseigne le cours en éthique et déontologie à l'Université de Sherbrooke.

### Prochaine session, de 9 h à 16 h 30

PROCHAINE FORMATION :

- 20 mars 2015 - MONTRÉAL  
Hôtel des Gouverneurs Place Dupuis  
1415, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec) H2L 3Y9

Les frais d'inscription pour cette journée sont de 201,21 \$, taxes incluses.  
Inscription en ligne : [www.ordrepsy.qc.ca/tenuededossiers](http://www.ordrepsy.qc.ca/tenuededossiers)

# SÉMINAIRE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Optimiser ses facteurs d'efficacité

avec Gilles Delisle, Ph.D.

*« Il n'y a pas de psychothérapie sans psychothérapeute. Aucune méthode aussi excellente soit-elle, aucun manuel aussi structuré soit-il, aucune donnée aussi probante soit-elle, n'ont jamais guéri quelque souffrance psychologique que ce soit. Cette petite grâce, quand elle arrive, le fait par la présence incarnée, résonnante, réfléchie et expressive d'un thérapeute singulier, affranchi des désastreux intégrismes d'approches. »<sup>1</sup>*



## UN TOUT NOUVEAU SÉMINAIRE EXAMINANT :

- La relation thérapeutique, les données probantes et les meilleures pratiques
- La relation thérapeutique éclairée par les neurosciences : qu'est-ce que ça change ?
- La présence incarnée du psychothérapeute : comment ? Pourquoi ?
- La résonance affective du psychothérapeute : son activation, sa maturation
- La présence expressive du psychothérapeute : avec quelles balises ? Quels outils ?
- La réflexivité du psychothérapeute : pour penser quoi ?
- La singularité du psychothérapeute : à quelles conditions, au service de quoi ?

QUÉBEC

7 ET 8 MAI 2015

MONTRÉAL

11 ET 12 JUIN 2015

350 \$ (plus taxes)

Les places sont limitées.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION

514 481-4134

administration@cigestalt.com

INSCRIPTION EN LIGNE

[www.cigestalt.com/inscription-activites/](http://www.cigestalt.com/inscription-activites/)

Ce séminaire de perfectionnement clinique est reconnu par l'Ordre des psychologues du Québec, en tant que formation continue à la psychothérapie : RA00622-13.

Conjuguant les récentes données de recherche sur l'efficacité, les neurosciences appliquées à la psychothérapie, et l'expérience issue de 30 années consacrées à la formation de psychothérapeutes, ce nouveau séminaire théorico-clinique veut permettre au thérapeute de situer ses propres caractéristiques mises en jeu en relation thérapeutique, et d'identifier des pistes d'optimisation de son propre potentiel relationnel en contexte de psychothérapie.

CIG 

CENTRE  
D'INTÉGRATION  
GESTALTISTE

scolaire peut utiliser l'analyse fonctionnelle du comportement pour mieux circonscrire les facteurs qui motivent, renforcent ou maintiennent les manifestations d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité. Par ailleurs, il est aussi habilité à utiliser les autres méthodes d'évaluation, assurant ainsi la mise en place d'une approche multi-méthodes qui tient compte des meilleures pratiques en évaluation du TDA/H.

En relation directe avec les intervenants scolaires dans le cadre de son travail, le psychologue scolaire est plus à même d'estimer l'apport des biais de l'informateur et de la subjectivité dans la description des difficultés d'un élève. Occupant un rôle qui lui permet de saisir les particularités du milieu dans lequel l'enfant évolue, il peut tenir compte, dans son analyse, des enjeux relationnels, contextuels et organisationnels qui influencent le fonctionnement de l'enfant et les perceptions qu'ont les intervenants au sujet de ses difficultés. Par ailleurs, de plus en plus sensibilisé au modèle de « Réponse à l'intervention », le psychologue scolaire participe à l'évaluation des besoins

de l'élève et des interventions mises en place pour lui venir en aide, ce qui lui permet de générer et de vérifier *in vivo* ses hypothèses quant à l'apport des facteurs exogènes et endogènes qui génèrent les difficultés. Il peut ainsi porter un regard critique sur les méthodes d'évaluation qu'il utilise dans sa démarche pour documenter les manifestations du TDA/H et il est bien placé pour relativiser les données recueillies par chacune d'elles.

Enfin, en raison de la nature de son rôle qui l'amène à couvrir un large champ de pratique, le psychologue scolaire développe un éventail de connaissances qui lui permettent d'être à l'affût des autres troubles pouvant expliquer mieux les difficultés de l'élève ou se présentant de façon concomitante aux manifestations du TDA/H.

*Les auteurs souhaitent remercier M. Robert Pelletier, psychologue scolaire et président de l'AQPS, pour sa collaboration à la préparation de cet article.*

## Bibliographie

- DuPaul, G.J. et Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies (3rd ed.)*. New York : Guilford Press.
- Barkley (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. New York : Guilford Press.
- Furman, L. (2005). What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? *Journal of child neurology*, 20(12), 994-1002.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Stefanatos, G.A. et Baron, I.S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder : A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17, 5-38.
- DuPaul, G.J. et Jimerson, S.R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school : Contemporary Science, Practice, and Policy. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 379-384.
- American academy of pediatrics (2000). Clinical practice guideline : Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105(5), 1158-1170.
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA) (2011). *Lignes directrices canadiennes sur le TDA/H (3<sup>e</sup> éd.)*. Toronto, ON : CADDRA.
- Tobin, R.M., Schneider, W.J., Reck, S.G. et Landau, S. (2008). Best practices in the assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder : Linking assessment to response to intervention. In A Thomas et J. Grimes (éd.). *Best practices in school psychology V (vol. 2, p. 617-632)*. Bethesda, MD : National Association of School Psychologists.
- Zloteanu, R. (2007). *Rapport final de l'étape préliminaire d'évaluation du programme « La bougeotte » : Revue de la littérature sur les outils d'évaluation et les meilleures pratiques d'intervention auprès du trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*. Ottawa, ON : Centre d'excellence provinciale au CHEO en santé mentale des enfants et des adolescents.
- Pelham, W.E. Jr., Fabiano, G.A. et Massetti, G.M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 449-476.
- Glovers, T.A. et DiPerna, J.C. (2007). Service delivery for response to intervention : Core components and directions for future research. *School Psychology Review*, 36(4), 526-540.
- Dirks, M.A., De Los Reyes, A., Briggs-Gowan, M., Cella, D. et Wakschlag, L.S. (2012). Annual research review : Embracing not erasing contextual variability in children's behavior – theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(5), 558-574.
- Valo, S. et Tannock, R. (2010). Diagnostic instability of DSM-IV ADHD Subtypes : Effects of informant source, instrumentation, and methods for combining symptom reports. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 39(6), 749-760.
- Holmes, J., Gathercole, S.E., Place, M., Alloway, T.P., Elliott, J.G. et Histon, K.A. (2010). The diagnostic utility of executive function assessments in the identification of ADHD in children. *Child and adolescent mental health*, 15(1), 37-43.
- Pinjala, M., Willis, A. et Golden, C. (2014). Prediction of ADHD diagnosis using a continuous performance task. *Archives of clinical neuropsychology*, 29(6), 541.
- Guay, M.-C., Lageix, P. et Parent, V. (2006). Proposition d'une démarche évaluative du TDA/H. In N. Chevalier, M.-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant (éd.). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. Québec : Presses de l'Université du Québec
- Pritchard, A.E., Nigro, C.A., Jacobson, L.A. et Mahone, E.M. (2012). The role of neuropsychological assessment in the functional outcomes of children with ADHD. *Neuropsychology Review*, 22(1), 54-68.
- Nadeau, M.-F., Normandeau, S. et Massé, L. (sous presse, 2015). TDA/H et interventions scolaires efficaces : Fondements et principes d'un programme de consultation individuelle. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 26 pages.



**Dr Martin Pearson**  
Psychologue

Le Dr Pearson est directeur clinique à l'Unité de traitement et d'évaluation du TDA/H adulte. [www.tdahadulte.ca](http://www.tdahadulte.ca)



**Dr<sup>e</sup> Chantal Tremblay**  
Psychologue

La Dr<sup>e</sup> Tremblay est directrice des services professionnels au Regroupement Chantal Tremblay.

## L'utilisation d'outils technologiques dans le traitement du TDA/H à l'âge adulte

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une condition qui a longtemps été associée aux enfants. Ce n'est qu'au début des années 1990 qu'on a commencé à évoquer la possibilité que ce trouble puisse perdurer à l'âge adulte (Barkley, 2005). Dans les faits, de 50 à 80 % des enfants présentant un TDA/H auront toujours ce diagnostic une fois adulte. (Polanczyk et coll., 2007). C'est avec l'avènement du DSM-5 en 2013 que des critères diagnostiques spécifiques aux adultes ont été élaborés. D'ailleurs, le nombre d'études scientifiques effectuées auprès de cette population est en croissance constante depuis la dernière décennie. Kessler et coll. (2006) estiment à 4,4 % la prévalence du TDA/H chez la population adulte. De ces personnes, plus de la moitié ignoraient en être atteintes, malgré la présence de comorbidité dans 67 % des cas. En effet, le TDA/H s'accompagne très souvent de troubles anxieux (dans 47 % des cas) et de l'humeur (38 %) et occasionne des répercussions fonctionnelles importantes (Kessler et coll., 2006). Klein et coll. (2012) dressent d'ailleurs un portrait sombre de l'évolution dite « naturelle » du TDA/H (sans traitement) dans leur étude longitudinale effectuée sur 271 enfants durant une trentaine d'années. Les sujets de leur étude en comparaison à la population générale ont de moins bonnes conditions sociales, économiques, scolaires et professionnelles. Les auteurs évoquent d'ailleurs l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoce du TDA/H pour réduire l'impact fonctionnel de cette condition à l'âge adulte.

Parmi les traitements possibles, il sera souvent judicieux d'associer la pharmacothérapie à la psychothérapie. La prise de psychostimulants est d'ailleurs le type de traitement le plus efficace pour le TDA/H (Seixas et coll., 2012) et génère dans 75 % des cas un effet bénéfique dès le premier essai (Barkley et coll. 2010). De plus, la sécurité et l'efficacité des stimulants et non-stimulants dans le traitement à long terme du TDA/H ont maintes fois été démontrées (Fredriksen et coll., 2013). Ce traitement réduirait le risque de toxicomanie à l'adolescence (Harstad et coll., 2014) et de démence à l'âge adulte avancé (Sinita et Coghil, 2014). Cependant, même avec un traitement pharmacologique optimal, certains symptômes et manifestations du TDA/H vont demeurer (voir le tableau 1), faisant ressortir l'importance d'ajouter une psychothérapie dont les objectifs tiennent compte de ces symptômes résiduels.

Pour mieux en saisir l'importance, revenons à la compréhension du trouble. Nommé en fonction de l'absence ou de la présence de deux de ses manifestations (attention et hyperactivité), le TDA/H aura avantage à être abordé, tant pour le thérapeute que pour le client, sous l'angle des difficultés de fonctionnement qui le sous-tendent, c'est-à-dire les fonctions exécutives (voir la figure 1).

Les fonctions exécutives sont complexes à définir. Le thérapeute et le client peuvent se les représenter comme étant l'ensemble des processus cognitifs qui nous permettent d'adéquatement organiser et adapter nos comportements dirigés vers un but (Chevalier et coll., 2006). Dans le traitement du TDA/H, le thérapeute a tout avantage à ajouter à son évaluation initiale l'appréciation du niveau de fonctionnement exécutif de son patient. Ce faisant, il en tient compte tant dans l'établissement de ses objectifs thérapeutiques que pour faciliter la compréhension qu'a le patient de ses propres difficultés. *Ces objectifs viseront principalement à fournir un soutien aux fonctions exécutives les plus vulnérables du client par l'entremise de différents moyens.* Parmi ces moyens, le recours à différents outils technologiques peut s'avérer une solution très intéressante (Ramsay et Rostain, 2015).



TABEAU 1

AMÉLIORATION FONCTIONNELLE GÉNÉRALE ET EFFETS RÉSIDUELS LORS D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE OPTIMAL

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE OPTIMAL	AMÉLIORATION FONCTIONNELLE GÉNÉRALE	PROBLÈMES RÉSIDUELS POSSIBLES NÉCESSITANT UN SOUTIEN
	Attention soutenue Attention aux détails Distractivité Initiative / complétion de tâches Difficulté mémoire de travail Contrôle de l'impulsivité Couper la parole Instabilité motrice Incapacité à s'asseoir Niveau d'activation Frustration Intensité émotionnelle Explosion émotionnelle Productivité Vigilance + précision Mémoire + apprentissage Motricité fine	Gestion du temps Organisation Priorisation Procrastination Oubli Perdre des objets Régulation émotionnelle Prise de décision Régulation sociale Besoin de gratification immédiate Difficultés d'apprentissage Désintérêt et ennui facile Gestion de soi (temps, priorités, oublis) Mauvais équilibre de vie (manger, bouger, dormir) Estime de soi Historique relationnel Finances (dépenses) Planification à long terme

(Traduction libre du tableau de Farrelly et coll., 2013.)

FIGURE 1

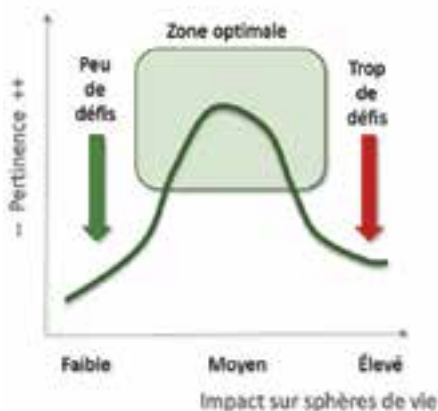
LES FONCTIONS EXÉCUTIVES



(Source : Brown, 2014.)

## GRAPHIQUE 1

### PERTINENCE DE L'UTILISATION D'OUTILS TECHNOLOGIQUES EN PSYCHOTHÉRAPIE DU TDA/H EN FONCTION DE L'IMPACT SUR LES SPHÈRES DE VIE



L'utilisation d'outils technologiques en intervention est de plus en plus étudiée, mais elle demeure à ce jour un champ d'études en émergence (Arthanat et coll., 2013). Cependant, les aide-mémoire (p. ex. liste de tâches, agenda, routine) pour des patients présentant des difficultés cognitives démontrent un large potentiel d'action (Boman et coll., 2010). Par ailleurs, les applications informatiques ont ici un avantage sur des versions plus traditionnelles, puisqu'elles interpellent l'utilisateur et en ce sens « amorcent » l'action. L'aide de la technologie peut aussi se présenter sous la forme de certains crayons intelligents (*smart pen*), qui permettent l'enregistrement de cours, de conférences ou de réunions et l'association d'extraits sonores à la prise de notes graphique, augmentant le degré de compréhension chez les apprenants qui présentent des difficultés d'apprentissage (McCallum et Schmitt, 2011; Schmitt et coll. 2011).

L'intégration de ces outils technologiques en intervention nécessite chez le praticien une bonne maîtrise de l'outil qu'il propose, mais également qu'il effectue un suivi constant auprès du client de manière à ce que la technologie soit bien intégrée à ses habitudes de vie (Lindstedt et Umb-Carlsson, 2013). Le psychologue doit s'assurer de la pertinence pour le client de bénéficier de l'aide d'un tel outil. Pour ce faire, il doit tenir compte du degré de difficulté éprouvée dans les différentes sphères de la vie de l'adulte présentant un TDA/H (voir le graphique 1), mais également du degré d'ouverture du client à l'utilisation des nouvelles technologies. Certaines appréhensions du client doivent également être prises en compte pour une meilleure réussite de l'implantation de ces technologies. Le thérapeute doit prendre le temps d'écouter

les craintes et les résistances du client à effectuer une transition vers des outils technologiques. Ramsay et Rostain (2015) proposent d'ailleurs certaines pistes de réflexion pour aider le client à mieux orienter son utilisation d'outils informatiques :

1. Trouvez la raison pour laquelle vous utilisez l'outil informatique. Quelle est votre intention et pourquoi est-ce important pour vous?
2. Déterminez les étapes ou les actions que vous mènerez pour demeurer concentré sur votre tâche et utilisez votre outil informatique en accord avec cette tâche.
3. Qu'est-ce qui pourrait vous amener à dévier de votre tâche initiale ou l'interrompre? Tentez de prédire ce qui pourrait nuire, lors de l'utilisation de votre outil informatique, à l'accomplissement de votre tâche.
4. Comment gérez-vous les distractions? Créez un plan du type *SI > ALORS* (*SI* je rencontre X difficulté, *ALORS* je vais la gérer en faisant Y) pour vous aider à mieux gérer ces distractions

Nous proposons donc, à titre illustratif, certains outils pouvant faire partie du processus thérapeutique avec vos clients présentant un TDA/H :

#### \_ADHD ALARM



Application pour téléphones intelligents Android et iPhone/iPad, créée par la D<sup>re</sup> Jennie Byrne, une psychiatre spécialisée dans le TDA/H chez l'adulte, dans le but d'aider les adultes atteints de TDA/H avec la gestion du temps. Cette application les aide à estimer le temps de préparation requis afin d'arriver à l'heure à leurs rendez-vous ou d'aller au lit à une heure adéquate. L'application, disponible à 4,59 \$ et 2,06 \$, invite l'utilisateur à estimer le temps de différentes tâches et routines (telles que la douche, le brossage des dents, le réveil des enfants, etc.). Sur la base de toutes ces données, le réveil-matin est réglé automatiquement en fonction du temps nécessaire afin d'être à l'heure. L'application a été développée pour être flexible et pour répondre aux besoins de n'importe quel adulte présentant un TDA/H.

Fonctions exécutives supportées : activation (gestion de temps), *focus* (changement de tâches), action (inhibition, motivation, autorégulation), mémoire (rappel de l'information), effort (éveil, vitesse d'exécution).

itunes.apple.com/ca/app/adhd-alarm/id483094194  
play.google.com/store/apps/details?id=adhd.alarm.clock&hl=fr

## \_ADHD APP



Cette application pour iPhone/iPad est un agenda visuel destiné aux adultes atteints de TDA/H et créé selon des observations notées dans le cadre d'un groupe de discussion constitué d'adultes présentant cette condition. L'application est disponible gratuitement en version d'essai et à 11,99 \$ pour la version améliorée. Facile d'utilisation, elle offre en un coup d'œil rapide l'horaire de la journée ou de la semaine par l'utilisation de pictogrammes. Elle permet également de régler des rappels pour les rendez-vous importants.

Cette application supporte sensiblement les mêmes fonctions exécutives que ADHD Alarm.

[itunes.apple.com/ca/app/adhd-app/id714414539](https://itunes.apple.com/ca/app/adhd-app/id714414539)

Les applications disponibles sont nombreuses et se développent rapidement. Cependant, en plus de la contrainte technique (iPhone/iPad; Android), le thérapeute doit aussi composer avec un choix limité d'applications francophones adaptées à la réalité du TDA/H. Il est à souhaiter que le marché, stimulé par la demande, comble avec le temps cette lacune déplorable.

Pour plus d'information sur le TDA/H à l'âge adulte, veuillez consulter le [www.tdahadulte.ca](http://www.tdahadulte.ca).

*Note : Les auteurs de cet article n'obtiennent aucune rétribution et n'entretiennent aucun lien avec les développeurs de ces applications.*

## \_Bibliographie

- Arthanat Sajay, Christine Crutin et David Knotak (2013). Comparative Observations of Learning Engagement by Students With Developmental Disabilities Using an iPad and Computer: A Pilot Study. *Assistive Technology*, 25, 204-213.
- Barkley R. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3<sup>e</sup> éd. New York : Guilford Press. 744 p.
- Barkley, R. A. , Murphy, K. R. et Fischer, M. (2010). ADHD in Adults: What the Science Says, New York: Guilford Publications, 489 p.
- Boman, I.-L., Bartfai, Al, Borell, L., Tham, K. et Hemmingsson, H. (2010). Support in everyday activities with a home-based electronic memory aid for persons with memory impairments. *Disability and rehabilitation: Assistive technology*, 5 (5), 339-350.
- Brown, T. (2014). Smart but Stuck: Emotions in Teens and Adults with ADHD. Jossey Bass Editions: San Francisco. 288 p.
- Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., et Poissant, H. (2006). Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec. with cognitive deficits: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 24(8), 701-714.
- Elkind, J., Cohen, K., et Murray, C. (1993). Using computer-based readers to improve reading comprehension of students with dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 43, 238-259.
- Farrelly, G. et coll., (2013). CADDRA conference, Toronto.
- Fredriksen, M., Halmoy, A., Faraone, SV. et Haavik, J. (2013). Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: a review of controlled and naturalistic studies.
- Gillespie, A., Best, C., et O'Neill, B. (2012). Cognitive function and assistive technology for cognition: A systematic review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(1), 1-19.
- Harstad, E., Levy, S., et CSA. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 134, 293-301.
- Izzo, M., Yurick, A., et McArrell, B. (2009). Supported eText: Effects of text-to-speech on access and achievement for high school students with disabilities. *Journal of Special Education Technology*, 24, 9-20.
- Kessler RC, Adler L, Barkley RA et coll. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163 (4) : 716-723.
- Klein, R. G., Mannuzza, S., Ramos Olazagasti, M. A., Roizen Belsky, E., Hutchison, J. A., Lashua-Shriftman, E., et Castellanos, F. X. (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood ADHD 33 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 69(12), 1295-1303.
- Lindstedt, H., et Umb-Carlsson (2013). Cognitive assistive technology and professional support in everyday life for adults with ADHD. *Disability And Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(5), 402-408.
- McCallum, E., et Schmitt, A. J. (2011). Using technology in schools to enhance student performance. *Journal of Evidence-Based Practices For Schools*, 12, 129-130.
- Montali, J., et Lewandowski, L. (1996). Bimodal reading: Benefits of a talking computer for average and less skilled readers. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 271-279.
- Moorman, A., Boon, R. T., Keller-Bell, Y., Stagliano, C., et Jeffs, T. (2010). Effects of text-to-speech software on the reading rate and comprehension skills of high school students with specific learning disabilities. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 16, 41-49.
- Parker, D. R., et Banerjee, M. (2007). Leveling the digital playing field: Assessing the learning technology needs of college-bound students with LD and/or ADHD. *Assessment For Effective Intervention*, 33(1, Pt 2), 5-14.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 164:942-948.
- Ramsay, J. R. et Rostain, A. (2015) The Adult ADHD Tool Kit. New York: Routledge.
- Ramsay, R., et Rostain, A. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: An integrative Psychosocial and Medical Approach. New York: Routledge.
- Schmitt, A. J., McCallum, E., Rubinic, D., et Hawkins, R. (2011). Reading pen decoding and vocabulary accommodations: Impact on student comprehension accuracy and rate. *Journal of Evidence Based Practices for Schools*, 12, 129-130.
- Seixas, M., Weiss, M. et Müller, U. (2012). Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of psychopharmacology*, 26(6), 753-765.
- Sinita, E., Coghill, D. (2014). The use of stimulant medications for non-core aspects of ADHD and in other disorders. *Neuropharmacology*, 87, 161-172.



Institut  
de psychologie  
contextuelle

# FORMATIONS

NOS FORMATIONS SONT ACCRÉDITÉES PAR L'OPQ

Thérapie d'acceptation et d'engagement - ACT  
et thérapies contextuelles de troisième vague

PROCHAINS ATELIERS :

À NE PAS MANQUER

**Robert Kohlenberg PhD  
et Mavis Tsai PhD**

Fondateurs de la FAP -  
thérapie basée sur l'analyse  
fonctionnelle. Une opportunité  
exceptionnelle de découvrir  
comment le mindfulness et la  
psychologie comportementale  
peuvent approfondir vos  
relations thérapeutiques pour  
créer un changement durable.

21-22 mai 2015, Montréal  
Traduction simultanée



« Je vous recommande  
ces formations qui nous  
reconnectent à nos valeurs  
personnelles de cliniciens

**Christiane Grimard**  
Psychologue, Sainte-Julie, QC

FORMATIONS ACT

avec **Benjamin Schoendorff**

**ACT et troubles de l'humeur**

26 mars 2015, Montréal

**Acceptation et compassion**

27 mars 2015, Montréal

**ACT et troubles anxieux**

23 avril 2015, Montréal

**Valeurs et prise de perspective**

24 avril 2015, Montréal

**Troubles alimentaires  
avec Sheri Turrell PhD**

7 mai 2015, Montréal

**Troubles de la personnalité  
avec Marie-France Bolduc**

8 mai 2015, Montréal



Formations  
dans les  
milieux  
Supervision  
en ligne

Invités internationaux ..... 450\$

Ateliers d'un jour ..... 200\$

Tarif étudiant ..... Rabais de 50%

contextpsy.com

# Activités régionales et des regroupements

## \_REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

Le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) propose différentes activités de formation qui auront lieu prochainement.

Le vendredi 6 mars 2015 de 9 h à 16 h 30, le Dr Martin Pearson, psychologue, animera une formation ayant comme titre *L'intervention en contexte individuel, conjugal et familial auprès d'adultes souffrant d'un trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*.

Une formation intitulée *La thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux chez les jeunes : adaptation aux cas complexes* aura lieu le vendredi 20 mars 2015 de 9 h à 16 h 30 et sera présentée par la D<sup>e</sup> Isabelle Denis, psychologue.

Conrad Lecomte, psychologue, animera une formation sur *L'expérience de l'impuissance du psychothérapeute* le 24 avril 2015, de 9 h à 16 h 30.

Notez que toutes ces activités auront lieu à l'Hôtel Classique, au 2815, boulevard Laurier, à Québec. Pour renseignements et inscription, consultez le rpccq.ca.

## \_SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) offre plusieurs activités à travers le Québec.

La section de l'Estrie tiendra une conférence sous le thème *Une équipe efficace : travailler ensemble en prenant soin de chacun* le 13 mars 2015 à 13 h 30 et sera présentée par Louise Charrette, CRHA, C. O. Organisationnel, Multi-Aspects Groupe inc. De plus, le 15 avril 2015 de 17 h 30 à 20 h 30 aura lieu un souper-conférence sous le thème *L'innovation dans l'action : d'hier à aujourd'hui*, présenté par Francesco Montani, professeur à l'Université de Sherbrooke, et Marc-André Fontaine, vice-président au développement de produits, Sherweb.

Enfin, le 13 mars 2015 à 13 h 30 à l'Université du Québec en Outaouais (238, boul. Alexandre-Taché, Gatineau) aura lieu une conférence présentée par Renée DeBellefeuille, Chambre des communes, Renée Légaré, Hôpital d'Ottawa et Anne-Renée Gravel, Têluq, sous le thème *Le leadership au féminin*.

Pour de plus amples renseignements sur ces activités ou pour vous y inscrire, consultez le site web de la SQPTO au [www.sqpto.ca](http://www.sqpto.ca).

## \_ACTIVITÉS DE REGROUPEMENT DE LA RÉGION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Le comité de formation continue des psychologues du Saguenay-Lac-Saint-Jean lance sa programmation pour le printemps.

Le 1<sup>er</sup> avril 2015 à 19 h, une conférence publique est organisée sur le sujet *Famille et trouble du spectre autistique (TSA) : mieux comprendre pour mieux intervenir*. Présentée par la D<sup>e</sup> Delphine Vuattoux, psychologue, la conférence aura lieu à l'Hôtel Le Montagnais, au 1080, boulevard Talbot, à Chicoutimi.

Le jeudi 2 avril 2015, de 8 h 30 à 16 h, la D<sup>e</sup> Delphine Vuattoux, psychologue, donnera une formation ayant comme titre *Interventions auprès des jeunes souffrant du syndrome de l'autisme (TSA)*. Cette formation aura lieu à l'Hôtel Le Montagnais, au 1080, boulevard Talbot, à Chicoutimi.

## \_ACTIVITÉ DE REGROUPEMENT DE LA RÉGION DE L'ESTRIE

Le comité de formation continue des psychologues de l'Estrie invite les psychologues de la région à une formation intitulée : *Intégration par les mouvements oculaires (IMO) – niveau 1 : une solution globale et efficace aux souffrances des personnes traumatisées* les jeudi et vendredi 7 et 8 mai 2015 de 8 h 30 à 18 h. Cette formation sera présentée par la D<sup>e</sup> Danie Beaulieu, psychologue et aura lieu à l'Hôtel Delta, au 2685, rue King Ouest à Sherbrooke.

## \_ACTIVITÉ DE REGROUPEMENT DE LA RÉGION DE LANAUDIÈRE

Le comité d'organisation des activités régionales de Lanaudière vous invite à deux journées de formation continue les jeudi et vendredi 26 et 27 mars de 8 h 30 à 16 h 30. Intitulées *Processus de changement et intersubjectivité en psychothérapie*, ces formations seront présentées par la D<sup>e</sup> Monique Brillon, psychologue, et auront lieu à la salle La Distinction, au 1505, boul. Base-de-Roc à Joliette.

# 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.

**À louer/partager Vieux-Terbonne** – Bureaux à louer. Services inclus, meublés. Références de clients et contacts avec collègues. René M. Forget : 450 964-1794 ou forget17@videotron.ca.

**BUREAUX À AHUNTSIC.** Meublés ou non, insonorisés, près du métro Henri-Bourassa, commodités sur place, souplesse dans modalités de location. Renseignements : 514 388-4365, poste 221.

**Métro Iberville coin Bélanger/Iberville.** Grande salle d'attente. Bureaux insonorisés et climatisés entièrement rénovés. Disponibilité jeudi/vendredi Réal Bédard 514 862-7852.

**Salle de consultation pour psychologue à louer** dans une clinique médicale privé située à L'Assomption. Meublée. Services réception. Location par jour : 50 \$/j ou mensuel : 500 \$/mois (si plus de 3 j./sem.). Contacter Natacha Samedy 450 589-3232.

**Bureaux lumineux avec du cachet à sous-louer** dans un local chaleureux et professionnel situé rue Laurier Ouest. Disponibilités 1-2 jours/semaine. Communiquez avec Geneviève Bouthillier 514 814-8914.

**Bureau à louer à Montréal** : 2120, rue Sherbrooke Est situé dans un édifice de 11 étages abritant une pharmacie et un restaurant au rez-de-chaussée. Service de sécurité le soir. Salle d'attente plaisante. Bureau insonorisé, meublé, climatisé avec grande fenêtre donnant sur le pont Jacques-Cartier. Roger Bronsard, 514 523-8771.

**Bureaux rénovés à louer près du métro Henri-Bourassa.** Édifice sécuritaire très bien entretenu. Idéal pour thérapeute ou psychologue. 514 381-0003

**Québec – Bureaux à louer sur Grande-Allée.** Édifice Le Claridge. Meublés, accueillants. Salle d'attente commune. Location à l'heure, demi-journée ou journée. Conditions souples. Possibilités de références. 418 682-2109.

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

**Québec, Montcalm – Bureau à louer.** Contemporain, insonorisation, climatisation, internet, télécopieur. Intérêt TDA, un atout. Possibilité références et formation TDA. Rémi Labbé 418 997-4124, remlabbe@hotmail.com.

**Clinique de psychologie Papineau.** Bureaux à louer sur le Plateau Mont-Royal (métro Laurier). Location par blocs et à la journée à des tarifs avantageux! Bureaux insonorisés, salle d'attente, page personnelle sur le site Internet de la clinique, cartes d'affaires personnalisées, Internet, imprimante-photocopieur-télécopieur-scanner, salle de conférence, possibilité de références. 514 578.5299. www.cliniquepapineau.ca.

**Cherrier – Bureau rénové.** Deux minutes du métro Sherbrooke. Rez-de-chaussée d'une maison victorienne. Meublé, Internet, cuisine, etc. Diverses modalités de location. 514 581-2405.

**520, rue Cherrier, 3<sup>e</sup> étage, métro Sherbrooke.** Bureaux à louer insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette. Plusieurs modalités de location dont à l'heure. 514 476-8984, roussin.julie@gmail.com.

## L'inscription annuelle au tableau des membres

Date limite :  
31 mars

Par le Web, en 3 étapes :

- 1\_ Rendez-vous au [www.ordrepsy.qc.ca/inscription2015](http://www.ordrepsy.qc.ca/inscription2015)
- 2\_ Entrez votre numéro de permis et votre mot de passe
- 3\_ Remplissez le formulaire et payez en ligne!

Modes de paiement acceptés :  
Visa, MasterCard,  
chèque ou  
virement bancaire.  
Deux versements  
sont également  
possibles.

Les bases de données,  
les plus récentes recherches au bout des doigts

La chronique « La recherche le dit », en dernière page du magazine, le démontre : les bases de données permettent d'appliquer les plus récentes recherches à différentes problématiques cliniques. Plus de 2000 périodiques sont recensés en texte intégral.

Peu importe votre secteur d'activités, vous trouverez des articles scientifiques qui alimenteront votre pratique. Profitez de votre inscription pour vous y abonner pour seulement 54,50 \$ par année!

**Ahuntsic. Centre professionnel, bureaux à louer**, temps plein ou temps partiel, insonorisés, climatisation, Internet, stationnement privé, références possibles, excellent rapport qualité-prix 514 387-5005.

**Bureau à louer Saint-Lambert.** Au cœur du village. Chaleureux, décor soigné, insonorisé, climatisé, cuisinette, accès Internet. À partir du 1er juillet. Suzanne Tremblay : 450 671-6457, poste 3.

**METRO VENDÔME – bureaux et salle de conférence à louer.** Une sélection de 10 bureaux avec plusieurs options : journée, bloc ou à l'heure – bureaux ensoleillés, spacieux et lumineux – entièrement meublés – joliment décorés – atmosphère professionnelle. Situés au Complexe de santé Reine Elizabeth – un centre de santé multidisciplinaire en plein essor – à 5 minutes du nouvel hôpital MUHC. Facilement accessible – métro Vendôme, AMT train de banlieue, autoroutes 15 et 20, stationnement à proximité ou dans la rue. Pour plus d'informations, photos et tarifs, veuillez nous contacter au 514 244-1290 ou [info@montrealtherapy.com](mailto:info@montrealtherapy.com).

**Trois-Rivières. Bureau à sous-louer au centre-ville** (515, Bonaventure). Salle d'attente et cuisine partagées avec autres psychologues. Stationnement inclus. Diverses possibilités de location. 819 374-5550.

**Saint-Hilaire : centre de psychologie ouvrira ses portes.** Cherchons psychologues. Bureaux lumineux, maison centenaire, bord de l'eau. Travail d'équipe possible au niveau des TP. Josée 514 776-7939.

**À LOUER 1136 pi<sup>2</sup> ou 4 bureaux fermés à partager**, 20, rue St Louis à Saint-Lambert. Deuxième étage + salle d'attente + cuisine + 9 stationnements ext. rue passante + frais d'énergie inclus. Libre/date d'occupation flexible, idéal pour psychologue, thérapeute, dentiste, etc. Plus d'information ou une visite : 514 622-3314, M. Ponce.

**Local à louer centre-ville de Québec.** 10 pi X 20 pi avec fenêtre. Électricité/chauffage inclus. 350 \$/mois. Salle d'attente et sdb. Murs pierres et briques. 418 525-7270.

**Bureau à sous-louer, Québec (rue Maguire),** confortable, lumineux, meublé et décoré avec goût, salle d'attente et espaces communs professionnels et accueillants, 418 204-6831.

**Montréal (Cartierville) – Clinique de Santé Mentale Salaberry.** Bureaux lumineux à sous-louer dans un petit centre professionnel à proximité de l'autoroute 15. Deux psychiatres déjà sur place (possibilités de références et d'échanges cliniques

si désirés). Climatisé, meublé, Wi-Fi, cuisinette. Communiquer avec le Dr Turcotte : 514 334-3131. Plusieurs modalités locatives possibles.

**SAINT-HYACINTHE. Grands bureaux fenestrés** à louer/partager. Temps partiel ou temps plein. Prix compétitifs, négociables. Bien situés. Une psychologue déjà en place. 450 252-2611.

**Québec – Les centres de santé multidisciplinaires TheraVie** (Pyramide de Sainte-Foy et Duberger) recherchent des psychologues désirant être travailleurs autonomes tout en profitant d'une synergie interdisciplinaire (psychologie, travail social, kinésithérapie, nutrition, chiropratique, massothérapie, etc.). Plusieurs modalités locatives. Localisation exceptionnelle, insonorisé, meublé/décoré, internet, stationnement, salle d'attente. [www.TheraVie.ca](http://www.TheraVie.ca), 418 650-1230.

**Bureau/Clinique Beauté Santé-Laval :** garde-robe, fenêtre, insonorisé, climatisé, chauffé, éclairé. Accès : salle d'attente, toilette, vestiaire, cuisinette. Surface : 10 pi X 13 pi = 138 pi<sup>2</sup>. 514 895-1585.

**Bureau meublé à louer** dans une belle/récente clinique de psychologie – métro Beaubien, coin Beaubien/12<sup>e</sup> Avenue. Salle d'attente, climatisation, insonorisé. Disponibilités vendredi, lundis soirs; 514 224-5062.

## Abonnez-vous au service de référence et à la page personnelle

Le service de référence est le moyen le plus efficace pour faire connaître votre bureau privé. Chaque jour, la ligne téléphonique répond à environ 60 demandes et le moteur de recherche sur le Web reçoit 250 visiteurs uniques. Au prix de 92 \$ pour y inscrire un bureau, le service de référence est le repère où dénicher la clientèle!

Ajoutez à votre abonnement du service de référence la page personnelle, une page Web reliée au service de référence en ligne comprenant un complément d'information sur votre parcours professionnel et vos champs d'expertise. Vous pourrez personnaliser votre page personnelle en accédant à la section sécurisée du site Web, sous l'onglet **Services aux membres**, en cliquant sur *Modifier ma page personnelle*. Une adresse Web, qui comprend votre prénom et votre nom (comme ceci : [www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom](http://www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom)), sera générée automatiquement, vous permettant de l'utiliser sur votre carte professionnelle. Un minisite Web éditable en tout temps pour seulement 46 \$!



# Petites annonces (suite)

**Beau bureau au 1150, Saint-Joseph Est**, très éclairé. Deux parties : bureau de consultation et pièce privée (cuisinette et bureau de travail). Wi-Fi, salle d'attente. Secteur sympathique sur Plateau. Libre immédiatement les jeudis (125 \$ / mois) et vendredis (100 \$ / mois). Information : droletjo@hotmail.ca ou 514 291-9396.

**Boucherville. Bureau chaleureux et moderne** avec grande luminosité à louer. Édifice professionnel. Diverses modalités de location. Prix avantageux. Accès Internet, imprimante, salle d'attente, cuisinette et stationnement. Possibilité de références. Mélanie Archambault 514 774-3792 ou melanie.archambault@hotmail.com.

**LAVAL – Clinique médicale Le Carrefour.** Blocs d'heures à sous-louer : lundi (matin et après-midi), vendredi (après-midi et soir). Bureaux modernes, éclairés, salle d'attente et cuisinette. 450 681-6357 ou 514 278-1528.

**Partage d'un bureau situé à quelques pas du métro Henri-Bourassa.** Confortable, sécuritaire, insonorisé et bien entretenu. Salle d'attente, toilettes et accès wifi. Location à l'heure (10 \$), demi-journée, journée complète et possibilité de forfait annuel. Réservez simple sur Internet. Questions ou visite? N'hésitez pas à communiquer : salto.conseil@gmail.com ou au 514 910-0743.

**Centre de psychologie René-Laënnec. Bureau à louer** dans polyclinique médicale René-Laënnec à Mont-Royal. Édifice professionnel : insonorisation, climatisation, ascenseur. Localisation idéale : station de métro Acadie directement face au bureau, accès routier facile pour toute la clientèle du grand Montréal, stationnement réservé. Équipe accueillante et chaleureuse de psychologues et de professionnels de la psychothérapie. Design facilitant la confidentialité pour les clients et la préservation de l'intimité pour les professionnels. Bureau avec commodités usuelles pour l'exercice de la profession. Communiquer avec Jean-Louis Beaulé. Bureau : 514 735-9900. Cellulaire : 514 992-6972.

**LaSalle, bureau à partager, boulevard Newman**, prix avantageux, très bien situé, bel immeuble, insonorisé, climatisé, temps partiel. Plus d'informations; site [www.centredepsychologienewman.ca](http://www.centredepsychologienewman.ca), version anglaise; 514 595-7799.

**Nouvelle clinique dans Rosemont : trois bureaux**, salle d'attente et cuisinette. Environnement spacieux, meublé avec goût et pouvant accueillir une clientèle d'enfants, adolescents, adultes et couples. Location clé en main par blocs horaires. Possibilité de références. Portes ouvertes *dimanche 29 mars entre 10 h et 13 h* au 4994, Beaubien Est. jovezina18@videotron.ca.

**Bureau à louer dans une clinique calme et luxueuse à Westmount** environs de super hôpital et métro Vendôme avec accès à Internet, eau filtrée, cuisinette et une salle d'attente agréable. Pour plus d'informations [info@dbh.ca](mailto:info@dbh.ca) ou appelez-nous au 514 999-2482, poste 0.

**Gatineau (Hull). Bureau situé dans une clinique de psychologie**, à proximité de l'UQO, du CHP, des CH de l'Outaouais. Partiel/temps plein. Tél. 819 743-7213.

**Grand bureau insonorisé/meublé/ensoleillé** rue Saint-Denis métro Mont-Royal. Salle d'attente/ cuisinette/climatisation centrale/stationnement. Disponibilités : lundi/mardi/mercredi/jeudi am/8 h à 12 h, vendredi/samedi/dimanche toute la journée. Disponible maintenant : 514 845- 7419, Lue Lebel.

## PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

**Terrebonne (La Plaine). Recherchons psychologue** pour 1 à 3 journées/ semaine. Deux chaleureux bureaux avec salle d'attente commune. Thérapie de couple : un atout! 514 576-5975.

**Lévis – Clinique de psychologie recherche psychologues**, travailleurs autonomes. Besoins variés, dont thérapie de couple et neuropsychologie – Références possibles. 418 834-4144, [www.diniquepsychosante.com](http://www.diniquepsychosante.com).

**PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S GATINEAU.** Possibilité de vous joindre à un groupe de psychologues en pratique privée établi depuis 10 ans dans le secteur du Plateau à Gatineau. Nos bureaux meublés et bien éclairés sont situés dans un complexe multiprofessionnel au 195, de l'Atmosphère, suite 202, Gatineau. On y retrouve diverses cliniques : médicale, dentaire, anti-douleur, de physiothérapie, de chiropractie, de même qu'une pharmacie et un bistro café. Nous désirons recruter des psychologues travaillant auprès de diverses clientèles. Possibilité de s'engager comme associé ou de louer par heure, par blocs d'heures et par jour.

**Vieux-Longueuil : psychologues RECHERCHÉS!** Références offertes! Beau bureau situé dans une clinique correspondant aux normes OPQ! Contactez Geneviève 450 332-7314.

**LONGUEUIL – Le Centre de Psychologie de la Rive-sud** est à la recherche de psychologues ayant une pratique autonome (clientèle adulte et de couple serait un atout) pour 1 à 3 jours/sem. Bien situé, complètement rénové, stationnements accessibles, Wi-Fi, cuisinette et possibilité de références. [www.centrepshologierivesud.com](http://www.centrepshologierivesud.com) ou 450 670-5905.

**Cherche psychologue sympathique pour partager clientèle** qui déborde. Danville (Estrie). Possibilité travail avec arts et jeu. Beau cadre de travail. Info : [hildejanzing@gmail.com](mailto:hildejanzing@gmail.com), 819 340-0559.

**La Clinique de Psychologie Sainte-Thérèse** ([www.cpst.ca](http://www.cpst.ca)) recherche psychologues, travailleurs sociaux, psychothérapeutes pour suivis psychothérapeutiques auprès d'enfants/adolescents/familles. Approches cognitivo-comportementale/systémique privilégiées. Références possibles. Travailleur autonome. Bureau meublé/décoré avec goût. Cuisine, photocopieur/fax, Internet, etc. Sous-location par bloc, am-pm-soir. Prix concurrentiels. Disponible dès maintenant. Joignez-vous à nous! Cathy Cloutier : 450 434-7531, poste 112.

**Besoin de références de clients?** Clinique de psychologie située à Montréal recherche psychologues d'expérience désirant élargir leur clientèle à nos bureaux. Profil recherché : expérience étendue et variée avec adultes, approche TCC ou éclectique, disponibilités en soirée. Si intéressés(es), envoyez votre CV à [catherinerodrigue@videotron.ca](mailto:catherinerodrigue@videotron.ca).

**La Clinique des troubles de l'alimentation Muula** de Québec est à la recherche de psychologues ou psychothérapeutes afin de se joindre à son équipe. Nous sommes une équipe interdisciplinaire dynamique. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec nous au 514 433-5727 ou par courriel à [info@cliniquealimentation.com](mailto:info@cliniquealimentation.com).

**Le CAAF recherche des psychologues** et neuro-psychologues œuvrant auprès d'une clientèle pédiatrique ou adulte. Venez travailler dans un milieu chaleureux entièrement rénové situé à Sainte-Julie sur la Rive-Sud de Montréal. Horaires flexibles, statut de travailleur autonome très compétitif, testothèque sur place, clientèle fournie, possibilité de supervision. 450 338-3663 ou [pierrethibaut@videotron.com](mailto:pierrethibaut@videotron.com).

## RECHERCHE

**Clinique psychoalimentaire / accueillant et lumineux bureau** à partager, dans une clinique, au sein d'une équipe multidisciplinaire spécialisée en troubles alimentaires. Situé à Outremont et à 10 minutes du métro Outremont! Occupation flexible. Clientèle abondante! Il y a aussi possibilité de location. Consulter notre site : [www.psychoolimentaire.com](http://www.psychoolimentaire.com) ou contacter Josée Guérin 514 507-9456.

## SUPERVISION

**Supervision individuelle en TCC et EMDR** dans une optique intégrative centrée vers des solutions avec René M. Forget, directeur du CST, 450 964-1794 à Terrebonne, [forget17@videotron.ca](mailto:forget17@videotron.ca).

**OUTAOUAIS – Supervision clinique et didactique**, psychothérapie relationnelle, PGRO, D<sup>re</sup> Denise Ouellet [oued@videotron.ca](mailto:oued@videotron.ca) 819 230-3565.

**Offre de supervision et de formation** pour les nouveaux thérapeutes/ psychologues et des stagiaires avec possibilité de recevoir des clients. Pour plus d'informations : [info@dbh.ca](mailto:info@dbh.ca), 514 999-2482.

**Supervision en psychothérapie cognitive-comportementale** de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> vague offerte par Lyne Deschênes M. Ps, psychologue. 26 ans d'expérience clinique. Formée par Frédéric Dionne, Steven Hayes, Kristin Neff, Matthieu Villatte, Pierre Cousineau, Benjamin Schoendorff et Conrad Lecomte. Supervision en personne ou par Skype. 514 883-0720 [lyne.deschenes@hotmail.com](mailto:lyne.deschenes@hotmail.com). Site web : [www.lynedeschenes.com](http://www.lynedeschenes.com).

## ATELIER DE FORMATION

**L'Institut Douglas présente** le mercredi 25 mars 2015 une journée sur « La fatigue de compassion et le trauma vicariant : mieux les reconnaître et mieux s'en protéger », offerte par la D<sup>re</sup> Pascale Brillon. Inscription : [www.douglas.qc.ca/events](http://www.douglas.qc.ca/events). Information : 514 761-6131, poste 3755.

## À VENDRE

**À vendre : WPPSI-III en français** en très bonne condition. Téléphonnez au 418 551-9971.





**Diane Dulude, Ph.D.** Spécialisée en relations, en famille, en TDAH, en concept de soi et en résilience, Mme Dulude collabore depuis plus de dix ans avec une équipe interdisciplinaire dans le traitement de jeunes avec un TDAH et d'autres problématiques psychologiques, relationnelles et affectives. Elle donne des ateliers de formation et elle a récemment publié un ouvrage qui s'intitule : «Le TDAH, une force à rééquilibrer» dans lequel elle nous fait part d'une nouvelle façon de penser le TDAH et où elle expose des pistes de solutions efficaces et novatrices.

**QUÉBEC: LUNDI, 4 MAI 2015**

### **Le TDAH, une force à rééquilibrer\*** (6 heures)

- Se familiariser avec les fondements théoriques, les avancées scientifiques et les observations cliniques ayant mené à l'approche novatrice du TDAH comme force à rééquilibrer.
- Mieux dégager les forces, les défis associés et les apprentissages à faire chez la personne affectée par cette problématique dans la perspective du TDAH comme force à rééquilibrer.
- Apprendre de nouvelles cibles d'intervention à investir selon l'approche novatrice proposée ainsi que leurs priorités d'action dans le plan d'intervention.
- Être mieux outillé quant aux balises du cadre relationnel devant constituer la trame de fond des interventions auprès des jeunes affectés du TDAH, de leur famille et des autres intervenants.



**Marie-Claude Guay, Ph.D.** Mme Guay est professeure de psychologie à l'UQAM et chercheure associée à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et au Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Ses travaux portent sur l'évaluation des troubles d'apprentissage et l'implantation de programmes d'intervention novateurs visant à réduire les difficultés d'adaptation des jeunes qui présentent un TDAH, des troubles de comportements et des troubles anxieux.

**QUÉBEC: MARDI, 5 MAI 2015**

**QUÉBEC: LUNDI, 23 MARS 2015**

**MONTRÉAL: LUNDI, 20 AVRIL 2015**

### **Thérapie cognitive comportementale du trouble d'opposition avec provocation (TOP)\*** (6 heures)

- Connaître les principaux concepts théoriques de la TCC qui guident l'intervention auprès des jeunes qui ont des comportements d'opposition avec provocation (TOP).
- Développer des stratégies d'intervention qui visent à faire acquérir les comportements adéquats.
- Savoir utiliser les stratégies d'intervention qui visent à faire diminuer les comportements problématiques.
- Être mieux outillé pour intégrer les parents, les enseignants ou les autres intervenants dans le processus d'intervention.

### **Évaluation des difficultés et des troubles d'apprentissage en mathématique chez les enfants et les adolescents** (6 heures)

- Connaître les avancées scientifiques et les modèles théoriques qui guident la démarche d'évaluation des difficultés d'apprentissage en mathématique.
- Connaître les principaux instruments de mesure utilisés pour évaluer les habiletés en mathématique.
- Analyses de cas visant une meilleure compréhension des profils cognitifs.
- Faire des recommandations adaptées aux difficultés identifiées.

**MONTRÉAL:** Hôtel Best Western, 1240 Rue Drummond (coin Ste-Catherine)

**QUÉBEC:** Hôtel L'Oiselière, 165 A, Boul. Président Kennedy, Lévis, Québec

### **FRAIS D'INSCRIPTION**

1 journée de formation: **200\$ + TX**  
2 journées de formation: **350\$ + TX**  
3 journées de formation: **500\$ + TX**

Pour obtenir un formulaire d'inscription, écrivez-nous au  
[centredepsychologiemcguay@gmail.com](mailto:centredepsychologiemcguay@gmail.com)

\*Une accréditation de 6 heures de formation continue est accordée par l'Ordre des Psychologues du Québec pour cette formation.

# Tableau des membres

En date du 30 janvier 2015

## \_NOUVEAUX MEMBRES

Aubé, William	Lepage, Marie Claire
Bailey, Jennifer Anne	Leroux Chemla, Céline
Barrieau, Lindsey	Magnan, Sophie
Bédard-Lacroix, Jacinthe	Mccallum, Megan
Birulio, Melange	Meinecke, Andrea
Bisson, Nicolas	Nzemba, François Patrick
Bois, Kathy	Ouellet, Caroline
Booji, Linda	Pagé, Gabrielle
Chapados Noreau, Catherine	Pelletier, Claudia
Chapleau, Marie-Andrée	Perin, Charlotte
Crevier, Myra Gravel	Pontbriand, Chantal
Del Borrello, Loide	Purcell Lalonde, Magali
Dion-Forest, Audrey	Robert, Mylène
Drouin-Rousseau, Daniel	Simard-Meilleur, Andrée-Anne
Ethier-Majcher, Catherine	Soucy, Isabelle
Gagnon, Michèle	Stevenson, Moire
Hébert-Lalonde, Noémie	Tang, Deborah
Incisa Della Rocchetta, Antonio	Willett, Catherine Ann
Keita, Luc	
Laberge, Mélanie	
Langlois, Sophie	
Lehoux, Josée	
Lengelé, Aurélie	
Lepage, Joanie	

## \_DÉCÈS


Simard, Rosanne  
Francoeur, Thomas

# Registre des psychothérapeutes

En date du 30 janvier 2015

## \_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Anoja, Luisa	Luterman, Amanda
Aspler, Linda	McGinn, Jennifer
Bérubé, Claudie	McGowan, Christine
Bleuer, Jessica	Modlin, Howard
Bouchard, Donald	Moisan, Sylvie
Boulay, Gabrielle	Moquin, Brigitte
Cabral, Christina	Poirier, Gilles
Chen, Andrea	Poirier, Lynda
Chevalier, Stéphanie	Powell, Robert
Cloutier, Denise	Régimbald, Karine
Dahl, Kathy	Rochefort, Manon
Décary, Daniel	Simpson, Amy Elizabeth
Deneault, François	Sirota-Frankel, Corrie
Fleming, Carly	Soly, Diane
Fournier, Sylvie	St-Pierre, Manon
Gorman, Gwynneth	Tremblay, Gérald
Haché, Andrée	Turpin, Nathalie
Isaif, Lori	Vincent, David
Kendall, Lynne Ellen	Ward, Susan
Langlois, Doris	
Lapierre, Sylvie	
Layoun, Antoinette	
Lemieux, Marc	
Loomer, Joyce	




**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'usage eidétique permet le contact avec soi et favorise la résonance.

### Activités de formation 2015

**Intensifier l'expérience de présence en psychothérapie**  
OPQ # BA00069-12  
Louise Caouette, Ph. D.

**Montréal :** 1 et 2 mai 2015  
**Saguenay :** 15 et 16 mai 2015  
**Québec :** 29 et 30 mai 2015



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

Accompagnée de  
Ludovique Dubourg-Lemieux, M.Ps.  
Grace Mc Collough, M.Ps., psychologues

**Programme intégré de formation clinique à la psychothérapie eidétique sur 3 ans**  
OPQ # BP0099-13  
Début : 22, 23 et 24 octobre 2015 / Lieu : Québec  
[www.image-eidétique.com](http://www.image-eidétique.com)

**Supervision à la psychothérapie**  
Activités de co-développement  
Stages et formation en France  
[www.image-eidétique.com](http://www.image-eidétique.com)

Information et inscription : [www.image-eidétique.com](http://www.image-eidétique.com) + [info@image-eidétique.com](mailto:info@image-eidétique.com) + 418 653-0193

# Colloques et congrès

## \_7<sup>e</sup> COLLOQUE INTERÉTABLISSEMENTS EN SANTÉ MENTALE

Dates : 26 et 27 mars 2015  
Lieu : Hyatt Regency à Montréal  
Pour information : [www.douglas.qc.ca/events?date=2015-03-26&id=1015](http://www.douglas.qc.ca/events?date=2015-03-26&id=1015)

## \_CONGRÈS DU GROUPE EDUCO, ÉDUCATION COGNITIVE

Dates : 16 et 17 avril 2015  
Lieu : Hôtel Universel à Montréal  
Pour information : [www.groupeeduc.com/Home/Page?nom=colloque-2015](http://www.groupeeduc.com/Home/Page?nom=colloque-2015)

## 40<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES TROUBLES D'APPRENTISSAGE

Date : 26 et 27 mars 2015  
Lieu : Hôtel Westin à Montréal  
Pour information : [www.aqeta.qc.ca/39e-congres.html](http://www.aqeta.qc.ca/39e-congres.html)

## CONGRÈS DE L'ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉS

Dates : 6 et 7 octobre 2015  
Lieu : Centre des congrès de Québec  
Pour information : [www.portailrh.org/congres/2015/](http://www.portailrh.org/congres/2015/)

## 28<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Dates : 16 juin 2015 au 20 juin 2015  
Lieu : Montréal  
Pour information : [www.aqps.info/activites/28e-congres-mondial-association-internationale-prevention-213.html](http://www.aqps.info/activites/28e-congres-mondial-association-internationale-prevention-213.html)

## CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE

Dates : 4 au 6 juin 2015  
Lieu : Ottawa  
Pour information : [www.cpa.ca/congres/](http://www.cpa.ca/congres/)

## CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC

Dates : 29 et 30 octobre 2015  
Lieu : Laval  
Pour information : [www.aerdpq.org/congres2015](http://www.aerdpq.org/congres2015)

## PIERRE GENDREAU (1938-2015)

*Par Dr Jacques Perron, professeur honoraire, Département de psychologie, Université de Montréal*



Le 19 mars 1962, un groupe de 70 personnes se réunit pour fonder la Corporation professionnelle des psychologues du Québec. Pierre Gendreau en fait partie et cette date correspond au début de son engagement à définir et à promouvoir à divers titres la psychologie professionnelle durant toute sa carrière.

Secrétaire général (de 1966 à 1972), puis président (de 1973 à 1977) de ce qui deviendra notre Ordre, il fut aussi président du Conseil interprofessionnel du Québec (de 1976 à 1977). Les 15 premières années d'existence de notre Ordre allaient être une époque de structuration des bases de l'identité et de la reconnaissance sociale de notre profession et c'est pour la réussite de cette transition que nous sommes redevables au dévouement infatigable de Pierre Gendreau. Visionnaire, il s'est aussi investi dans des dossiers dont l'aboutissement s'est produit plusieurs années plus tard. Il y a 40 ans, à l'époque où il était président, je me rappelle d'un voyage que nous avons fait ensemble à Albany pour rencontrer des membres du bureau

d'agrément des psychologues de l'État de New York, affilié à l'American Association of State Psychology Boards. L'objectif de cette rencontre était d'échanger à propos des conditions requises pour faire reconnaître aux psychologues québécois une forme d'acte réservé dans le cas de la pratique de la... psychothérapie.

La poursuite de la carrière de Pierre Gendreau se fait au Département de psychologie de l'Université de Montréal, où il est professeur de 1977 à 2000. Rattaché au programme d'études supérieures en psychologie du counseling, il exerce deux fonctions principales : il dirige le service de psychologie qui recrute les clients que rencontrent les stagiaires en formation professionnelle supervisée; il est ensuite adjoint au directeur du département.

Pierre, la psychologie professionnelle aura occupé une partie très importante de ta vie. C'est à ce titre qu'au nom des membres de l'Ordre des psychologues du Québec je salue en toi un des grands bâtisseurs de notre profession.

## LA DIRECTRICE DES COMMUNICATIONS, DIANE CÔTÉ, PREND SA RETRAITE

Toute l'équipe de la permanence de l'Ordre s'est réunie le 30 janvier dernier pour souligner le départ à la retraite de la directrice des communications, M<sup>me</sup> Diane Côté. En plus de 30 années de service au sein de la permanence de l'Ordre des psychologues, M<sup>me</sup> Côté a, entre autres, mené l'édition de nombreuses publications, dont près de 200 éditions du magazine *Psychologie Québec*. Elle a aussi organisé de nombreux événements et lignes d'écoute en plus de piloter plusieurs campagnes publicitaires. Sur la photo, la présidente de l'Ordre, M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest et M<sup>me</sup> Côté.



### AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE

AVIS est par la présente donné que **Monsieur Kenneth Robert Bruce**, permis numéro 08486-99, exerçant sa profession au 306 D, Place d'Youville, Montréal, après avoir enregistré un plaidoyer de culpabilité, a été reconnu coupable par le Conseil de discipline. L'infraction reprochée est de nature suivante :

« À Montréal, au cours de la période allant du mois d'avril 2012 jusqu'au mois d'octobre 2012, dans le cadre d'un suivi psychologique qui se déroulait depuis le mois de janvier 2012, l'intimé a entrepris avec sa cliente une relation amoureuse et a posé des gestes de nature sexuelle, faisant ainsi défaut à son devoir de maintenir une conduite irréprochable envers cette cliente, se plaçant ainsi en situation de conflit d'intérêts et de rôles et posant un acte dérogatoire à la dignité de sa profession. »

Le tout en contravention de l'article 26 du Code de déontologie des psychologues.

Dans sa décision rendue le 30 janvier 2015, le Conseil de discipline a condamné l'intimé à une amende de 1500 \$, à une radiation temporaire de quatorze (14) mois et à recommandé au Conseil d'administration de l'Ordre d'obliger l'intimé à se soumettre, à la suite de cette radiation, à une supervision de ses activités professionnelles pour une période de douze (12) mois. Le Conseil a ordonné à la secrétaire du conseil de discipline de faire publier, aux frais de l'intimé, un avis de cette décision, conformément à l'article 156 du Code des professions. L'intimé a aussi été condamné au paiement des déboursés.

Avis est donné que **Monsieur Kenneth Robert Bruce** est radié du Tableau de l'Ordre pour une période de quatorze (14) mois. L'ordonnance de radiation temporaire est effective à compter du 3 février 2015.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.  
Ville Mont-Royal, ce 5 février 2015.

M<sup>e</sup> Édith Lorquet  
Secrétaire du conseil de discipline



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

## AVIS DE LIMITATION PROVISOIRE IMMÉDIATE

Avis est par la présente donné que **Madame Manon Adams**, permis numéro 10659-06, exerçant sa profession au 153, Grande Allée Est, à Grande-Rivière, Québec, a fait l'objet d'une décision par le conseil de discipline en date du 11 décembre 2014 limitant de façon provisoire son droit d'exercer toutes activités professionnelles à titre de psychologue.

Les actes reprochés à la professionnelle sont les suivants :

« Depuis le ou vers le 23 avril 2014, dans le cadre d'une enquête a entravé le travail d'un syndic adjoint, ainsi que celui d'un syndic, notamment en négligeant de répondre aux diverses lettres transmises, en négligeant de transmettre les documents demandés, en négligeant de communiquer avec eux et de les rencontrer ou de se rendre disponible pour les fins d'une entrevue.»

Le tout en contravention des articles 64(3) du Code de déontologie des psychologues et des articles 114 et 192(2) du Code des professions.

L'ordonnance de limitation provisoire d'exercer toutes activités professionnelles est effective depuis le 11 décembre 2014, la décision ayant été rendue sur le banc, et demeurera en vigueur jusqu'à ce que **Madame Manon Adams** se soit pleinement acquittée de son obligation de collaboration avec le Bureau du syndic de l'Ordre des psychologues du Québec.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.  
Mont-Royal, ce 26 janvier 2015

M<sup>e</sup> Édith Lorquet  
Secrétaire du conseil de discipline

# OFFRE DE FORMATIONS – PRINTEMPS 2015

<p>L'évaluation du TDAH chez l'adulte : Comorbidités et diagnostics différentiels</p>  <p>16 C.P.A. (C.P.S. 8 HOURS/12 h)</p> <p>QUÉBEC 20 MARS 2015 MONTRÉAL 10 AVRIL 2015</p>	<p>L'intervention individuelle, conjugale et familiale auprès d'adultes présentant un TDAH</p>  <p>16 C.P.A. (C.P.S. 8 HOURS/12 h)</p> <p>MONTRÉAL 24 AVRIL 2015 QUÉBEC 22 MAI 2015</p>	<p>Outils technologiques en psychothérapie : Leurs utilisations dans le support aux fonctions exécutives</p>  <p>17 C.P.A. (C.P.S. 8 HOURS/12 h)</p> <p>MONTRÉAL 8 MAI 2015</p>	<p><b>Tarifs de formations</b> 215 \$ + tx (Repas &amp; pause-café inclus)</p> <p><b>Rabais de 5%</b> Inscription à 2 formations*</p> <p><b>Rabais de 10%</b> Inscription à 3 formations et plus*</p> <p>* Rabais applicable si l'inscription à plusieurs formations se fait dans la même transaction.</p> <p style="text-align: center; color: red;"><b>Formations en ligne disponibles</b></p>
--	--	--	--



**FORMATEUR**  
Dr Martin Pearson, psychologue spécialiste en évaluation et traitement du TDAH chez l'adulte. Il enseigne également depuis 2007 en milieu universitaire des cours touchant le développement cognitif humain et l'apprentissage.

**PROBLÉMATIQUE**

Les études révèlent que 5% de la population adulte vivrait avec un TDAH. Les différents professionnels en santé mentale gagneraient en efficacité si certaines considérations cliniques inhérentes au TDAH à l'âge adulte étaient prises en considération lors de l'intervention.

## TDAH

UNITÉ D'ÉVALUATION & TRAITEMENT  
DU TDAH ADULTE

WWW.TDAHADULTE.CA

Informations et inscriptions: [WWW.TDAHADULTE.CA/FORMATION.HTML](http://WWW.TDAHADULTE.CA/FORMATION.HTML)

## Le patient narcissique

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

### Le cas clinique

Le patient de 48 ans a consulté pour une longue histoire de conflits avec ses collègues de travail et surtout avec ses supérieurs. À la suite de conflits intenses au cours desquels le patient a terrorisé les gens de son entourage, ces derniers l'évitent et ne lui adressent plus la parole. Il a également consulté une longue suite de psychothérapeutes qui l'ont abandonné à tour de rôle, sauf une dernière qui l'avait suivi depuis trois ans au moment de la consultation. Il mentionne qu'elle avait été suivre une formation sur le traitement des troubles de la personnalité spécifiquement pour être capable de l'aider. Il en parle toutefois avec un certain mépris et recherche un vrai psychologue psychothérapeute. Le patient se dit suicidaire depuis l'enfance. Il pratique des sports extrêmes, se promenant par exemple en canot sur le fleuve pendant les tempêtes alors que les grands vents lui donnent enfin la sensation d'affronter des forces à sa hauteur.

### La recherche le dit

Les patients souffrant de trouble narcissique adoptent un style relationnel rigide qui vise à confirmer leur sentiment de valeur personnelle à travers un agrandissement de soi (Nicolo et coll., 2007). Incapables d'avoir accès aux parties plus vulnérables d'eux-mêmes, ils perçoivent souvent ceux qui veulent les aider comme hostiles et ils les attaquent furieusement. L'empathie et les sages conseils prématurés seront perçus comme des agressions.

En rencontrant ce qu'ils perçoivent comme des défis, les thérapeutes ont souvent la réaction bien humaine de vouloir démontrer leur valeur personnelle et de tenter de gagner la compétition. Atteints par le mépris et par le sentiment d'être inutile, ils ont tendance à se justifier et à se défendre. Lorsqu'un patient les ignore, ils perdent intérêt ou cherchent désespérément à être reconnus. Toutes ces réactions contribueront à une escalade de conflits qui mènera à une rupture de la relation.

Nicolo et coll. (2007) suggèrent de déterminer quels sont les *patterns* relationnels à travers une autobiographie détaillée dans laquelle le patient nomme les émotions ainsi que leurs déclencheurs (Dimaggio et Attina, 2012). Il est invité à rapporter ce qu'il a pensé et à décrire comment il a agi. Le patient se construira progressivement une représentation de ce qu'il est, de ses relations avec son entourage. Il développera un modèle explicatif de son fonctionnement psychologique.

Ces auteurs encouragent le thérapeute à reconnaître sa tendance personnelle à réagir spontanément de façon contre-productive et à la moduler. Une fois que le thérapeute aura découvert le terrain de conversations harmonieuses où il peut se trouver en accord avec le patient, il suscitera progressivement la prise de conscience des schémas relationnels rigides et problématiques. En développant une partie de lui qui observe son monde intérieur et son monde relationnel, le patient retrouve l'accès à différentes parties de son expérience qu'il avait mises de côté. Avec le temps, le thérapeute pourra favoriser l'émergence de parties saines du patient, l'aidant à enrichir son existence, élargissant son accès aux affects et à un monde relationnel plus flexible et moins douloureux. Ces auteurs nomment leur traitement « thérapie interpersonnelle métacognitive ».

Le trouble narcissique demeure un trouble de personnalité difficile à traiter. Dimaggio et Attina (2012) soulignent que les patients narcissiques sont souvent perfectionnistes. Les standards élevés qu'ils s'imposent pour maintenir un sentiment de valeur personnelle, mettant la barre de plus en plus haute après chaque réussite, les condamnent à une insatisfaction chronique. Ces standards s'appliquent également aux autres, qui sont dévalorisés chaque fois qu'ils échouent à répondre à ces attentes. De plus, ils s'appliquent dans toutes les sphères, obligeant les patients narcissiques à être parmi les meilleurs dans toutes leurs performances (Dimaggio et Attina, 2012). L'agrandissement de soi peut être fluctuant. Le thérapeute sera prudent pour éviter que ses confrontations poussent le patient dans un état d'autodépréciation qui l'amènerait à fuir la thérapie. Le développement de l'empathie ne surviendra qu'à une phase avancée de la psychothérapie, après que le patient ait trouvé et satisfait ses véritables besoins. Le dévoilement, par le thérapeute, de ses propres faiblesses et de ses propres limites est fortement recommandé dans cette approche. Le thérapeute s'assurera toutefois d'établir une relation solide avant d'ouvrir la porte au patient pour qu'il exprime sa vulnérabilité (Ronningstam, 2012).

L'évolution du traitement sera mesurée par l'amélioration des métacognitions, plus complexes et nuancées, par le soulagement des symptômes, par une atmosphère plus positive, par une alliance thérapeutique plus solide et par un plus grand accès aux souvenirs pertinents (Dimaggio et coll., 2012).

Le patient dont nous avons parlé au début de cet article a amélioré sa capacité à reconnaître rapidement ce qui déclenche sa colère, son mépris et sa compétitivité, ce qui menace son estime de soi et ce qui déclenche sa peur d'être contrôlé. Il est capable d'en parler avec humour. Mieux en mesure de s'auto-observer, il a développé un accès à de nouvelles parties de lui qui lui permettent de parfois se laisser être un peu plus fragile (triste, solitaire) et de demander l'attention, les soins et la coopération dont il a besoin. Il trouve toujours difficile d'avoir des relations très intimes et traverse des périodes où il se retrouve plus rapidement en compétition avec ses interlocuteurs. Renonçant à une image idéalisée où il se percevait constamment comme supérieur, il accepte progressivement d'être un être humain imparfait au sein d'une communauté d'êtres humains imparfaits.

**Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO. Abonnez-vous au [www.ordrepsy.qc.ca/bases](http://www.ordrepsy.qc.ca/bases).**

### Bibliographie

- Dimaggio, G. et Attina, G. (2012). Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorder and Associated Perfectionism. *Journal of Clinical Psychology : In Session*, 68, 8, 922-934.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Fiore, D., Carcione, A., Nicolo, G. et Semerari, A. (2012). General Principles for Treating Personality Disorder with a Prominent Inhibitedness Trait : Toward an Operationalizing Integrated technique. *Journal of Personality Disorders*, 26, 1, 63-83.
- Nicolo, G., Carcione, A., Semerari, A. et Dimaggio, G. (2007). Reaching the Covert, Fragile Side of Patients : The Case of Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology : In Session*, 63, 2, 141-152.
- Ronningstam, E. (2012). Alliance Building and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology : In Session*, 68, 8, 943-953.

# FORMATION CLINIQUE

## 36<sup>e</sup> PROMOTION, SEPTEMBRE 2015

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

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

INFORMATION COMPLÈTE ET ADMISSION EN LIGNE  
[www.cigestalt.com](http://www.cigestalt.com) | [administration@cigestalt.com](mailto:administration@cigestalt.com)

**514 481-4134**

Le programme de formation clinique du CIG est reconnu par l'Ordre des psychologues du Québec, en tant que formation continue à la psychothérapie : RP00122-12; RP00123-12



# CIG

CENTRE  
D'INTÉGRATION  
GESTALTISTE



Programmes de  
formation clinique



Ateliers de  
perfectionnement



Groupe  
NeuROgestalt



Les Éditions du CIG



## Grâce à votre Ordre,

vous pouvez économiser plus avec La Personnelle,  
votre assureur de groupe auto, habitation et entreprise

**Ensemble**, La Personnelle et l'Ordre des psychologues du Québec vous donnent accès à des tarifs de groupe exclusifs et des protections personnalisées pour vos assurances auto, habitation et entreprise.



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

Obtenez vos tarifs de groupe exclusifs!



1 888 476-8737

[lapersonnelle.com/ordrepsychologues](http://lapersonnelle.com/ordrepsychologues)



**laPersonnelle**

Assureur de groupe auto, habitation  
et entreprise

**La bonne combinaison.**