

Le magazine
de l'Ordre des psychologues du Québec

PSYCHOLOGIE

Québec

Volume 23 • Numéro 3 • Mai 2006

Le point sur
le dossier
du doctorat

Les tests normalisés
et leur utilisation
sur des populations
autres

La modernisation
du système
professionnel



***L'image
du corps***
**SOUFFRANCE,
PLAISIR ET RÉALITÉ**

À l'intérieur

FICHE DÉONTOLOGIQUE

LE NOUVEAU CODE DE
DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES

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

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

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

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

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

GATINEAU JONQUIÈRE MONTRÉAL QUÉBEC SHERBROOKE



**DALE·
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers

Vous pensez m'impressionner?
Laissez-moi vous parler du vrai « piercing » :
la trachéotomie et la colostomie...
et tant qu'à y être, je vais vous dire
quelques mots au sujet de la clinique
de la douleur...



SOMMAIRE

VOLUME 23 • NUMÉRO 3 • MAI 2006

- 5** **Éditorial**
Un travail rigoureux, des recommandations appuyées
- 7** **Chronique du secrétariat général**
Le point sur le dossier du doctorat
- 9** **Chronique juridique**
Le rapport du comité d'experts... et après
- 11** **Chronique de déontologie**
Refus de mandat et cessation de services
- 12** **Chronique développement de la pratique**
L'utilisation de tests normalisés sur des populations autres
- 15** **Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale**
Des avancées importantes pour les psychologues
- 16** **Le Congrès 2006 de l'Ordre**
Un événement majeur de formation continue
- 32** **Activité publique dans le cadre du Congrès 2006 de l'Ordre**
Appel de conférenciers et d'exposants
- 33** Colloques, congrès & ateliers • Nouveaux membres •
En bref • Vient de paraître • Petites annonces
- 38** **La recherche le dit...**



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

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

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

Envoi en Poste publication
de convention 40065731

Rédactrice en chef : **Diane Côté**
Comité de rédaction :
Rose-Marie Charest,
Marie Galarneau, Francesca Sicuro,
Lucille Doiron
Rédaction : **Annie-Michèle Carrière**
Publicité : **David St-Cyr**
Tél. (514) 738-1881 ou
1 800 363-2644, p. 231
Télécopie : (514) 738-8838
Courriel : psyquebec@ordrepsy.qc.ca
Réalisation graphique : **Mardigrave**

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

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

PSYCHOLOGIE QUÉBEC – Dates de tombée
Juillet 2006 : 1^{er} juin 2006
Septembre 2006 : 1^{er} août 2006

PSYCHOLOGIE Québec



DOSSIER

L'image du corps : souffrance, plaisir et réalité

18 Image du corps et maladie physique : le rôle de la pensée
Par Monique Brillon

21 Image du corps et conscience de soi
Par Yvan Joly

25 Développement de l'image corporelle : le pouvoir des parents
Par Nadia Gagnier

29 Les jeunes souffrant d'une maladie physique et leur image corporelle
Par Lynda Méthot

Été rime avec liberté

La prochaine édition de *Psychologie Québec* sera livrée en juillet prochain. Fidèle à sa tradition, le service des communications invite les membres à proposer une idée de texte pour le seul numéro de l'année pour lequel il n'a pas de thème prédéterminé. Vous êtes donc libre de soumettre un texte sur le sujet qui vous passionne ou vous préoccupe. Tout d'abord, vous devez nous faire parvenir votre proposition. Par la suite, nous communiquerons avec les auteurs dont l'idée de texte a été choisie. La saison estivale est parfois le bon temps pour laisser place à notre créativité. Profitez donc de l'occasion pour nous faire parvenir votre proposition avant le 17 mai à l'adresse suivante : dcote@ordrepsy.qc.ca. La forme finale du texte ne devra pas contenir plus de 15 000 caractères (espaces compris) et devra être remise au plus tard le 1^{er} juin.

Femme d'un seul homme

LOUISE GRENIER

La passion pour un seul homme équivaut à une séparation impossible. L'auteure est psychologue et psychanalyste.



Revivre après l'épreuve

BOB DEITS

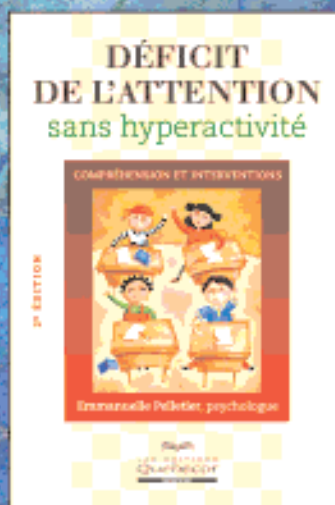
Un guide personnel pour retrouver le goût de vivre. L'auteur est titulaire d'une maîtrise en psychologie pastorale.

L'ÉDITION AU SERVICE DES PSYCHOLOGUES

Déficit de l'attention sans hyperactivité

EMMANUELLE PELLETIER

Déceler et résoudre le déficit de l'attention. L'auteure est psychologue scolaire.



Pascale Brillon, Ph. D.

Se relever d'un traumatisme

Maîtriser à vivre et à faire cohabiter

2^e ÉDITION



Guide à l'intention des victimes

Se relever d'un traumatisme

PASCALE BRILLON, PH. D.

Guide à l'intention des victimes. L'auteure détient un doctorat en psychologie.


LES ÉDITIONS
Québecor
BY GLEBECCO MEDIA

7, chemin Bates, Outremont (Québec) H2V 4V7

Téléphone : 514-270-1746

Pour en savoir plus : www.quebecoreditions.com

Courriel : simard.jacques@quebecoreditions.com

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

Un travail rigoureux, des recommandations appuyées



Par
Rose-Marie Charest
M.A., PRÉSIDENTE

LE RAPPORT du Comité d'experts pour la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines a été rendu public le 28 février dernier. Voilà qui marque une évolution non seulement pour notre profession et pour les autres professions du secteur, mais également pour l'organisation des services en santé mentale. La personne qui recourt à des services de santé, que ce soit en santé mentale ou en santé physique, n'a pas à évaluer elle-même si elle a affaire ou non à un professionnel compétent pour la soigner. C'est le rôle du système professionnel de clarifier qui est qualifié pour faire quoi. Historiquement, le flou entre les champs d'exercice des diverses professions, l'absence d'activités réservées aux seuls professionnels compétents, la pratique de la psychothérapie par tout un chacun, tout portait à croire que les problèmes de santé mentale n'étaient pas traités avec la même rigueur que les problèmes de santé physique.

C'est en décembre 2003 que l'Office des professions formait un Comité d'experts, sous la présidence du D^r Jean-Bernard Trudeau, et lui confiait le mandat de moderniser le système professionnel dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines. Dans notre secteur, l'exigence était particulièrement grande pour arriver à des propositions viables quant à la définition des activités à risque de préjudice, à l'identification des personnes compétentes pour les pratiquer et à l'encadrement d'une activité partagée comme la psychothérapie. C'est que le domaine du subjectif pose des défis plus grands à qui entend travailler avec rigueur. Les psychologues en savent quelque chose. Que ce soit plus difficile ne signifie pas pour autant que ce soit impossible. Le Comité l'a démontré.

La crédibilité de ce Comité repose non

seulement sur la réputation de ses membres et sur la qualité du rapport qu'ils ont déposé, mais également sur la méthodologie utilisée pour formuler des recommandations. Précisons d'abord que le membre de chaque ordre concerné recommandé pour y siéger n'y représentait pas son ordre, à qui il aurait alors dû rendre des comptes, mais agissait plutôt comme mandataire de l'Office des professions dans la recherche des meilleures solutions pour protéger le public dans ce secteur. Je crois que cela a permis aux travaux d'avancer sans pressions politiques ou autres, jusqu'à ce que des propositions cohérentes puissent être présentées aux ordres concernés. Les échanges que nous avons eus avec le Comité ont eu lieu dans le même esprit de recherche de solutions. C'est ainsi que la définition d'activités réservées a été faite à partir de la littérature scientifique et clinique dans le domaine et l'identification des compétences de chaque groupe, à partir d'une étude des programmes de formation académique et de l'exposition clinique. Une telle rigueur mérite d'être saluée. Elle donne tout son poids aux recommandations du Comité.

Il convient d'ajouter que dès le départ on a reconnu la profession de psychologue comme profession phare dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines. Cela implique plusieurs points de connexité avec d'autres professions, ce qui se reflète dans le partage des activités réservées. Comme vous le savez maintenant, parmi les principales activités réservées aux psychologues se trouvent l'évaluation des troubles mentaux, l'évaluation du retard mental et l'évaluation des troubles neuropsychologiques, cette dernière étant réservée exclusivement aux psychologues détenant une attestation de formation.

En ce qui concerne l'encadrement de la psychothérapie, nous avons constaté avec satisfaction que toutes les demandes historiques de l'Ordre des psychologues ont été rencontrées :

- réserver l'activité et non seulement le titre ;
- exiger la maîtrise ;
- exiger des compétences et des

connaissances théoriques et pratiques particulières ;

- éviter toute confusion entre le titre de psychologue et celui de psychothérapeute.

Nous appuyons donc sans réserve le modèle proposé. Nous recommanderons, comme la majorité des personnes et organismes consultés, que ce soit l'Ordre des psychologues qui accorde le permis.

Dès que le rapport a été rendu public, nous avons amorcé les rencontres avec les psychologues pour expliquer les recommandations et leur impact sur la profession. Vous avez tous reçu, que ce soit par courrier électronique ou en version papier, un document intitulé « Modernisation de la pratique professionnelle : impact sur la profession de psychologue ». Mais nous comptons sur les échanges au cours de ces rencontres pour prendre la mesure des réactions aux recommandations du rapport, pour évaluer les différentes tendances et pour dégager les points de convergence et de divergence sur lesquels le Bureau pourrait s'appuyer pour émettre son avis. Ma plus grande crainte? Que les psychologues soient divisés. Mon rêve? Qu'il y ait unanimité, du moins sur les questions fondamentales.

C'est avec une immense satisfaction que j'ai vu l'ensemble des psychologues étudier et analyser avant de critiquer, certains, comme en neuropsychologie, se mettre activement au travail dans la recherche de solutions à un problème et la très grande majorité s'enthousiasmer des progrès accomplis dans le développement de notre profession. L'importante participation aux rencontres et la qualité des échanges m'ont permis de voir que notre profession est à un stade élevé de maturité, où s'affirmer correspond réellement à se respecter *et* à s'ouvrir aux autres, où notre projet commun équivaut à un projet de société qui place l'intérêt de la population que nous desservons au-delà de toute autre considération. Vraiment, je n'ai jamais été aussi fière d'être psychologue.

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



Programme des formations cliniques 2006-2007

Depuis 1981

La formation à la psychothérapie des personnalités pathologiques 26e promotion

- *Une formation clinique de pointe, fondée sur une théorisation intégrative rigoureuse, des supervisions intensives de practicums et l'implication expérientielle du participant*
- *Une étude descriptive et structurelle des Troubles de la personnalité*
- *Une psychothérapie différentielle, pouvant s'adapter aux interventions de court, de moyen et de long terme*
- *Une attention portée à la relation thérapeutique, comme principal levier de changement*
- *Une ouverture aux contributions des approches psychodynamiques et des neurosciences contemporaines*
- *390 heures réparties sur 3 ans, à raison de 4 regroupements de 4 jours par année, de septembre 2006 à juin 2009*

Le séminaire théorico-clinique

- *Une étude comparée des théories classiques du développement et de la pathogenèse de la personnalité, à la lumière des connaissances actuelles*
- *Une application différentielle à des cas issus de la pratique des participants*
- *60 heures, à raison d'un vendredi par mois, de septembre 2006 à juin 2007*

*Direction clinique et didactique : Gilles Delisle, Ph.D. et Line Girard, M.Ps.
Superviseurs : Alain Mercier, M.Ps., Louise Lacasse, M.Ps., Marc-Simon Drouin, Ph.D.,
Nadine Delbêke, M.Ps. et André Lapointe, Ph.D.*

*Documentation complète disponible au secrétariat du CIG (514) 481-4134,
administration@cigestalt.com*

Le point sur le dossier du doctorat



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

ATITRE de secrétaire général et de secrétaire du Comité de la formation, je vous propose de faire le point sur les développements récents sur la question du doctorat en psychologie, en particulier à la suite des récentes décisions du Bureau de l'Ordre dans ce dossier.

Consultations : préoccupations du MSSS

Rappelons d'abord qu'en avril 2005 l'Office des professions transmettait à l'Ordre des psychologues le résultat des consultations sur le projet de modification à l'article 1.24 du *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialiste des ordres professionnels* visant à établir la norme doctorale comme critère minimal pour la délivrance d'un permis de l'Ordre. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait alors signifié à l'Office que le projet de hausse au niveau doctoral pouvait compromettre l'accès à de nouveaux psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux à compter des années 2009, 2010 et suivantes. Le MSSS manifestait ainsi une crainte de pénurie de psychologues pour les années à venir et il adressait aussi une préoccupation quant à la durée des études, beaucoup plus longue que celle nécessaire pour former un médecin dans plusieurs cas.

La position du MSSS fut entendue et l'Ordre s'est penché sur la question, en collaboration avec la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec (CREPUQ) et avec les directions de départements des universités, afin de trouver des solutions à ce problème. Deux objectifs sont visés : augmenter le nombre de places dans les programmes et réduire la durée des études en psychologie.

Rappelons d'abord que les nouvelles exigences de l'Ordre à l'égard de la formation de

base (baccalauréat) et de la formation par compétences (études doctorales), telles que décrites dans le manuel d'agrément (voir l'article dans *Psychologie Québec*, mars 2006, p. 6 et 7), n'ont jamais été remises en cause. De telles exigences représentent un niveau satisfaisant de formation pour la protection du public dans le cadre contemporain de la pratique.

AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACE DANS LES PROGRAMMES ET RÉDUIRE LA DURÉE DES ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE

Les solutions envisagées par l'Ordre

Le Comité de la formation, qui conseille le Bureau sur la formation universitaire en psychologie et qui a produit le manuel d'agrément, a formulé des recommandations à l'attention des membres du Bureau réunis le 3 février dernier. Ces recommandations ont

pour but de faciliter aux universités l'atteinte de ces objectifs. Le Bureau de l'Ordre a adopté ce jour-là les recommandations du Comité de la formation.

Durée des études

Le Bureau propose ainsi des aménagements qui devraient permettre que la totalité des études puisse être complétée en 6 ans, incluant le baccalauréat et le doctorat.

Parmi les moyens pour y arriver, la possibilité de commencer la formation par compétence dès la troisième année du baccalauréat est envisagée.

Le Bureau propose aussi de mieux encadrer la recherche. Le fait de mettre l'emphase sur la recherche appliquée et d'établir des échéanciers plus courts pour la réalisation des activités de recherche peut contribuer à réduire de 6 mois, de 1 an dans certains cas, la durée des études.

De plus, la création d'un permis de psychologue junior, pour l'étudiant en internat, est à l'étude. Un tel permis temporaire contribuerait à réduire le temps nécessaire pour

Nouvel administrateur du régime d'assurance collective des membres

L'ORDRE des psychologues du Québec est heureux d'annoncer son partenariat d'affaires avec Dale-Parizeau LM. En effet, Dale-Parizeau LM est le cabinet de services financiers qui a été mandaté pour la consultation, l'administration et la distribution du programme d'assurance collective auprès des membres assurés de l'Ordre des psychologues du Québec. Cette entente, en vigueur à compter du 1^{er} mai 2006, permettra aux membres de l'Ordre de profiter d'un service hors pair en matière d'assurance collective, et ce, à des taux des plus compétitifs.

Dale-Parizeau LM est l'un des plus importants cabinets de services financiers au Québec et veille aux intérêts de ses clients depuis plus de 140 ans. Son engagement dans le domaine des programmes d'assurance pour les groupes, associations et ordres professionnels est au cœur de la mission et du plan d'affaires de Dale-Parizeau LM. Son professionnalisme et la qualité de son service et de ses communications, jumelés à un réseau de distribution provincial, sont à la base de son succès.

Des conseillers au service à la clientèle spécialisés dans l'assurance groupe-association viennent appuyer l'équipe de vente provinciale en offrant un service après-vente, des conseils techniques ainsi qu'une assistance au moment d'une réclamation.

C'est en confiance que nous débutons ce partenariat et nous souhaitons du succès à cette nouvelle relation d'affaires des plus prometteuses !

rendre disponible une main-d'œuvre qualifiée pour répondre aux besoins de la population québécoise.

Ces pistes de solution permettent de rendre plus flexibles l'interprétation et l'application du manuel d'agrément par les universités et elles constituent les options proposées par l'Ordre afin de répondre aux préoccupations du MSSS quant à la durée des études. Elles ont été communiquées à l'Office des professions et aux universités.

Le rôle des universités

L'Ordre a peu de pouvoir en ce qui a trait à l'augmentation du nombre de places disponibles dans les programmes de formation à la pratique professionnelle de la psychologie. Ce sont les universités qui en ont la responsabilité et des réaménagements à certains programmes seront sans doute nécessaires.

En février et en mars 2006, après consultation auprès de la CREPUQ et à la suite des propositions de l'Ordre décrites ci-dessus, chaque université québécoise a formulé individuellement à l'Office des professions ses stratégies et engagements pour atteindre les objectifs d'augmenter le nombre de place dans les programmes et de réduire la durée des études.

Conseil des ministres

Aux dernières nouvelles, l'Office des professions avait transmis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, l'honorable Yvon Marcoux, pour étude par le Conseil des ministres, le projet de modification à la réglementation sur les diplômes donnant accès au permis de l'Ordre.

Il y a donc tout lieu de croire que le processus tire à sa fin.

OPQ – Dernière heure: pour être à l'affût de l'actualité de l'Ordre

AVEC le bulletin *OPQ – Dernière heure*, l'Ordre des psychologues entre dans l'ère des communications Web. De brèves nouvelles, communiquées rapidement, dans un format épuré, voilà ce que l'équipe des communications veut offrir aux membres. Dès la réception du premier bulletin, le 21 février dernier, vous avez été nombreux à nous envoyer des commentaires positifs. Au moment de l'envoi, un impact direct s'est fait sentir dans le nombre de personnes ayant consulté site Internet de l'Ordre. Bien que ce bulletin ait été envoyé à plus de 5 000 psychologues, quelque trois mille membres n'ont pu être joints. Quelle en est la cause? Nous ne possédons pas leur adresse de courrier électronique. Si vous êtes intéressé à recevoir *OPQ – Dernière heure*, n'hésitez pas à nous envoyer votre adresse de courriel: info@ordrepsy.qc.ca. Vous êtes simplement curieux de le visionner? Accédez à la section Actualités du site Internet de l'Ordre: www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/fr/login.asp

Valérie Gosselin décroche la Bourse Jeune Entreprise 2006

LA PSYCHOLOGUE Valérie Gosselin, fondatrice et directrice de la clinique Amis-Maux inc., a remporté les honneurs de la Bourse Jeune Entreprise 2006, un concours organisé par la Jeune chambre de commerce de Québec. Cette bourse d'une valeur de 25 000 \$ est constituée de biens et de services offerts par plusieurs organisations et elle vise à soutenir une entreprise en démarrage. La clinique dirigée par M^{me} Gosselin offre des services de thérapie assistée par l'animal en psychologie, en orthophonie, en ergothérapie et en physiothérapie. Sur la photo, on reconnaît M^{me} Gosselin à gauche, accompagnée de M^{me} Nicole Chouinard, de la Banque de développement du Canada, qui a présenté la bourse à la gagnante. Félicitations !



Ordre des psychologues du Québec

VOUS ÊTES EN RECHERCHE D'EMPLOI ?

Vous avez besoin de nouveaux défis ?

Consultez la page « Emplois » du site de l'Ordre des psychologues du Québec, dans la section « Supplément aux membres ».

www.ordrepsy.qc.ca

Le rapport du comité d'experts... et après



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

EN OCTOBRE 2005, le Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines a déposé son rapport auprès de l'Office des professions du Québec. Nous savons, par une récente correspondance du président de l'Office, M. Gaëtan Lemoyne, que les propositions de ce rapport ont reçu une appréciation positive des membres de l'Office.

Le 28 février 2006, l'Office des professions a rendu ce rapport public et a amorcé sa consultation élargie auprès des différents intervenants intéressés, dont l'Ordre des psychologues du Québec. Par cette consultation, l'Office cherchait à mesurer le degré d'adhésion aux propositions du rapport Trudeau et leur impact sur la qualité et l'accessibilité des services. L'Office souhaitait connaître la réaction de l'Ordre au rapport Trudeau pour le 14 avril dernier, soit 46 jours après l'avoir rendu public.

C'est dans ce cadre que l'Ordre des psychologues a mis à la disposition de ses membres le rapport du Comité d'experts, préparé et envoyé aux membres un document précisant l'impact de certaines recommandations sur la profession de psychologue et entrepris, en mode accéléré, une tournée

provinciale. Enfin, une adresse courriel a été mise à la disposition des membres qui ont été nombreux à nous transmettre leurs questions et commentaires.

À la lumière de ces réactions des psychologues, l'Ordre a transmis, en avril dernier, sa réponse officielle aux propositions du Comité d'experts. L'Ordre a également réagi à certains commentaires du Comité: en effet, bien qu'un commentaire ne se traduise pas par une disposition législative, il est très important qu'il reflète bien la réalité puisque c'est sous son éclairage que les intervenants interpréteront la portée d'une disposition.

Et maintenant...

À la suite de cette consultation élargie, l'Office des professions fera ses recommandations au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, M. Yvon Marcoux, afin que ce dernier, en collaboration avec ses collègues de la santé, M. Philippe Couillard et M^{me} Margaret F. Delisle, oriente la suite de cet exercice de modernisation.

Habituellement, quand le degré d'adhésion est significativement positif, cela se concrétise par la préparation d'un projet de loi présenté à l'Assemblée nationale et discuté dans le cadre d'une commission parlementaire où les groupes et les individus intéressés sont invités à présenter leur mémoire. Selon le meilleur scénario envisagé, on nous dit qu'un projet de loi pourrait être déposé avant la fin de la présente session parlementaire, soit avant la mi-juin, pour inscription à la session

législative de l'automne 2006: cela suppose que le projet de loi pourrait être présenté en commission parlementaire dès la fin du mois d'août ou au début de septembre et adopté à l'automne 2006. Le règlement visant l'encaquement de la psychothérapie pourrait certainement suivre un cheminement parallèle.

Que se passe-t-il après l'adoption du projet de loi?

Il faut généralement prévoir un certain délai entre l'adoption d'un projet de loi et sa mise en application afin de laisser le temps aux intervenants de se conformer au nouveau régime juridique. Dans certains milieux, l'organisation du travail devra être repensée et, pour certains ordres, la nouvelle réserve d'activités se traduira par de nombreuses demandes d'admission.

Un heureux précédent à suivre...

Après l'adoption du projet de loi n° 90 sur l'actualisation de la pratique des professionnels de la santé physique œuvrant dans le secteur public, l'Office a mis en place une table de concertation où siégeait un représentant de chacun des 11 ordres visés: ceci leur a permis de s'entendre sur l'interprétation à donner aux dispositions législatives, de sorte qu'il n'y ait pas de confusion entre les professionnels et dans les milieux de travail.

L'Ordre des psychologues croit qu'une telle table de concertation serait la bienvenue parmi les ordres du secteur de la santé mentale et des relations humaines.

**INSTITUT DE
Psychothérapie
Corporelle
Intégrée**

www.institutpci.com

Montréal
(514) 383-8615

Extérieur de Montréal
1-877-383-8615

3501 Henri-Bourassa Est.
Bureau 101, Montréal (Qc)
H2B 1Y3

- Spécialisation pour professionnels
- Ateliers de développement
- Soirées d'information

Début de la formation

Montréal
8 juin 2006

Développée depuis 1985

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, Reichienne, psychologie du Soi, relations objectales) et de plusieurs techniques permettant d'intégrer l'expérience corporelle au cœur du processus de développement et d'intégration du Soi.

Le travail avec la respiration, le mouvement, les frontières et la présence, dans le cadre de la relation thérapeutique permet de stimuler et de supporter une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant.



Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau est un établissement public offrant aux personnes ayant une déficience motrice ou neurologique des services personnalisés spécialisés et surspécialisés en adaptation-réadaptation, en intégration sociale, résidentielle et professionnelle ; des services de soutien à l'intégration, d'aide et d'accompagnement aux familles et aux proches ; ainsi que des ressources résidentielles alternatives, le tout, dans le but de permettre leur participation sociale et maximiser leur qualité de vie.

De plus, le Centre s'engage à assurer le développement de la qualité des services et le soutien à l'innovation continue par l'enseignement, la recherche en adaptation-réadaptation et par l'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Le Centre est à la recherche de :

PSYCHOLOGUES

TEMPS COMPLET TEMPORAIRE

EXIGENCES :

- Doit détenir un diplôme de deuxième cycle en psychologie
- Doit être membre en règle de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec
- Excellente connaissance du français parlé et écrit
- Capacité à travailler en équipe interdisciplinaire.

RÉMUNÉRATION :

- Selon les normes du réseau de la santé et des services sociaux.

Toute personne intéressée doit faire parvenir son curriculum vitae avec la mention « concours psychologues » à l'adresse suivante :

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau / Direction des ressources humaines
2275, avenue Laurier Est
Montréal (Québec) H2H 2N8
No. télécopieur : (514) 527-0979
Courriel : pboisvert.crlb@sss.gov.qc.ca
Adresse du site WEB : <http://www.luciebruneau.qc.ca>

N.B. : Seules les personnes convoquées en entrevue recevront une réponse écrite.
À compétence égale, la préférence sera accordée aux personnes handicapées.

Refus de mandat et cessation de services



Par
**Suzanne
 Castonguay**
 M. Ps., SYNDIC ADJOINTE
 syndic@ordrepsy.qc.ca

CETTE CHRONIQUE traitera dans un premier temps des obligations déontologiques des psychologues concernant l'acceptation ou le refus d'un mandat et, dans un deuxième temps, elle traitera de la décision de cesser de rendre des services professionnels à un client.

De tout temps, le psychologue a été perçu comme le professionnel toujours prêt à répondre à l'appel d'une personne demandant des services professionnels de psychothérapie ou d'expertise, comme si l'éthique elle-même suggérait que le psychologue, devant un client dans le besoin, ne puisse refuser un mandat. Or, la réalité encadrée par la déontologie issue de notre Code est tout autre. En effet, plusieurs articles prescrivent au psychologue des critères de décision l'aidant à faire ses choix lors d'une offre de mandat, et ce, dans tous les champs de pratique.

L'article 6 du Code de déontologie exprime clairement que le psychologue ne peut accepter un mandat s'il n'a pas les compétences requises dans un champ de pratique ou avec une certaine clientèle. À titre d'exemple, un psychologue qui accepterait d'évaluer ou de traiter un enfant sans déterminer suffisamment de connaissances du développement psychologique de l'enfant et de ses besoins pourrait faire l'objet d'une inspection professionnelle si ce cas était porté à l'attention de l'Ordre des psychologues.

L'article 20 peut aussi motiver une décision de refuser un mandat de psychothérapie, de supervision, d'expertise, etc. En effet, le conflit de rôles et d'intérêts, abondamment documenté dans les fiches déontologiques produites pas le Bureau du syndic, est un bon exemple des aspects à examiner avant d'accepter de rendre des services à un client.

D'autres éléments peuvent motiver le refus d'entreprendre une intervention. Ils

concernent la capacité du psychologue de rendre des services de qualité considérant sa santé physique et psychologique. Pareillement, une incapacité à offrir un service avec diligence compte tenu de ses obligations actuelles avec ses clients pourrait justifier un refus de service (art. 24). Par exemple, un psychologue qui accepterait trop de mandats éprouverait rapidement des difficultés à produire des rapports dans un délai raisonnable ou verrait sa concentration diminuer dans son rôle de psychothérapeute.

En ce qui concerne la cessation des services en cours de mandat, cette décision, parfois difficile et délicate pour le psychologue, peut s'avérer tout de même nécessaire, voire incontournable au plan déontologique.

Deux articles du Code cités précédemment (art. 6 et 20) peuvent justifier la cessation des services. En effet, il peut arriver que le psychologue identifie plus particulièrement durant une psychothérapie une problématique particulière pour laquelle il n'a pas les compétences requises. Il peut aussi réaliser, à partir de l'information recueillie en thérapie ou d'un état contre-transférentiel nuisible au processus thérapeutique, qu'il se trouve en conflit d'intérêts (art. 20, 33). Ces deux constats renvoient directement le professionnel à l'article 7, qui prescrit qu'il doit référer son client lorsque l'intérêt de ce dernier l'exige.

Par ailleurs, les articles 27 et 28 du Code traitent aussi de cette question. L'article 27 stipule que le psychologue ne peut pas, sauf pour des motifs justes et raisonnables, mettre fin aux services qu'il rend. Il va sans dire qu'un psychologue doit utiliser son jugement professionnel pour établir s'il est en présence d'un motif juste et raisonnable de cesser de rendre des services à un client, la liste desdits motifs de l'article 27 n'étant pas exhaustive.

À cet effet, le nouveau Code ajoutera à cette liste trois nouveaux motifs tout en maintenant ceux déjà inscrits au Code actuel, mais en y apportant des précisions fort intéressantes. Entre autres, nous retrou-

verons au point 1, en ce qui a trait à la relation de confiance, la perte de cette relation, non seulement par le client, mais aussi par le psychologue ou les deux parties, de façon réciproque. À titre d'exemple, en cours de traitement, un psychologue qui développerait un sentiment de peur ou d'inconfort par rapport à un client, ou des gestes que ce dernier a posés, pourrait, sans accroc à la déontologie, cesser de rendre des services.

Parmi les nouveaux motifs, nous trouvons: le non-respect de l'entente convenue au début ou en cours de mandat, y compris les aspects touchant les honoraires, la décision du psychologue de réduire ou de mettre fin à sa pratique pour des raisons personnelles et/ou professionnelles et la possibilité que le maintien des services soit plus dommageable que bénéfique au client, par exemple dans un cas où une relation thérapeutique alimenterait la dépendance du client au lieu de favoriser une recherche d'autonomie.

Le nouveau Code apportera des nuances fort intéressantes au présent article 28, qui concerne, une fois la décision prise par le professionnel de cesser les services, la gestion de cette fin de services. En effet, le nouvel article stipulera que le psychologue doit en informer son client dans un délai raisonnable et s'assurer que la cessation du service professionnel ne lui soit pas préjudiciable ou, tout au moins, qu'elle lui cause le moins de préjudices possible. De plus, le psychologue doit contribuer si nécessaire à ce que le client puisse continuer d'obtenir des services professionnels si son état psychologique le requiert.

Il est évident que cette courte chronique ne peut couvrir tous les aspects déontologiques du refus de mandat et de la cessation de services. Par conséquent, sachez que le Bureau du syndic répond de façon quotidienne aux questions concernant les aspects déontologiques de la pratique professionnelle des psychologues, comme celles soulevées ici.

Au plaisir d'en discuter avec vous.



L'utilisation de tests normalisés sur des populations autres



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

LE WISC-IV est depuis quelque temps déjà disponible en français pour l'évaluation du quotient intellectuel (QI). Cependant, plusieurs psychologues ont porté à notre attention le fait que l'utilisation des normes canadiennes françaises pour quantifier les résultats obtenus aurait pour effet de surestimer le QI des enfants évalués au Québec en français. Cela s'expliquerait par le fait que la normalisation du test a été faite sur une population franco-ontarienne, population dont les acquis sur le plan de la langue française diffèrent de ceux des franco-québécois. En pareille situation, le psychologue doit mettre en perspective la cote obtenue, c'est-à-dire souligner, le cas échéant, l'écart à la hausse ou à la baisse que mettraient en lumière d'autres éléments d'information qu'il a à considérer et qui soutiendraient des indications différentes quant aux capacités intellectuelles. Il pourrait, par ailleurs, proposer une hypothèse quant au QI de l'enfant évalué, hypothèse qui, dans le cas de l'utilisation du

WISC-IV, s'étaierait par exemple sur la comparaison des cotes obtenues avec celles qui découleraient de l'utilisation des normes canadiennes anglaises du test, étant entendu alors qu'il donne les raisons justifiant la présentation de cette hypothèse et qu'il nuance d'autant ses conclusions.

Cette difficulté avec le WISC-IV aura tout de même pour effet de rappeler que les tests de QI ne sont pas différents des autres tests en ce que les résultats qu'ils permettent d'obtenir ne sont ni absolus ni exacts. Il faut se méfier de cette tendance à penser que les chiffres soutiennent, plus que les mots, des certitudes.

Outre les tests de QI, il existe de nombreux autres tests, dont plusieurs produits aux États-Unis, qui sont utilisés au Québec alors qu'ils n'y ont pas été normalisés. Même lorsque les tests sont normalisés au Québec, il demeure possible que les normes de référence soient plus ou moins adéquates si, par exemple, la population étalon se trouve dans les grandes villes et que les personnes à évaluer vivent en région éloignée et baignent dans une culture différente. Dans tous les cas, le psychologue doit interpréter le matériel recueilli à la lumière de toute l'information qu'il possède. L'exercice de la psychologie est en effet complexe et le psychologue

est un professionnel, ce qui, par définition, implique le recours au jugement. Le psychologue qui utilise des tests doit faire davantage que ce qui est attendu d'un psychométricien. Il doit notamment décrire les tests qu'il utilise, faire état de leur utilité et des limites de leur validité compte tenu du processus de normalisation, justifier leur utilisation, les mettre en contexte, nuancer les résultats obtenus et les intégrer dans une compréhension globale de la personne qu'il évalue.

Donnée brute, donnée interprétée et donnée préjudiciable

La question des données brutes et des données interprétées soulève encore certaines interrogations, notamment dans le contexte de l'évaluation du QI. Précisons que le Code de déontologie stipule que le psychologue ne peut remettre à autrui, sauf à un autre psychologue, les données brutes et non interprétées inhérentes à une consultation psychologique. De plus, il est entendu que les rapports d'évaluation ne doivent contenir aucune donnée brute. Dans ce contexte, le QI chiffré, s'il est présenté dans un rapport, doit toujours être accompagné de l'analyse, de l'explication, de l'appréciation ou de la validation dont il fait l'objet. Ainsi présenté, le QI chiffré ne constitue plus une donnée brute.

Le fait de révéler le QI ne bonifie pas nécessairement le rapport du psychologue et cela peut même être préjudiciable si rien n'est fait pour empêcher que des décisions ne reposent que sur un chiffre. Il est clair que le psychologue doit exercer son jugement sur la capacité de compréhension des partenaires ou clients susceptibles de prendre connaissance de son rapport. Tous ne sont pas en mesure de bien saisir la valeur, le sens et la portée du QI malgré les efforts du psychologue pour bien se faire comprendre et, en pareille situation, il est préférable qu'il réfère dans son rapport à des intervalles à l'intérieur desquels se trouve le QI.

En bref

Un psychologue québécois honoré au Colorado

M. Jack Jacob Hirschberg, membre de l'Ordre des psychologues du Québec, a été diplômé de l'International Academy of Behavioral Medicine, Counseling and Psychotherapy. Cette institution, située au Colorado, est l'association de plusieurs professionnels multidisciplinaires qui visent l'excellence et l'avancement des compétences cliniques partout dans le monde. L'ensemble des diplômés de l'IABMCP sont des praticiens reconnus internationalement pour leur contribution extraordinaire dans les champs de la médecine comportementale, du counseling et de la psychothérapie.

Toutefois, il n'y a pas lieu d'éviter systématiquement de présenter un QI chiffré. L'objectif est de pouvoir rendre clairement compte des ressources intellectuelles du client et le fait de ne pas donner de chiffres force à l'occasion le recours à des périphrases ou à un jargon professionnel personnel donnant au rapport un caractère sibyllin. Les conséquences seraient aussi préjudiciables puisque l'effet serait de laisser perplexe et confuse la personne à qui s'adresse un rapport visant à statuer sur les capacités intellectuelles du client.

En somme, il faut témoigner de la même attitude de prudence et de réserve quand il s'agit de communiquer ses conclusions, que celles-ci portent sur les capacités intellectuelles ou sur toute autre chose.

Dérogation à l'âge d'entrée à l'école

La révision des lignes directrices pour l'évaluation d'un enfant en vue d'une demande

de dérogation à l'âge d'entrée à l'école est terminée. Le document, maintenant disponible pour les psychologues, est le fruit d'une démarche rigoureuse qui a nécessité la constitution d'un comité d'experts en la matière et qui a impliqué de consulter d'abord un bon nombre de psychologues exerçant dans ce champ et ensuite les inspecteurs, le Comité d'inspection professionnelle, le Bureau du syndic et la conseillère juridique avant d'être soumis pour approbation au Comité administratif et, en dernière instance, au Bureau.

Nous attirons l'attention sur les principaux changements qui s'y trouvent :

- structure du nouveau document qui colle davantage à la séquence de travail du psychologue ;
- insistance sur le contexte exceptionnel et particulier des mesures dérogatoires, mesures qui ne proposent pas par ailleurs de solutions aux besoins de tous les enfants doués ;

- mises à jour de l'état des connaissances, des références et de la bibliographie ;
- références déontologiques tenant compte des ajustements à faire en prévision de l'entrée en vigueur du nouveau Code de déontologie ;
- insistance sur la responsabilité du psychologue et l'exercice de son jugement dans le choix d'outils pertinents qui ne se trouvent plus nommément désignés ;
- insistance sur la nécessité d'évaluer l'enfant dans la langue de scolarisation ;
- recommandations de tenue de dossier s'arrimant sur le guide explicatif de l'Ordre en la matière.

Les nouvelles lignes directrices sont maintenant disponibles en version papier ou dans le site de l'Ordre, section Supplément aux membres, sous les onglets Pratique/ Documents de référence/ Dérogation scolaire.

FORMATIONS EN SANTÉ MENTALE • PRINTEMPS 2006

<p>Colloque 2^e édition • Psychothérapies des troubles de la personnalité : diversité des approches, convergence des intentions. Montréal, 11-12 mai 2006</p> <p>Enjeux psychothérapeutiques reliés aux adultes ayant un passé d'abus sexuel dans l'enfance. ■ Par : Hubert Van Gijseghe, Ph.D., psychologue et expert-psycholégal Montréal : 29 mai / Québec : 1^{er} juin 2006</p> <p>La négligence transgénérationnelle : évaluation et intervention auprès des familles multiassistées. ■ Par : Benoît Clotteau, M.Sc., psychoéducateur Montréal : 25 mai / Québec : 19 mai 2006</p> <p>Mieux comprendre et intervenir auprès des hommes en détresse psychologique. ■ Par : Gilles Tremblay, Ph.D., travail social et Pierre L'Heureux, M.Éd., éducation Montréal : 26 mai / Québec : 2 juin 2006</p>	<p>Traitement cognitif-comportemental en contexte de crise suicidaire ou de désorganisation de vie majeure. ■ Par : Renée-Claude Dompiere, M.Ps., psychologue et Marie-Chantal Tremblay-Canuel, M.Sc., ergothérapeute Montréal : 12 mai / Québec : 2 juin 2006</p> <p>Évaluation neuropsychologique de la mémoire en psychiatrie : des techniques de base jusqu'au diagnostic différentiel. ■ Par : Christianne Bolduc et Marie-Josée Bédard, neuropsychologues Montréal : 27-28 avril</p> <p style="text-align: center;">INFORMATION ET INSCRIPTION (418) 658-5396 • porte-voix@videotron.ca www.porte-voix.qc.ca</p> <p style="text-align: center;"><i>Formations</i>  <i>Porte-Voix</i></p>
---	--

POUR NOS 30 ANS ON VOUS FAIT DES CADEAUX

La Capitale assurances générales fête ses 30 ans.
Comme membre de l'OPQ, nous vous invitons à
profiter de nombreux avantages, notamment :

ASSURANCE AUTO

- 10 % d'économie
- Un mois gratuit lors d'une nouvelle assurance¹
- 0 \$ de franchise¹

ASSURANCE HABITATION

- 10 % d'économie
- Un mois gratuit lors d'une nouvelle assurance¹
- 0 \$ de franchise¹

Profitez dès maintenant de ces offres emballantes.
Obtenez également une soumission sans frais, jusqu'à
six mois avant l'échéance de vos polices d'assurance.

Sans frais : 1 800 322-9226

Montréal : (514) 906-2208

Québec : (418) 266-9908

directiongroupes@capitale.qc.ca
www.lacapitale.com



La Capitale
assurances générales

TRENTE **30 ANS**
AVEC VOUS!

Cabinet en assurance de dommages

Concours ²
30 ans
Ça roule en grand
5 voitures à gagner



Cobalt
Optra 5
Solstice
Torrent
Vibe

À GAGNER : cinq voitures GM.

Comment participer?

- Demandez une soumission pour une assurance auto ou habitation et obtenez une chance de gagner;
- Souscrivez une assurance auto ou habitation et obtenez une chance supplémentaire de gagner;
- Tous nos clients sont automatiquement inscrits.

UN MOIS
GRATUIT

0\$ DE
FRANCHISE

EXCELLENTE
PROTECTIONS

¹ Certaines modalités s'appliquent.

² Règlements disponibles au www.lacapitale.com

Des avancées importantes pour les psychologues



Par
Diane Côté
DIRECTRICE DES COMMUNICATIONS
dcote@ordrepsy.qc.ca

LE RAPPORT tant attendu sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines a été rendu public par l'Office des professions le 28 février dernier. Tous les membres de l'Ordre ont reçu, par courrier électronique ou en version papier, un document préparé par l'Ordre qui présente les principales recommandations du rapport et leur impact sur la profession. Ce document leur a permis de saisir les enjeux de cette révision pour l'ensemble des professionnels de la santé mentale et des relations humaines. Le partage des activités proposé par le Comité d'experts, appelé le Comité Trudeau du nom de son président, est présenté clairement avec toute la logique qui a entraîné les recommandations.

La présidente de l'Ordre, entourée des administrateurs régionaux, a entrepris une tournée du Québec pour discuter avec les

psychologues des conséquences de cette modernisation dans la profession. Les psychologues ont été nombreux à répondre à l'invitation qui leur avait été lancée et les rencontres se sont révélées très enrichissantes autant pour les participants que pour les représentants du Bureau et de la permanence de l'Ordre. Les questions posées par les psychologues des différents milieux de pratique et les exemples concrets qu'ils ont présentés ont permis à la présidente et aux représentants de l'Ordre de faire des commentaires et des recommandations très précises à l'Office des professions.

Activités réservées

Les psychologues ont été particulièrement heureux de constater que le Comité d'experts a recommandé que, dans un souci véritable de protéger le public qui a besoin de services de psychothérapie, l'acte de psychothérapie et non seulement le titre soit réservé. Dès que le règlement entrera en vigueur, seuls les professionnels compétents, dont les psychologues, pourront dispenser ce service. Il en va de même pour l'évaluation

des troubles mentaux, qui est un acte réservé aux psychologues en partage avec les médecins et certains autres professionnels qui répondent aux critères de compétences, et de l'acte d'évaluation neuropsychologique, réservé aux seuls psychologues accrédités.

L'information concernant cet important dossier est régulièrement mise à jour dans le site Internet de l'Ordre, dans la section réservée aux membres. La section Modernisation de la pratique www.ordrepsy.qc.ca/membres.html présente, en plus du document, les principales questions des membres ainsi que les réponses qui ont été fournies.

Nous suivrons pour vous tous les développements et nous vous encourageons à consulter cette information régulièrement afin d'être bien au fait des développements majeurs qui toucheront la profession au cours des prochains mois. Dès la fin d'avril, l'Ordre a fait parvenir à l'Office des professions un avis reprenant les principaux commentaires des membres et suggérant des aménagements à certaines des recommandations pour faciliter la mise en application des propositions du Comité d'experts.



Lors de la rencontre avec les psychologues anglophones, les représentants de l'Ordre étaient, de gauche à droite: **M^e Édith Lorquet**, conseillère juridique et aux affaires externes, **M. Luc Granger**, administrateur de la région de Montréal et membre du Comité administratif, **M^{me} Rose-Marie Charest**, présidente de l'Ordre, **M. Stéphane Beaulieu**, secrétaire général de l'Ordre, et **M. Pierre Desjardins**, directeur de la qualité et du développement de la pratique.



Plus de 300 psychologues de la région de Montréal se sont déplacés lors de la rencontre du jeudi 15 mars dernier. Une période d'échanges suivait la présentation et les commentaires recueillis lors de chaque rencontre ont permis aux représentants de l'Ordre de réagir rapidement aux recommandations du groupe d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines.

LE CONGRÈS 2006 DE L'ORDRE

Un événement majeur de formation continue



Par **Diane Côté**
DIRECTRICE DES COMMUNICATIONS
dcote@ordrepsy.qc.ca

LE CONGRÈS 2006 de l'Ordre aura lieu les 3 et 4 novembre prochain à l'hôtel Hyatt Regency au centre-ville de Montréal. Ce congrès de formation présentera une programmation diversifiée axée sur les problématiques actuelles en psychologie.

Le comité organisateur

Les psychologues suivants ont accepté de collaborer à l'organisation du Congrès : **Pauline Bouffard**, formatrice ; **Pierre Cousineau**, formateur en psychothérapie ; **Francine Cyr**, professeure et chercheuse en médiation familiale à l'Université de Montréal ; **Richard Gagné**, psychologue scolaire, formateur, conférencier, **Jacques Kurtness**, psychologue intervenant auprès des communautés autochtones ; **Yvan Lussier**, chercheur sur la psychologie du couple à l'Université du Québec à Trois-Rivières ; **Normand Marineau**, chef du service de psychologie, Hôpital Louis-H. Lafontaine ; **Estelle Morin**, directrice de CRIOTEOS, Centre de recherche et d'intervention en organisation du travail et professeur à l'École des hautes études commerciales ; **Mario Poirier**, professeur à l'UQAM/TELUQ ; **Rose-Marie Charest**, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec ; et **Diane Côté**, directrice des communications à l'Ordre des psychologues et coordonnatrice de l'organisation du Congrès 2006.

Le rôle du comité organisateur est de décider du thème du Congrès, de choisir l'identification visuelle, de sélectionner les propositions d'ateliers et d'identifier des formateurs internationaux. Les travaux du comité sont déjà bien amorcés et nous pouvons déjà livrer quelques aperçus des activités à l'ordre du jour de cette rencontre fort attendue des membres de l'Ordre.

Le thème

C'est en réfléchissant à l'évolution de la profession et à son positionnement actuel au plan

social que le thème du Congrès s'est dégagé des discussions du comité organisateur. « La psychologie au cœur de la santé » devient un slogan qui traduit bien la place que le psychologue doit occuper dans le système de santé soit « au cœur » des interventions en santé mentale et en santé physique où la psychologie tient un rôle de plus en plus grand. Ce thème rejoint aussi les recommandations du groupe d'experts en santé mentale et en relations humaines, qui reconnaît au psychologue un rôle déterminant en psychothérapie, en évaluation des troubles mentaux et en évaluation des troubles neuropsychologiques. La psychologie est maintenant intégrée dans les services de santé physique dans les centres hospitaliers et les centres de réadaptation. Les équipes multidisciplinaires en santé font appel au psychologue à toutes les étapes des interventions et, en ce sens, les psychologues sont au cœur du système de soins de santé.

Le visuel

À la suite d'un appel d'offres auprès de firmes de graphistes, le groupe Rouleau Paquin design communication a reçu le mandat d'élaborer une image pour rendre compte du thème. Le comité a choisi une image stylisée illustrant l'interaction entre deux personnes dont les têtes sont réunies par une pomme, symbole de la santé. Ces personnes représentent le psychologue et son patient. Le cœur dessiné par les contours des visages reprend la thématique « au cœur de la santé ». Le beige, le vert et le bleu dégagent une impression de sérénité et de santé.

Des invités internationaux

La tradition recommande que lors de chaque congrès de l'Ordre nous invitions des psychologues reconnus pour leur expertise sur la scène internationale. Cette année, deux formateurs américains ont accepté l'invitation du comité.

Le D^r **Donald Michenbaum** présentera une formation de six heures sur « la psychothérapie des adolescents, comment travailler

avec les familles ». Le D^r Michenbaum est bien connu pour ses formations basées sur le modèle cognitif behaviorale, entre autres pour le traitement de la dépression. Pour le Congrès de novembre, il propose une journée complète de formation sur l'intervention auprès des adolescents en examinant différents modèles psychothérapeutiques à utiliser avec les adolescents et avec leurs familles. La description complète de son atelier se trouve dans le site Internet de l'Ordre, dans la section du Congrès 2006.

Un autre formateur américain bien connu a accepté de présenter un atelier sur la thérapie de couple. Il s'agit du D^r **Norman Epstein**, Ph. D., directeur du programme de thérapie conjugale et familiale de l'Université du Maryland. Reconnu sur la scène internationale pour ses recherches et ses formations sur la thérapie de couple, le D^r Epstein participera au Congrès de l'Ordre comme formateur invité. Il offrira un atelier de six heures sur les nouvelles perspectives de la thérapie cognitive behaviorale en thérapie de couple. La description complète de cet atelier se trouve aussi dans le site Internet de l'Ordre.

Des ateliers de formation

Les psychologues qui participeront au Congrès auront le choix parmi plus de 35 ateliers de formation d'une durée de trois ou six heures. Le comité a sélectionné ces formations à partir des nombreuses propositions qu'il a reçues. Les critères utilisés par les membres du comité ont été la pertinence du sujet pour un nombre relativement élevé de psychologues ainsi que la variété des sujets présentés pouvant intéresser des psychologues dans les différents secteurs d'activité. Le comité a aussi tenté de sélectionner des sujets nouveaux ou encore reliés de près à la pratique de la psychologie en santé.

Le programme complet du Congrès sera expédié à tous les membres au début de juillet prochain. D'ici là, vous pouvez suivre l'évolution du programme directement dans le site Internet: www.ordrepsy.qc.ca/membres.html

S Un forfait bancaire privilège
Spécialement conçu pour vous !

PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

L'avantageux programme de Services bancaires collectifs de l'Ordre des psychologues du Québec a été conçu pour vous faire économiser. À titre de membre de l'Ordre, vous pouvez bénéficier d'un forfait à valeur ajoutée vous donnant droit à d'intéressantes bonifications sur vos prêts et placements, et plus encore !

FORFAIT V.I.P. POUR LES MEMBRES DE L'OPQ DU QUÉBEC

• Frais mensuels	30 \$ (3 mois gratuits lors de l'adhésion)
• Débits/dépôts gratuits	Illimités
• Accès au service Banque en direct et aux services bancaires par téléphone	Gratuit
• Choix de cartes Visa :	Visa Or ou Platine Privilège Visa Platine Voyages Visa Or US Visa British Airways Visa Or AAdvantage
• Marge de Crédit Royale	Taux privilégiés RBC
• Prêts personnels/hypothèques	Taux privilégiés RBC
• Prêts REER	Taux préférentiel RBC
• Services de placement	Taux privilégiés RBC

Pour profiter des avantages du programme dès maintenant, passez à la succursale RBC Banque Royale la plus proche ou composez le (514) 856-8629 pour Montréal ou le numéro sans frais 1-866-353-8992.





L'image du corps : souffrance, plaisir et réalité

IMAGE DU CORPS ET MALADIE PHYSIQUE

Une exigence de travail pour la pensée

18



Par
Monique Brillon, Ph. D.

DEPUIS quelques années, les recherches en neuro-immunologie démontrent l'interdépendance des systèmes immunitaire, endocrinien et nerveux. Grâce à elles, on comprend de mieux en mieux que le cerveau, siège de la pensée et des émotions, orchestre toutes les réactions physiologiques. L'être humain fonctionne comme un tout, l'esprit ayant un impact sur le fonctionnement du corps et vice-versa. Cela sous-entend que toutes les maladies ont à la fois un versant psychologique et un versant somatique. Les observations cliniques en psychosomatique révèlent, pour leur part, que le déclenchement des maladies, leur évolution et leur guérison s'inscrivent dans la totalité de l'être qui en est affecté. Elles portent la marque de son hérité et de l'énergie dont il dispose actuellement, mais aussi de sa personnalité, de son mode de fonctionnement mental, de ses mécanismes d'adaptation et de défense contre l'angoisse et de son image corporelle.

Christophe Dejours (2001) propose une façon originale de penser les rapports entre le soma et le psychisme dans l'expérience de la maladie. Il note que nous vivons simultanément dans deux corps : un corps biologique concret, matériel et un corps investi de libido, engagé dans des échanges relationnels et animé par un psychisme. Ce dernier, qu'il appelle corps érotique, est capable de rêver, de fantasmer, de désirer, de souffrir moralement, d'éprouver du plaisir et des sentiments. Les deux existent en parallèle, mais sont étroitement unis. C'est par les réactions physiologiques du corps

biologique que le corps érotique expérimente ses états psychiques. Le premier existe dès la naissance tandis que le second se développe dans la rencontre avec les adultes qui ont charge de l'enfant en prenant appui sur les soins et les jeux corporels qui lui sont prodigués. À travers eux, l'enfant découvre son affectivité, expérimente son corps et apprend à l'utiliser pour communiquer ses états d'âme. Le fonctionnement psychique de l'adulte qui interagit avec lui, ses fantasmes, son histoire et sa sexualité marquent de façon singulière ce développement. C'est à travers ce qu'il expérimente dans la rencontre avec l'autre que le corps s'éprouve comme corps érogène. Selon ma compréhension, l'image du corps, construction de l'imaginaire, façon personnelle de percevoir et de ressentir son corps, correspondrait à la représentation inconsciente de cet éprouvé. Une fois le corps érotique en place, il semble qu'il contribue au maintien de la santé. En effet, l'observation clinique suggère que lorsque surviennent certains troubles psychiques qui altèrent l'économie du corps érotique, il y aurait augmentation du risque de maladie physique (Dejours, 2002).

Dans l'expérience de la maladie, la souffrance est double : le corps biologique porte sa douleur tandis que le corps érotique souffre dans sa subjectivité, en particulier dans la perception qu'il a de lui-même comme individu malade. Cette souffrance présente deux visages concomitants. D'une part, la maladie imposant un frein à la liberté, une résistance à la volonté de vivre, le corps pâtit, comme le souligne Dejours (2002), de sentir une limitation de son potentiel de jouissance et d'investissement du monde. D'autre part, devant le handicap occasionné par la maladie, l'image du corps elle-même est blessée. Toute personne investit affectivement chacune des parties de son anatomie d'une façon qui lui est propre en fonction des expériences relationnelles qu'elle a connues. Pour un

Notre société consacre une importance démesurée au culte du corps. Cliché, direz-vous? Ah oui, et les publicités de produits de beauté, et les émissions de télé-réalité, et les pages de couverture des magazines, et... Mais au-delà de sa représentation, il y a la relation que les gens entretiennent avec leur corps. Cette image de soi se construit à partir du plus jeune âge. Les psychologues qui côtoient des enfants savent à quel point l'image corporelle est déterminante dans le rapport de l'enfant avec son environnement, mais aussi avec lui-même. Quoiqu'il évolue au fil des expériences, ce rapport demeure chargé d'un sens dont il faut toujours tenir compte.


individu, le cerveau et son pouvoir intellectuel font l'objet d'un grand investissement, alors que pour un autre, la force de ses muscles est au centre de ses préoccupations. Chez l'un, le bon fonctionnement des intestins peut être l'objet d'une surveillance constante, alors que chez l'autre, le cœur concentre toute l'attention. De même, pour plusieurs, sinon pour tous, les organes génitaux revêtent une importance capitale dans l'image corporelle. Ces investissements particuliers ne sont pas qu'affaire d'hérédité, mais dépendent aussi de la manière dont ces différentes parties ont été parlées et expérimentées dans l'échange avec les adultes d'origine. Lorsque la maladie atteint une partie du corps fortement investie dans l'image corporelle, l'impact sur le sujet n'en est que plus grand. Sa façon de se vivre et de se percevoir comme personne malade aura une influence sur son attitude vis-à-vis de sa maladie et, par conséquent, un impact sur le processus de guérison.

Quand la maladie frappe, c'est avec toute sa souffrance, dont une partie peut échapper à sa conscience, que la personne aborde le médecin. En confiant son corps malade à un expert, elle s'attend, plus ou moins consciemment, non seulement à recevoir des soins appropriés pour la maladie dont elle est atteinte, mais aussi à être entendue dans son entité d'être souffrant. Or, cette attente risque grandement d'être déçue, car le professionnel de la santé est formé pour s'occuper de la maladie, non pour prendre en charge la totalité de l'être. Bien que le médecin soit le spécialiste des maladies et que son avis soit essentiel, il n'est pourtant pas le seul à pouvoir dire quelque chose de ce qui affecte son patient. Le versant psychologique de son état, seul ce dernier peut y avoir accès et la responsabilité de s'occuper des aspects psychiques de sa maladie lui revient en propre. Paradoxalement, il se trouve la plupart du temps fort dépourvu pour s'acquitter de cette tâche. Comment comprendre cette mise à l'écart d'une partie de sa souffrance?

Souvent la maladie mobilise toute l'attention du sujet atteint. Ses pensées, ses préoccupations sont centrées sur son état et il se

monte incapable d'investir d'autres aspects de sa vie. Il devient absorbé dans la maladie et se perd de vue en tant que sujet désirant. Sa capacité de penser est moins active ou ne l'est plus du tout et le processus de guérison, qui est un processus normal impliquant une foule de mécanismes tant physiques que psychiques (Crombez, 2006), en est entravé. Pour s'affranchir de la souffrance morale et relancer la guérison, l'individu doit se décentrer de la maladie qui l'absorbe afin de retrouver sa qualité de sujet.

C'est ce qui fait dire à Dejours (2002) que la maladie se présente comme un problème pour l'appareil psychique en lui imposant une exigence de pensée. Devant elle, il est facile de perdre le contact avec le corps érotique dont l'image corporelle serait la représentation. Le symptôme physique se pose comme point de départ de l'activité de penser pour amener l'individu à reprendre contact avec cet aspect de lui-même qui joue un grand rôle dans le bon fonctionnement des processus vitaux. Dans son *Journal de la création*, Nancy Huston donne un exemple de ce travail psychique lorsqu'elle s'efforce de se représenter la névrite qui la cloue au lit. Devant le symptôme d'insensibilité de ses membres inférieurs, deux images lui viennent en tête: elle se rappelle les engelures de son enfance lorsqu'elle patinait trop longtemps pendant les froides journées d'hiver, puis elle imagine que son corps, incapable de bouger, se transforme en arbre et prend racine. Tenter de mettre le symptôme en images, c'est « réintroduire du subjectif dans le corporel et du corps dans la pensée » (Crombez, 1994, p. 89). Alors que le corps n'est que douleur, les images ont le pouvoir d'éveiller des émotions et de stimuler le travail psychique. Elles peuvent ouvrir la voie à la découverte d'un sens à la maladie, mais là n'est pas le but premier. En effet, d'une part, il se peut que celle-ci n'en ait aucun, toutes les tensions du corps ne pouvant pas être mentalisées, et d'autre part, même dans l'éventualité où la maladie serait porteuse de sens, l'élaboration mentale pour le mettre à jour demanderait trop de temps et l'urgence de soigner le corps ne saurait souffrir cette attente. Il s'agit



plutôt de rendre le sujet actif dans sa lutte contre la maladie en ranimant son psychisme afin de relancer les processus de guérison.

Les émotions suscitées peuvent parfois conduire au sentiment d'être dans une impasse, sentiment que la personne avait, à son insu, tenté de fuir en se réfugiant dans la maladie. La souffrance morale peut s'en trouver accrue et entraîner du désespoir. Bien que ce sentiment soit pénible, oser le ressentir est la première condition pour chercher et trouver une issue à l'impasse. C'est ici que la relation à l'autre, personnel médical multidisciplinaire et personnes significatives pour le malade, prend toute son importance. La qualité des liens humains s'avère essentielle pour soutenir le désir de vivre et le processus de guérison. La présence aimante, l'écoute et l'accueil de la parole du malade avec son désespoir sont souvent autant sinon plus importants que les traitements médicaux et pharmacologiques et devraient toujours accompagner ces derniers. En se sentant reconnu par l'autre, l'individu peut retrouver sa qualité de sujet. Le romancier Jean-François Beauchemin, dans son récit intitulé *La fabrication de l'aube* (p. 108), apporte à cet effet un témoignage émouvant. Terrassé par une maladie grave qui menace de l'emporter, il parvient à guérir en se rattachant aux êtres qui lui

sont chers : « On a dit plus tard que mon rétablissement avait été dû aux médicaments et aux soins du personnel infirmier. C'est le point de vue de ceux qui ne vivent de moi que la pelure. Au-dedans brûlait une lanterne. Tu l'allumais et, toujours, cela devenait le contrepoison de la souffrance. » Dans ce beau texte poétique d'une grande humanité, on le voit penser son état, mettre des images sur son ressenti et raviver les souvenirs des personnes qui l'ont aidé à se percevoir comme un sujet tout au cours de sa vie. On a là une belle illustration de l'exigence de pensée imposée au psychisme par la maladie.

Monique Brillon, psychologue, est l'auteur de *La pensée qui soigne*, publié aux Éditions de l'Homme en 2006.

Bibliographie

Beauchemin, J.-F. (2006). *La fabrication de l'aube*. Montréal, Québec Amérique.

Crombez, J.-C. (1994). *La guérison en écho*. Québec, HMH.

Crombez, J.-C. (2006). *La personne en écho*. Montréal, Éditions de l'Homme.

Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris, Payot.

Dejours, C. (2002). « Le corps comme exigence de travail pour la pensée ». Dans Debray, R., Dejours, C., et Férida, P. *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris, Dunod.

Huston, Nancy (2001). *Journal de la création*. Paris, Babel.



C'est avec grand plaisir que je me présente à vous comme la nouvelle Conseillère clinique en mesure et évaluation de l'Est du Canada pour Harcourt Assessment. Prenant la relève des fonctions auparavant exercées par Jacinthe Bourassa, qui a été promue au poste de Directrice des services cliniques, je suis heureuse de pouvoir vous aider en répondant à vos questions en matière d'évaluation et en vous offrant des conseils reliés à l'administration et l'interprétation de nos outils d'évaluation.

Cette année, nos nouveaux catalogues vous offrent une gamme d'outils bilingues en matière d'évaluation clinique qui est plus vaste que jamais. Nos outils d'évaluation en français incluent entre autres :

- **ÉDITION FINALE MAINTENANT DISPONIBLE : WIAT-II[™]** (Test de rendement individuel de Wechsler – Deuxième édition – Version pour francophones du Canada)
- **NOUVEAUTÉ : TEA-CH** (Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant)
- **NOUVEAUTÉ : RBMT/RBMT 2** (Rivermead Behavioural Memory Test pour adultes et enfants)
- **EVAC** (Épreuve verbale d'aptitudes cognitives (normes québécoises))
- **ENT MEM** (Entraîner sa mémoire)
- **ECAR/ECAN** (Échelle d'évaluation des comportements autistiques)
- **NOUVEAUTÉ : Bayley-III** (Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third edition, en anglais seulement)

Nos sessions d'information et d'introduction aux outils d'évaluation vous offrent plus de renseignements sur ces produits ou sur tout autre produit qui vous intéresse. Je suis également disponible pour vous rencontrer et pour vous conseiller en ce qui a trait à vos besoins professionnels. Pour fixer un rendez-vous ou pour plus de renseignements concernant nos services, veuillez me contacter à alexandra_martel@harcourt.com ou au 1-866-834-7539. Vous pouvez également consulter notre site Web à www.PsychCorp.ca.



Alexandra Martel M.A.



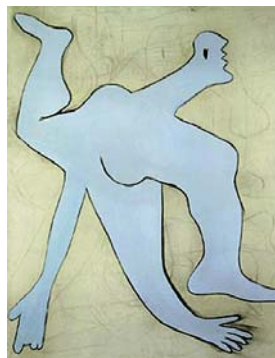
L'image du corps et la conscience de soi



Par
Yvan Joly, M.A.



Étude des proportions d'un corps mâle,
de Leonardo da Vinci.



L'acrobate, de Picasso.

Image du corps et « image du corps »

Laquelle de ces deux images vous semble la plus révélatrice de l'image du corps, de l'image de votre corps? Quand vous agissez dans la vie quotidienne, pour un geste sportif ou encore pour donner une poignée de main, quelle image utilisez-vous? L'image du corps objet ou l'image du corps vécu?

L'image du corps objet, c'est ce que l'on voit, ce que l'on peut mesurer, photographier, dessiner de l'extérieur, comme dans le graphique de Leonardo Da Vinci (à gauche). Cette image « extérieure » fait aussi appel à l'image du corps véhiculée par la culture, un « idéal » au sens d'une idée. Cet idéal est aussi un univers du possible biomécanique, et pour certains, surtout au plan social, un attracteur, une image à laquelle on veut se conformer.

Mais l'image du corps, c'est aussi ce que l'on ressent de soi-même dans l'expérience intime du corps aux plans sensorimoteur, kinesthésique et proprioceptif. En ce sens, la représentation de *L'acrobate* de Picasso (à droite) est sans doute plus proche de la « réalité » du corps vécu que le graphique réaliste et géométrique de Leonardo. En fait, nous pouvons prétendre que très peu de gens ont une image

du corps « conforme » à la réalité du corps physique. D'une certaine manière, le corps objet physique propose un idéal asymptotique... on y tend mais l'atteint-on jamais? En fait on peut penser qu'il y a là le projet d'une vie.

Une étude de Gelly (1992) sur les opérés de la main est particulièrement intéressante au sujet de cette comparaison entre le corps objet et le corps vécu. Le chercheur a identifié que toute disponible que soit la main objet bien « réparée », c'est la relation de la main objet à l'image de la main qu'il fallait aussi traiter. La plupart des gens ont de leur main une image ressentie de trois ou quatre doigts. Les enfants, en fait, commenceraient avec une image d'une unité, puis de deux unités alors que le pouce se distingue, puis de trois, etc. Notre image du corps se construit ainsi dans l'usage, dans l'apprentissage et à travers le temps et le mouvement, bref, dans l'expérience. Notre image peut donc se développer tout au long de notre vie. En général, pour ne prendre que cet exemple de la main, seuls les athlètes ou les musiciens ont une représentation proche de leur potentiel physique. Pour la plupart des personnes qui ne s'investissent pas dans la mise en adéquation de leur image physique et de leur image vécue, l'écart peut être plus ou moins grand, parfois dramatiquement disproportionné.

On n'est peut-être pas loin ici de la définition de la névrose de Karen Horney: quand à notre insu on fait le contraire de ce que l'on pense. Ou quand on ne réussit pas à ajuster son image aux images que la société voudrait bien nous voir adopter. La névrose aurait-elle ainsi une base somatique dans la non-adéquation entre l'image du corps et « l'image du corps »? Schilder (1968) l'avait déjà annoncé: « l'image du corps n'est jamais une structure complète; elle n'est pas statique; il y a toujours des perturbations » (p. 287).

Moshe Feldenkrais, auteur d'un livre intitulé *La conscience du corps* et instigateur de la méthode du même nom, aimait dire quant à lui que si l'on ne sait pas ce que l'on fait, on ne peut pas faire ce que l'on veut. Physicien et ingénieur, ceinture noire de judo et athlète accompli, Feldenkrais (1971, 1990) a élaboré dès 1945 une méthode très rigoureuse pour permettre l'apprentissage de la conscience du corps. Sa méthode comporte un travail de groupe guidé par la parole et un travail individuel guidé par les mains. Les leçons de la méthode Feldenkrais permettent aux personnes qui s'y exposent de clarifier leur image du corps et de faire se rencontrer



de plus en plus l'image du corps vécu et l'image du corps objectivé, une sorte de synthèse entre Picasso et Leonardo Da Vinci. Ce chemin de construction et de conciliation de l'image du corps est un projet dans lequel on peut vouloir s'engager pour des raisons personnelles, artistiques, sportives, éducatives, ou pour des bénéfices thérapeutiques dans le domaine psychologique ou physique, pour des raisons de santé, de réadaptation, de prévention. C'est là mon champ de pratique et de recherche depuis plus d'une trentaine d'années.

Retour en arrière: de l'intelligence « artificielle » ?

Mon intérêt pour l'image du corps, *a contrario*, remonte aux années 1970. Je venais de terminer un mémoire de recherche en psychologie fondamentale, plus précisément en « Human Information Processing » et en intelligence artificielle. Le domaine s'est depuis appelé « sciences cognitives ». Il s'agissait alors de simuler sur ordinateur le processus par lequel les humains résolvent des problèmes. À l'époque on croyait que les sens appréhendaient l'information du monde « réel » et que la machine-cerveau recevait et manipulait cette information de façon symbolique et logique, deux erreurs épistémologiques évidentes aujourd'hui, mais qui suscitaient déjà chez moi une angoisse bien corporelle.

Par ailleurs, dans ce type d'approche centrée sur l'étude des processus, j'étais fasciné par le fait que l'on considérait que l'intelligence, sinon toute la cognition ou même tout le comportement, sont une question de stratégie, c'est-à-dire le résultat d'une certaine façon de faire que nous apprenons — ou pas ! — au cours du développement. Si nos façons de faire s'apprennent, elles sont donc modifiables, plastiques. Si elles ne nous conviennent pas, on n'a qu'à s'en donner d'autres. Plutôt que de travailler sur nos problèmes et de devenir des experts de nos difficultés, devenons des experts de l'apprentissage, développons le potentiel et les ressources, stimulons la plasticité. Cet *insight* allait devenir crucial dans ma compréhension du comportement et ma pratique de l'intervention.

Le virage somatique des sciences cognitives

Depuis 1990, en particulier depuis que les méthodes de visualisation fonctionnelle permettent de voir le cerveau en action, les sciences cognitives vivent elles aussi une transformation: elles s'éloignent de la manipulation des symboles et se rapprochent de l'incorporation, de l'incarnation et de l'inscription de l'organisme vivant et pensant dans l'environnement (Rosenfield, 1993). En fait, même dans la construction des robots, c'est le modèle cognitif incorporé qui s'impose de plus en plus (Sender, 2003). Les robots

sont maintenant conçus pour apprendre de leur expérience et se construire une représentation de l'environnement dans l'action, dans l'inter-action. C'est le monde à l'envers: plutôt que de modeler les humains avec des machines comme dans les années 1970, on modèle les machines sur les humains. On se rend finalement compte que les stratégies du vivant offrent peut-être les modèles les plus sophistiqués !

Dans ce courant que certains nomment maintenant « cognition incarnée » ou « cognition située » (Clark, 1997; Maturana et Varela, 1994; Feinberg, 2001; Ledoux, 2003; Kirshner et Whitson, 1997), il est devenu manifeste que toute activité de connaissance, même nos pensées les plus abstraites, les plus spirituelles, les plus « psychologiques », sont maintenant reconnaissables dans l'activation même du cerveau et dans l'organisme total situé dans son contexte, dans son environnement. « L'évolution a conçu un cerveau dont la fonction est de représenter l'organisme et par là de représenter indirectement tout ce avec quoi l'organisme interagit (Damasio, 1999, p. 117). « L'image du corps est le cadre de référence du cerveau et toute autre expérience émerge de ce cadre de référence [...]. La seule image à laquelle le cerveau peut toujours se référer c'est celle du corps » (Rosenfield, 1996, p. 49). Ainsi donc, les « choses » de l'esprit sont reconnues comme des activités cérébrales. Le psyché ne s'oppose pas au somatique mais entre en résonance avec lui. On ne peut avoir de psychologique sans avoir du somatique » (Varela, 1995, p. 22).

Par ailleurs, si on arrête de couper le corps en systèmes et morceaux séparés — le découpage en morceaux est un moyen certain de s'éloigner du vivant ! — on se rend compte rapidement que le cerveau se développe et fonctionne essentiellement en relation avec le corps total. « La boucle sensori-motrice est à la base de la configuration même de ce qui se passe dans le cerveau » (Varela, 1995, p. 22). Par ailleurs, il n'y a pas de perception sans action; il n'y a pas d'action sans perception (Berthoz, 2003). Deux autres dualismes sont ainsi dénoncés, celui du cerveau-corps et celui de la perception-action.

À titre d'exemple, la mémoire elle-même est un événement de tout l'organisme, et n'est pas seulement localisée dans telle ou telle partie du cerveau. La mémoire fait une référence au sens de soi tel que vécu dans l'image du corps qui elle-même fait partie de ce qui est remémoré (Rosenfield, 1996, p. 41). Autres exemples, un mouvement sportif imaginé, une pensée angoissante, une question éthique, un souvenir de voyage ne sont pas des événements psychologiques et ne sont pas « lisibles » que dans le cerveau. La pensée, les émotions, les sensations, l'abstraction sont vécues dans la musculature, le rythme cardiaque, la respiration, la posture, et ce, même si de l'extérieur le corps manifeste peu de mouvements dans l'espace. Croire que la pensée est un événement « psychique »

séparé du corps est en fait une erreur épistémologique (Damasio, 1995) que l'histoire contemporaine ne peut plus justifier autrement que par des « raisons » historiques. « Toutes les activités du cerveau s'accompagnent et s'expriment par le mouvement » (Berthoz, 1998, p. 68). La vie elle-même sans l'implication du mouvement de tout l'organisme situé dans l'environnement est inconcevable.

L'éducation somatique, pour une maturation de l'image du corps

Dans ma formation de chercheur en sciences cognitives, j'avais apprécié vivement l'intérêt porté à l'apprentissage et à la plasticité du comportement. J'ai retrouvé ce même intérêt au détour, dans certaines méthodes somatiques, plus particulièrement dans celles que l'on nomme les méthodes d'éducation somatique¹. J'en connais d'expérience une vingtaine, mais je me suis arrêté plus particulièrement à la méthode de « Prise de conscience par le mouvement » et à « L'intégration fonctionnelle », élaborées par Moshe Feldenkrais². L'éducation somatique est le champ disciplinaire d'un ensemble de méthodes qui ont comme objet l'apprentissage de la conscience du corps en mouvement dans l'environnement. Le « soma », c'est le corps vivant, le corps au « je », le corps vécu de l'intérieur. C'est le philosophe grec Hésiode qui le premier établit cette définition du soma reprise depuis par les pionniers de la somatique (Hanna, 1978, 1989 et la revue *Somatics*³). Le soma ce n'est pas le corps objet « animé » d'un esprit, ce n'est pas le cadavre, ce n'est pas le corps machine visualisé et mesuré par des appareils soi-disant « objectifs ». Le soma, c'est le vivant qui se sent et se sait vivre, c'est la personne incorporée, unifiée.

Les méthodes d'éducation somatique sont en fait à mon sens des méthodes de sciences cognitives appliquées. Varela (1995, p. 22) propose même que non seulement les praticiens mais les chercheurs en sciences cognitives se forment dans ces pratiques de la prise de conscience et de la présence. En effet, comment peut-on aborder l'expérience du corps vivant sans avoir une expérience poussée d'être soi-même corps vivant et sans être soi-même en recherche?

En éducation somatique, l'image du corps est centrale. Elle est considérée comme un *work in progress*, comme un potentiel à développer et non comme un défaut à corriger ou une pathologie à traiter. L'éducation somatique, comme d'autres approches contemporaines y inclus en psychologie, est foncièrement stratégique et éducative. Par des exercices exploratoires, des mises en situation, des propositions de mouvements variés et inhabituels, l'image du corps est remise en développement, la personne est invitée à la maturation et au raffinement de son image. Il y a bien des bienfaits thérapeutiques, mais il s'agit avant tout de développer le potentiel de possibilités, de stimuler des variations dans le système nerveux,

concrètement, dans le mouvement du corps vécu dans l'espace. C'est ce projet de l'éducation somatique que j'entreprends avec mes clients ou patients, que je préfère d'ailleurs appeler « élèves » puisque c'est bien d'un cadre pédagogique qu'il s'agit ici : apprendre la conscience du corps, compléter et ajuster l'image de soi, développer la conscience.

De la conscience du corps à la conscience de l'autre

J'espère avoir établi ici que sans le corps entier en mouvement dans l'environnement, le cerveau n'est rien, la conscience est impossible et l'apprentissage irréalisable. Mais plus encore, ce que nous sentons dans notre propre corps est à la base de ce que nous pouvons appréhender des autres. Nous n'avons aucun accès direct aux états des autres personnes, sinon par l'expérience même de notre propre corps. C'est ce que les découvertes récentes sur les « neurones miroirs » et le système de résonance sensorimotrice (que d'aucuns considèrent pour les neurosciences aussi importantes que les découvertes sur l'ADN pour la génétique) mettent en évidence (Decety, 2002, 2003, 2004).

Tout d'abord, il est essentiel d'avoir une conscience de sa propre expérience pour distinguer ses actions et ses pensées de celles des autres. Par ailleurs, pour la compréhension des intentions, des émotions, des pensées des autres, nous devons en référer à l'expérience de notre propre corps. Les bases mêmes de l'empathie (Berthoz, 2004) si chère aux professions de la relation d'aide sont ainsi somatiques au sens où l'empathie s'appuie sur l'expérience du corps vécu et sur la capacité de distinguer son expérience de l'expérience d'un autre. Bref, l'empathie se joue sur fond d'image du corps.

Enfin, les découvertes autour du système de résonance montrent que nous ne pouvons avoir de la résonance en nous que pour les gestes et expériences que nous pouvons réaliser ou au moins imaginer (Decety, 2003, p. 84). Avons-nous donc le choix comme psychologues de laisser l'image du corps en jachère? Pouvons-nous vraiment faire l'économie du corps conscient dans la formation et le développement de notre personne, de notre profession?

Yvan Joly, psychologue, est formateur international en éducation somatique (Méthode Feldenkrais®). Au cours des 25 dernières années, il a enseigné dans une quinzaine de pays. Au Québec, il est chargé de cours au département de danse de l'UQAM et président du Regroupement pour l'éducation somatique.

Pour accéder aux références bibliographiques et lire une version plus complète de cet article, nous vous invitons à consulter le site Internet d'Yvan Joly, www.yvanjoly.com, dans la rubrique Articles, puis Méthode Feldenkrais et la psychologie.

Références

1. Voir www.education-somatique.ca.
2. Voir www.feldenkrais.qc.ca, www.feldenkrais.com.
3. Voir www.somaticsed.com.



Formations à la thérapie « EMDR »

FORMATIONS PRÉSENTÉES EN FRANÇAIS

*La méthode de désensibilisation et de retraitement
par les mouvements oculaires*

Intégration Neuro-Émotionnelle par les Mouvements Oculaires

Méthode développée par le D^r F. Shapiro

*Formation officielle
autorisée par l'Institut « EMDR »*

NOUVELLES DATES POUR 2006-2007 :

- **Partie 1, du 4 au 6 novembre 2006** (samedi à lundi)
- **Partie 2, du 13 au 15 avril 2007** (vendredi à dimanche)

Organisée et parrainée par :
Judith N. Black, M. Ed., psy.

*Formateur : **Lugwig Cornil, psychologue :***
*Président de l'Institut Belge
de Psychotraumatologie - EMDR
Formateur international reconnu*

*Lieu : **Montréal**
Le Novel Hôtel
1740, boulevard René-Lévesque Ouest*

Coûts :

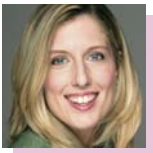
- **695 \$ (+ taxes)**
pour inscription
reçue plus de 45 jours
précédant la date
- **750 \$ (+ taxes)**
pour inscription reçue
les derniers 45 jours
précédant la date

Inscriptions :

- Téléphone :
514-488-2238
- Courriel :
EMDR2006@gmail.com
- Télécopie :
514-488-1508

LE DÉVELOPPEMENT DE L'IMAGE CORPORELLE

Le pouvoir de prévention des parents



Par
Nadia Gagnier, Ph. D.

LA DÉFINITION la plus simple de l'image corporelle est celle de Schilder (1950), qui la décrit comme l'image de notre propre corps que nous formons dans notre propre pensée. Cependant, cette définition toute simple s'est complexifiée à la suite de la grande évolution de la théorie et de la recherche sur ce sujet depuis les années 1990. En fait, les études des dernières années font ressortir la complexité de ce concept. Ainsi, nous retrouvons dans la littérature des termes aussi variés que satisfaction de poids, exactitude de la perception de la taille, satisfaction corporelle, satisfaction de l'apparence, estime corporelle, schème corporel... tous se rapportant de près ou de loin à l'image corporelle. Donc le concept de l'image corporelle serait multidimensionnel, comme bien d'autres concepts en psychologie.

Quelques statistiques

C'est un fait, les difficultés liées à l'image corporelle touchent surtout les femmes. Selon les études de Cash (2002), les femmes qui adoptent des attitudes correspondant aux stéréotypes féminins dans leurs relations avec les hommes sont plus investies dans leur apparence, elles ont intériorisé et intégré les normes sociales sur les standards de la beauté et maintiennent des croyances négatives et malsaines par rapport à leur apparence. De façon plus alarmante, on trouve fréquemment des filles n'ayant pas plus de 9 ans qui se déclarent insatisfaites de l'image qu'elles projettent (Irving, 2000; Moreno et Thelen, 1995). Il semble que cette image négative s'assombrisse à mesure que les filles vieillissent, alors qu'elles entrent à l'école secondaire (Ricciardelli et McCabe, 2001; Striegel-Moore *et al.*, 2000). Une étude canadienne indique que 60 % des filles en 7^e et en 8^e années restreignent leur alimentation, même si elles ont un poids santé (McVey *et al.*, 2002). Enfin, plusieurs études ont démontré que des fillettes âgées de 7 ans seulement désiraient être plus

minces (Gardner *et al.*, 1999; Kostanski et Gullone, 1999; Tigge-mann et Wilson-Barrett, 1998).

Qu'en est-il des garçons? Nous savons aujourd'hui que de plus en plus d'hommes souffrent de troubles alimentaires. Cependant, il existe beaucoup moins d'études sur le développement de l'image corporelle des garçons que des filles. En fait, il semble qu'ils atteignent un plateau ou parfois même une augmentation de leur estime corporelle après la puberté, alors que celle des filles continue à diminuer après la puberté. Cette donnée suggère que le développement du corps relié à la puberté est vécu plus positivement par les garçons que par les filles. Des études rapportent que certains garçons du primaire qui sont insatisfaits de leur image voudraient être plus gros! Ces études ne permettent pas de déterminer s'ils désirent être plus gros en terme de gras, de muscles ou de développement normal. À voir les jeunes hommes qui se consacrent à la musculation et d'autres qui ont recours aux stéroïdes, on peut spéculer que ce sont surtout les muscles qui sont valorisés!

C'est donc parce que les problèmes liés à l'image corporelle négative touchent de plus en plus de gens, de plus en plus jeunes, qu'il est important de comprendre le développement de l'image corporelle chez les enfants afin d'élaborer des stratégies de prévention.

Comment se développe l'image corporelle?

Il faut comprendre que la majorité des recherches contemporaines sur l'image corporelle viennent explicitement ou implicitement des paradigmes de la psychologie cognitive et/ou comportementale (Cash, 2002). Pour bien saisir le modèle cognitivocomportemental du développement de l'image corporelle, il faut distinguer les facteurs historiques / développementaux des facteurs actuels et circonstanciels qui façonnent notre image corporelle. En effet, plusieurs expériences ou événements du passé influencent notre relation à notre corps par le biais de l'apprentissage social. La socialisation culturelle nous dicte les normes de beauté dès le plus jeune âge. Les médias et même certains jouets ont tôt fait de nous apprendre s'il faut être grand ou petit, mince ou gras, ce qui est attirant ou pas, ce qui est masculin ou féminin. À une échelle plus



petite que les médias de masse, nos expériences interpersonnelles du passé façonnent également notre image corporelle : les comportements des membres de notre famille (p. ex. la mère qui se critique devant le miroir, le père qui exprime ouvertement son insatisfaction quant à sa calvitie...) et les commentaires qu'ils peuvent nous faire ou se faire entre eux (p. ex. le grand frère qui dit à sa sœur qu'elle est grosse) influencent grandement notre satisfaction par rapport à notre apparence. Certaines expériences à l'extérieur de la famille peuvent également être déterminantes. Les relations interpersonnelles avec les pairs à l'école, par exemple, peuvent subtilement ou explicitement affecter l'image corporelle des enfants et des adolescents.

D'autres facteurs développementaux sont de nature plus individuelle. Par exemple, notre image réelle, nos attributs physiques (longueur du nez, tendance à l'obésité, la taille, la couleur des yeux, les taches de rousseur...) influencent également le développement de notre image corporelle et les comparaisons que nous allons subir par rapport aux critères de beauté qui seront en vigueur durant la durée de notre vie. En fait, certains chercheurs ont présenté un modèle selon lequel le degré de concordance entre l'apparence d'un individu et les normes sociales d'attrance physique est central dans le développement de l'auto-évaluation corporelle (Lerner et Jovanovic, 1990). Ainsi, certaines femmes auraient bien aimé grandir à l'époque où Marilyn Monroe faisait tourner toutes les têtes, alors que d'autres femmes auraient préféré vivre l'époque des Twiggy ou encore des Claudia Schiffer de ce monde ! De plus, certains facteurs de personnalité peuvent également influencer notre image corporelle. Cash (2002), affirme qu'une estime de soi positive facilite le développement d'une image corporelle saine et agit un peu comme un facteur de protection contre les menaces extérieures pouvant affecter négativement l'image corporelle d'un individu, par exemple les taquineries des pairs à l'école. Il est alors possible de spéculer que si un individu développe son estime de soi à partir de facteurs variés autres que l'image corporelle (p. ex. sociabilité, talents sportifs ou musicaux, facilité d'apprentissage, générosité...), les quelques petites insatisfactions par rapport à son corps auront moins de conséquences négatives. Cash (2002) nomme ce construit *l'investissement de l'image corporelle*, qui signifie l'importance cognitive, comportementale et émotionnelle du corps dans l'évaluation générale de soi. Ainsi, plus l'évaluation de soi repose sur des facteurs diversifiés, moins une image corporelle négative a des conséquences néfastes sur le fonctionnement général d'un individu. Le perfectionnisme, le besoin d'approbation sociale et la tendance à la féminité sont également tous des facteurs de personnalité ayant une incidence sur le développement de l'image corporelle.

Comment favoriser à un jeune âge le développement d'une image corporelle saine

Compte tenu de la perspective cognitive comportementale du développement de l'image corporelle, il semble évident que les parents ont un pouvoir de prévention, notamment au plan des facteurs de socialisation culturelle, de l'apprentissage social et des expériences interpersonnelles de leurs enfants.

D'abord, une forme de prévention est possible dès la petite enfance. En effet, les stimulations sensorielles telles que bercer ou masser l'enfant, jouer dans l'eau, les manifestations physiques d'affection (embrasser, caresser) permettent à l'enfant d'apprendre dès le plus jeune âge que le corps peut être source de plaisir et de confort, ce qui est un bon début pour être bien dans sa peau.

Ensuite, lorsque les enfants sont un peu plus vieux, les parents peuvent les encourager à développer leur force et leurs habiletés physiques par le biais d'activités telles que la danse, le soccer, les arts martiaux... le but étant de leur donner des opportunités de maîtriser leur corps et ainsi de développer un sentiment de compétence corporelle.

Les parents peuvent également enseigner à leurs enfants à porter attention à leurs sensations physiques. La conscience corporelle est essentielle à l'établissement d'une bonne hygiène mentale et à la connaissance de soi. Il s'agit en fait d'encourager les enfants à prendre conscience des signaux de leur corps tels que la faim, la satiété, la fatigue... et de leur enseigner comment réagir adéquatement à ces signaux en mangeant, en cessant de manger ou en se reposant. Plusieurs adultes gagneraient également à faire cet apprentissage. Si vous enseignez ces techniques aux parents, ne vous surprenez pas de les voir se les approprier pour eux-mêmes !

L'enseignement du respect d'autrui dans la famille et la non-tolérance des moqueries par rapport à l'apparence physique est un autre bon moyen de prévenir le développement d'une image corporelle négative. De nombreux individus qui n'aiment pas leur corps ont souvent été victimes de moqueries durant l'enfance et ces blessures sont souvent profondes. Évidemment, les parents n'ont aucun contrôle sur les moqueries que peuvent subir leurs enfants à l'école. Néanmoins, ils peuvent leur enseigner comment répondre aux moqueries, si jamais ils en étaient victimes, par exemple en faisant des jeux de rôles à la maison.

Il est également essentiel que les enfants apprennent à développer un regard critique sur les standards de beauté que l'on trouve dans les médias ou par le biais de certains jouets (p. ex. Barbie). Comment développer concrètement ce sens critique ? Les parents peuvent amener leurs enfants sur un plateau de tournage d'émission télévisée afin de voir à quel point les animateurs ou les comédiens sont maquillés. Grâce à la technologie qui est de plus

en plus accessible, les parents peuvent montrer aux enfants comment il est possible aujourd'hui de retoucher des photos de mannequins à l'aide de logiciels de traitement de photographies, ils peuvent amener leurs enfants sur une terrasse ou dans la foire alimentaire d'un centre commercial pour observer les passants et les comparer aux images d'un magazine de mode. L'enfant peut ainsi se rendre compte à quel point les standards de beauté sont irréalistes.

Lorsque les enfants approchent l'adolescence, la prévention devient encore plus importante car leur corps est sur le point de subir des transformations importantes qui peuvent les rendre mal dans leur peau. Les parents peuvent alors préparer leurs préadolescents en leur parlant des changements que leur corps s'apprête à faire. Les parents peuvent également se confier sur la manière dont ils ont eux-mêmes vécu cette période de leur vie. Ainsi, ils dédramatisent et normalisent la situation aux yeux de l'enfant. Certaines autres stratégies peuvent permettre de mieux vivre cette période et de prendre du recul. Par exemple, le fait de faire des sorties juste entre filles ou entre garçons élimine momentanément la pression de séduire et de plaire à l'autre sexe. Se confier sur la détresse que peuvent parfois causer les changements du corps à l'adolescence peut également aider les enfants à prendre du recul vis-à-vis de leur situation et à obtenir le soutien de leur entourage. Enfin, les parents peuvent rassurer leurs préadolescents en disant que les jugements basés uniquement sur l'apparence diminuent beaucoup après le secondaire et le collégial. En effet, plusieurs jeunes adultes développent la capacité et l'intérêt de se faire une opinion sur un individu au-delà de l'apparence physique.

De plus, les parents qui auront une image corporelle saine et positive seront de bons modèles pour leurs enfants. Les parents qui arrivent à déterminer quel poids et quelle allure sont réalistes pour eux-mêmes en considérant leur ossature, leur bagage génétique, leur âge... peuvent devenir de bons modèles d'acceptation de soi pour leurs enfants. Les parents qui adoptent un mode de vie sain pour la santé et non pour l'apparence développeront chez leurs enfants une alimentation saine et l'habitude de faire des exercices sans pour autant favoriser l'obsession de la minceur.

Se concentrer sur ce que nous contrôlons réellement

Les médias seront toujours là pour nous dicter ce qui est à la mode, quelle apparence est de bon goût et quels sont les standards de beauté. Nous pouvons difficilement changer cet état des choses. Cependant, il est important d'élaborer des stratégies de prévention auprès des familles et de les partager afin de favoriser le développement d'une image corporelle positive chez les jeunes. Des initiatives intéressantes en ce sens ont été amorcées,

notamment l'initiative du Fond d'estime de soi de Dove, qui vient en aide aux organismes à but non lucratif tels que l'Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie (ANEB), entre autres. L'ANEB de son côté, vient en aide aux personnes souffrant de troubles alimentaires, mais se donne également une mission de prévention en offrant des services de conférences sur les troubles alimentaires, sur l'image corporelle et sur l'obsession de la minceur.

Nadia Gagnier, psychologue, est chargée de cours à l'Université du Québec à Montréal et travaille en clinique privée. M^{me} Gagnier est aussi animatrice de l'émission « D^{re} Nadia, psychologue à domicile » à Canal Vie.

Bibliographie

- Cash, T. F., (2002). « Cognitive-behavioral perspectives on body image ». Dans Cash, T. F., et Pruzinsky, T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York, The Guilford Press, p. 38-46.
- Cash, T. F., et Fleming, E. C. (2002). « Body image and social relations ». Dans Cash, T. F., et Pruzinsky, T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York, The Guilford Press, p. 277-286.
- Gardner, R. M., Friedman, B. N., et Jackson, N. A. (1999). « Body size estimations, body dissatisfaction, and ideal size preferences in children six through sixteen ». *Journal of Youth and Adolescence*, 28, p. 603-618.
- Irving, L. M. (2000). « Promoting size acceptance in elementary school children: The EDAP puppet program ». *Eating Disorders*, 8, p. 221-232.
- Kostanski, M., et Gullone, E. (1999). « Dieting and body image in the child's world: Conceptualization and behaviour ». *The Journal of Genetic Psychology*, 160, p. 488-499.
- Lerner, R. M., et Jovanovic, J. (1990). « The role of body image in psychosocial development across the life span: A developmental contextual perspective ». Dans Cash, T. F., et Pruzinsky, T. *Body images: Development, Deviance and Change*. New York, The Guilford Press, p. 110-127.
- McVey, G. et al. (2002). « Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence ». *Journal of Early Adolescence*, 22, p. 76-96.
- Moreno, A. B., et Thelen, M. H. (1995). « Eating behaviour in junior high school females ». *Adolescence*, 30, p. 171-177.
- Ricciardelli, L. A. et McCabe, M. P. (2001). « Children's body image concerns and eating disturbances: A review of the literature ». *Clinical Psychology Review*, 21, p. 325-344.
- Schilder, P. (1935/1950). *The Image and Appearance of The Human Body*. New York, International Universities Press.
- Striegel-Moore, R. H. et al. (2000). « Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old Black and White girls: The NHLBI Growth and Health Study ». *International Journal of Eating Disorders*, 27, p. 49-66.
- Tiggemann, M., et Wilson-Barrett, E. (1998). « Children's figure ratings: Relationship to self-esteem and negative stereotyping ». *International Journal of Eating Disorders*, 23, p. 83-88.

Suggestions de lecture

- Cash, T. F. (1997). *The Body Image Workbook: An 8-step Program for Learning to Like Your Looks*, Oakland, New Harbinger.
- Cash, T. F., et Pruzinsky, T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York, The Guilford Press, 530 p.

Ressources et liens intéressants

- www.body-images.com
www.anebquebec.com
www.dove.ca/aproposdofonds

1979



2004

CENTRE DE PSYCHOLOGIE
Gouin

25^e anniversaire

Organisme sans but lucratif regroupant quelques 35 psychologues, le **Centre de Psychologie Gouin** dispense depuis maintenant 25 ans des services de consultation, d'évaluation et de formation. Notre service de formation offre les programmes suivants ayant entre autres objectifs l'approfondissement des moyens d'intervention théoriques et cliniques, dans une optique analytique.

Peut-être êtes-vous confronté à des cas lourds, à des dynamiques complexes et cherchez-vous de l'aide, un de ces **Programmes de formation** pourrait vous être utile.

Programme de psychothérapie psychanalytique

Date limite d'inscription : 15 juin 2006

Programme de formation en psychothérapie psychanalytique existant depuis 1965 et comprenant une formation théorique (60 séminaires en trois ans) et une formation pratique (4 cas supervisés).

Principaux thèmes abordés : la métapsychologie freudienne, le cadre de la cure, le travail psychanalytique, l'interprétation, transfert et contre-transfert, la théorie psychanalytique des névroses, la psychose, le narcissisme et ses pathologies, les perversions, la psychosomatique, etc.

Responsable du programme :

Thérèse Nadeau, M. Ps.

Pour infos : Robert Denis, M. Ps.

(514) 331-5530

Programme de perfectionnement clinique

Date limite d'inscription : 15 août 2006

Programme de deux ans visant la **compréhension dynamique, le diagnostic et l'intervention clinique**. Le programme comprend deux volets : la **théorie et la supervision**.

Principaux thèmes abordés : la relation d'objet (selon Mélanie Klein, Winnicott, Mahler), la séparation, l'individuation, l'attachement, l'adolescence.

Pathologies : les névroses, les personnalités narcissiques, les psychoses, les états limites, les perversions, la psychosomatique, les carences. **Interventions :** interprétation, interventions à court terme, intervention de couple, l'évaluation, etc.

Pour informations :

Responsable du Programme :

Françoise Lacoursière, Ph.D.,

(514) 331-5530

Programme de formation en psychothérapie analytique d'enfants et d'adolescents

Date limite d'inscription : 30 juin 2006

Programme offert aux thérapeutes d'enfants et d'adolescents désireux d'approfondir l'approche psychanalytique dans ses aspects théoriques (3 années de séminaires) et pratiques (supervision de 4 cas).

Principaux thèmes abordés :

5 modules de formation :

1. La métapsychologie. 2. L'observation du nourrisson. 3. Psychanalyse et développement de l'enfant et de l'adolescent. 4. La psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. 5. La technique psychanalytique en thérapie d'enfants et d'adolescents.

Responsable du Programme :

Geneviève Mennasemay, M.Ps.

Pour infos : Robert Denis, M. Ps.

(514) 331-5530

DÉBUT DE CES TROIS PROGRAMMES : AUTOMNE 2006

Méthodes projectives : Rorschach et T.A.T. : Analyse quantitative

Date limite d'inscription : 30 novembre 2005

Programme avancé de 20 séminaires (40 h) qui s'adresse à des professionnels déjà familiers avec les méthodes projectives (Rorschach et T.A.T.) et désireux d'approfondir la compréhension dynamique du fonctionnement psychique par une analyse qualitative du discours (relation d'objet, angoisse, mécanismes de défense, processus de pensée). Le but est d'approfondir l'étude de diverses organisations psychopathologiques afin d'arriver à un diagnostic différentiel nuancé.

Responsable du Programme : Odile Husain, Ph.D. – **Pour infos :** Robert Denis, M. Ps. (514) 331-5530

DÉBUT DE CE PROGRAMME : JANVIER 2007

Comment les jeunes intègrent-ils la maladie physique à leur image corporelle ?



Par
Lynda Méthot, M. Ps.

LE DÉVELOPPEMENT du schéma corporel débute dès la naissance, voire avant, et suit le développement physique, moteur, cognitif, libidinal et psychique de l'enfant (Schilder, 1950), pour se consolider au plus tard vers l'âge de huit ou neuf ans (connaissance des parties du corps et sensations liées à certaines expériences comme différentes pressions tactiles, brûlures, piqûres, etc.). Quant à l'image corporelle, cette notion introduite par Schilder (1950) inclut davantage les aspects libidinaux et sociaux du schéma corporel. Elle évolue tout au long du développement de la personne, se modifiant au gré des expériences et des changements sociaux. Dans le contexte spécifique de la maladie infantile, comment l'image du corps est-elle modelée? À la suite de considérations de base sur le développement normal de l'image corporelle et sur le contexte d'apparition de la maladie, cet article aborde deux aspects dominants la recherche en psychologie de la santé: 1) comment l'enfant atteint d'une maladie grave intègre-t-il sa maladie sur le plan psychique? 2) comment la nature de la maladie (chronique / aiguë, à pronostic létal ou non, selon la zone du corps touchée) influence-t-elle cette intégration?

Le contexte d'apparition de la maladie

Selon Powell et Hendricks (1999), l'image corporelle des enfants et adolescents en santé serait influencée par six facteurs: 1) la personnalité; 2) le genre; 3) l'ethnie et la culture (critères de beauté, importance relative de l'image projetée, etc.); 4) les attitudes parentales (autorité et contrôle parental, importance accordée à la santé, à la performance...); 5) le poids; et 6) les facteurs développementaux (âge et changements corporels). L'arrivée d'une maladie peut mettre en évidence certains facteurs de risque (notamment en lien avec les croyances religieuses: l'exemple le plus connu est l'interdiction des transfusions sanguines pour les Témoins de Jéhovah) ou faire ressortir des facteurs de protection comme la vie spirituelle ou le réseau social.

Selon le modèle explicatif de ces auteurs, l'image corporelle influence ensuite les comportements du jeune (notamment vis-à-vis de


l'alimentation et de l'exercice physique) qui modifieront à leur tour son image corporelle. Cette boucle rétroactive est restreinte, seulement basée sur une vision psychique de l'image corporelle. En effet, la maladie et la modulation de l'image corporelle surviennent dans un contexte qu'il ne faut pas négliger. Certains facteurs familiaux et environnementaux peuvent influencer la représentation qu'un jeune se fait de son corps. Sur le plan familial, la qualité des relations parents-enfant et dans la fratrie, les capacités parentales (habiletés de communication, recours aux services appropriés, etc.) et les connaissances acquises par les parents sur le monde médical (qu'elles soient cognitives ou expérientielles) joueront un rôle important dans la compréhension du langage médical et de la maladie de leur enfant, sur leurs réactions vis-à-vis de cet événement stressant tout autant que sur leurs relations avec l'équipe médicale et sur la perception que l'enfant aura de sa maladie. Sur le plan environnemental, outre la qualité des relations entre l'équipe soignante et la famille, la proximité des soins et des services joue aussi sur l'impact qu'aura la maladie dans la vie du jeune et de sa famille. Pensons aux traitements qui requièrent des services spécialisés disponibles seulement dans les grands centres urbains. Finalement, considérons aussi la qualité des relations avec les pairs et, de façon plus générale, la qualité du réseau de soutien social dont le rôle s'est avéré important dans l'adaptation du jeune et de sa famille, particulièrement dans le contexte de la maladie (mais aussi lors de l'arrivée d'un nouvel enfant, lors d'une séparation parentale, dans une situation de maltraitance, etc.) (Jourdan-Ionescu *et al.*, 2006).

Si tous ces facteurs présents avant l'arrivée de la maladie influencent l'image corporelle d'un jeune, les caractéristiques mêmes de cette maladie et des traitements médicaux l'affecteront directement.

La maladie et ses impacts sur l'image corporelle

Comme l'indiquait déjà Schilder (1950, p. 198), la maladie « modifie de façon immédiate l'image du corps, en partie les représentations que celle-ci contient, en partie son investissement libidinal ». Cette modification dépendra évidemment de caractéristiques telles que la nature de la maladie ou du handicap et son mode d'apparition.

Le jeune aux prises avec une maladie ressent inévitablement des sensations inhabituelles qu'il exprimera différemment selon son âge, son niveau langagier et cognitif: le jeune est-il capable de distinguer des sensations « normales » (comme le cœur battant la chamade après un effort soutenu) de la fatigue anormale ressentie en cas de cancer? L'arrivée de la maladie et de la douleur



déclenche chez l'enfant une perte de confiance en ses capacités physiques. Comme l'indique si bien Oppenheim (2003, p. 88), « [l'enfant] ne peut compter sur lui, ne peut plus faire ce qu'il fait habituellement. Son corps lui devient hostile, voire étranger, incompréhensible quand il ne comprend pas ses réactions, les raisons de sa douleur ni les effets psychologiques qu'elle provoque. ». Sa relation au corps étant troublée, sa relation à lui-même l'est tout autant: les réactions qu'il a habituellement peuvent laisser place aux pleurs, aux cris, à un besoin de tendresse et de chaleur, à la culpabilité d'être une source de stress, voire un fardeau pour ses proches. Il est important de fournir de l'information sur la maladie et d'aider le jeune à nommer ses sensations corporelles et leurs causes en tenant un discours adapté aux capacités et aux réactions cognitives et affectives de l'enfant (choix du bon moment et de mots simples, support visuel pour rendre les explications plus

concrètes, bibliothérapie pour une identification à d'autres enfants vivant la même maladie¹, etc.).

L'atteinte à l'image du corps engendre des séquelles s'exprimant par le sentiment de fragilité ou de perte qui aura un impact au plan de la santé, de la virilité, de la routine, des projets futurs, etc. Selon les parties corporelles atteintes par la maladie (organisme entier, organe ou système particulier), certaines réactions peuvent être exacerbées. Une maladie affectant l'organisme représente une dysfonction ou un état pouvant engendrer un sentiment d'enfermement identitaire dans la maladie (« je ne suis qu'un malade, qu'un diabétique »). Certaines maladies, particulièrement celles à prolifération comme le cancer ou le sida, peuvent provoquer une sensation d'image du corps envahie. D'autres encore seront plus propices à créer un sentiment de manque. Sur ce point, le cas particulier de l'amputation est bien documenté. Il semble d'ailleurs que les jeunes amputés dès l'âge de huit ans ressentent autant que les adultes le membre fantôme (Lemaire, 1998). Le port précoce d'une prothèse éviterait les déformations de l'image corporelle en permettant « une parfaite identification de la représentation mentale du membre avec la prothèse » (Lemaire, 1998, p. 61). Finalement, mentionnons l'importance de la symbolique sociale ou universelle liée à certaines parties du corps qui peut, de façon directe ou non, influencer l'intégration psychique de la maladie. Donnons l'exemple des maladies cardiaques qui atteignent un organe ayant une symbolique particulière, à la fois empreinte de l'organicité du cœur, pompe de la vie, et des nombreux référents culturels dotant le cœur de l'amour, de la passion, du courage et des cultes religieux. Une étude québécoise réalisée auprès de 523 enfants (262 garçons, 261 filles) d'âge scolaire ($M = 9,21$, $E. T. = 2,03$) montre que la symbolique du cœur surpasse largement sa référence organique, le cœur étant investi par les enfants sans maladie cardiaque comme étant un symbole de relations significatives (amour, amitié, compagnonnage), d'activités aimées (sports, loisirs) ou de valeurs fondamentales (amour, paix) (Méthot et Gaudreault, 2005). Chez les jeunes cardiaques, une étude en cours tend à démontrer qu'il en est tout autrement: le cœur est alors perçu comme un organe, un problème, une source de souffrance ou de distinction d'avec les pairs (Méthot, en cours). Ces jeunes qui « n'ont pas un bon cœur » se perçoivent-ils pour autant comme étant plus fragiles, moins courageux, voire moins aimants puisqu'il s'agit là d'un organe essentiel?

Certains jeunes subissent une maladie ou des traitements aux conséquences facilement visibles (perte de poids, de cheveux, etc.) et souvent permanentes (déformation de doigts chez les jeunes arthritiques, amputation, cicatrices consécutives à des opérations, notamment). Le contrôle de l'image projetée peut alors devenir un enjeu d'adaptation crucial pour enrayer le désarroi et les séquelles physiques et psychosociales de la maladie. La modification de l'image corporelle peut également laisser le jeune avec une image infantilisée, exacerbant ainsi l'ambivalence dans sa quête d'autonomie et

Le Centre de psychothérapie stratégique offre depuis 14 ans des activités de formation adaptées aux besoins des professionnels de la relation d'aide.

Des formations intégrant divers courants de thérapie brève (thérapie orientée vers les solutions, École de Palo Alto, approche narrative), mettant l'accent sur les forces et les possibilités du client.

Programme de formation continue

- Un programme de 2 ans, à raison de 9 journées par année, constitué de sessions de formation et de journées de supervision de groupe
- Objectif: intégrer les bases théoriques et pratiques de ces approches et les joindre aux compétences déjà acquises.

Sessions de formation à la carte

- Thérapie brève: interventions orientées vers les solutions
- Thérapie brève: interventions stratégiques et interactionnelles
- L'approche narrative: pour réécrire des histoires de vie
- Métaphores et récits thérapeutiques
- Pour une santé mentale orientée vers les solutions
- Thérapie brève: interventions orientées vers les solutions
- Perdre sans être ni perdu ni perdant
- *Je suis capable*: une approche de résolution des problèmes chez les enfants

Pour plus d'information:

www.psychostrategie.com
(514) 525-3339



d'indépendance, voire le désir de redevenir petit comme avant l'apparition de la maladie. Car, ne l'oublions pas, la maladie place le jeune dans une position de dépendance accrue envers ses parents, la famille étant elle-même dépendante de l'équipe de soins, du moins jusqu'à ce que l'état de santé du jeune devienne stable ou qu'un processus d'appropriation ou d'habilitation (*empowerment*) soit enclenché. Pour soutenir le jeune tout comme ses proches à surpasser le changement d'apparence, l'intervenant peut aider à axer davantage leurs perceptions sur la permanence de ses traits fondamentaux, que ce soit dans son savoir-être, dans son savoir-faire et dans son savoir (Oppenheim, 2003).

Selon l'évolution de la maladie, ce type de soutien sera tout aussi bénéfique dans les cas où il faut envisager des complications, des rechutes ou le décès de l'enfant, l'apparence et les symptômes physiques étant dès lors associés à de mauvaises nouvelles médicales. Dans des cas de maladies létales, la préoccupation du temps (de traitement ou celle qui reste à vivre) augmente dans un premier temps le désarroi et le sentiment d'impuissance du jeune et de ses proches avant que chacun entame à son propre rythme un processus d'accordage avec la maladie ou la mort. Ainsi, l'évolution de la maladie (guérison, rémission, mortalité) et son rapport au temps influenceront aussi l'adaptation du jeune à son image corporelle.

Les types de traitements offerts (médicaments, opérations, hémodialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.), leurs objectifs (guérison, soulagement de la douleur, ralentissement de la progression de la maladie) et les hospitalisations (nécessité, durée, nombre, vécu) influenceront les réactions du jeune aux traitements, tant sur le plan physique (succès, insuccès, effets secondaires) que psychologique. Sur ce dernier point, notons le sentiment d'intrusion lors d'opérations et de dépendance aux traitements, le soulèvement de peurs diverses comme celles de rester marqué par la maladie, de causer trop de préoccupations aux parents ou de mourir. Toutes ces émotions, si elles ne sont pas intégrées, peuvent facilement trouver écho dans des situations sociales diverses et complexifier l'adaptation psychosociale du jeune.

Impacts d'une image corporelle troublée par la maladie

L'expérience d'une maladie grave creuse une distance importante entre ces jeunes et leurs pairs. Que ce soit sous l'angle du rejet (sentiment d'être jugé, d'être une « bête curieuse » ou un extraterrestre, peur de la contamination chez les pairs) ou sous l'angle de la maturité précoce de ces jeunes parfois empreints d'une spiritualité chaleureuse, l'écart important entre eux et leurs pairs (qui ont en somme des préoccupations quotidiennes anodines) semble avant tout provenir de la rareté et de l'unicité de leur expérience. Les sentiments de différence, de solitude, de honte, de colère, d'injustice et de peur nourrissent l'ambivalence du jeune envers son propre corps et envers les autres. L'appartenance au groupe de pairs ainsi que les jeux de

séduction propices à l'adolescence sont dès lors difficiles, soit en raison du manque de proximité et de continuité dans les relations (hospitalisations plus ou moins longues et répétées), soit en raison du sentiment de perte de valeur ou de ne pouvoir plaire à autrui.

Oppenheim (2003) va jusqu'à dire que certaines difficultés scolaires peuvent être liées à l'image du corps transformée par la maladie : l'ignorance de la lettre T (graphiquement trop près de la croix des cimetières, liée à la mort), le refus d'employer des temps de verbe (le futur inconnu voire effrayant pour certains, le passé représentant le paradis perdu de la santé) ou la difficulté avec des opérations mathématiques associées directement à la maladie ou à ses conséquences (l'addition de la maladie, la soustraction liée à l'amputation ou à la mort, la division relative au morcellement et la multiplication à la diffusion de la maladie).

Les facteurs influençant l'impact d'une maladie sur l'image corporelle d'un jeune sont nombreux, tant dans la sphère individuelle (développement, personnalité, fonctionnement scolaire, etc.), familiale (relations aux parents et à la fratrie, surprotection, etc.) qu'environnementale (relations aux pairs et à l'équipe médicale, proximité des soins), et ce, bien au-delà des caractéristiques spécifiques liées à la maladie elle-même (nature, degré d'apparence, évolution, traitements...). Tel que le mentionnent Jourdan-Ionescu *et al.* (2006), l'intervention axée sur la résilience du jeune et de sa famille permet non seulement de favoriser leur habilitation vis-à-vis de la maladie, mais également de maintenir leurs facteurs de protection déjà en place avant l'arrivée de la maladie. Ce type d'intervention permet aussi de développer d'autres facteurs de protection en accord avec les forces et les besoins actuels de chacun et de la famille en ayant comme objectifs de leur garantir un soutien immédiat et de prévenir les difficultés d'adaptation.

Lynda Méthot est candidate au doctorat à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Référence

1. Voir notamment Amyot *et al.* (2004) et De Saint-Mars et Bloch (2003).

Bibliographie

- Amyot, I., Bernard-Bonin, A.-C., et Papineau, I. (2004). *Le séjour de mon enfant à l'hôpital*. Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- De Saint-Mars, D., et Bloch, S. (2003). *La copine de Lili a une maladie grave*. Italie, Caligram.
- Jourdan-Ionescu, C., Méthot, L., et St-Arnaud, I. (2006). « Séparation parentale et maladie d'un enfant ». Dans Ionescu, S., et Jourdan-Ionescu, C. (éd.). *Psychopathologies et société: traumatismes, événements et situations de vie*. Paris, Vuibert, p. 57-80.
- Lemaire, C. (1998). *Membres fantômes*. France, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Méthot, L., et Gaudreault, J. (2005). *Thèmes et indices graphiques du dessin Moi et mon cœur selon l'âge et le sexe de l'enfant*. Affiche présentée aux Journées scientifiques de l'UQTR, Trois-Rivières.
- Oppenheim, D. (2003). *Grandir avec un cancer: l'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles, De Boeck.
- Powell, M. R., et Hendricks, B. (1999). « Body schema, gender and other correlates in nonclinical populations ». *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125(4), p. 333-412.
- Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Paris, Gallimard.

Activité publique dans le cadre du Congrès 2006

Appel de conférenciers et d'exposants

Par **Annie-Michèle Carrière**

AGENTE DE COMMUNICATIONS

amcarriere@ordrepsy.qc.ca

LES 3 et 4 novembre prochain, plus de 700 psychologues se donneront rendez-vous à l'Hôtel Hyatt, au centre-ville de Montréal, pour le Congrès 2006. Connexe à cet événement, une activité sur la psychologie à l'intention du public aura lieu au Complexe Desjardins, situé à deux pas de l'hôtel.

Sous le nom de Salon de la psychologie, des conférences d'une vingtaine de minutes chacune seront offertes gratuitement tout au long de la journée du 3 novembre. L'idée centrale de ce salon est de donner à la population une vue d'ensemble des problématiques pour lesquelles les psychologues offrent des services en plus de leur proposer

des éléments de réponse à leurs questions. En regroupant des conférenciers et des exposants dans un même événement, nous sommes convaincus de répondre à une demande grandissante du public.

Dans le cadre de cet événement, le comité des communications est à la recherche de conférenciers et d'exposants intéressés à participer au Salon. Les psychologues qui ont publié un livre destiné au public dans les deux dernières années sont particulièrement visés par cette invitation. Par ailleurs, tous les psychologues qui ont en tête un sujet de conférence s'adressant à un vaste public sont évidemment les bienvenus. De plus, des kiosques seront mis en place autour de la scène centrale où des associations et des regroupements de psychologues ainsi que des organismes à but non lucratif

présenteront les services qu'ils offrent et répondront aux questions du public.

Nous invitons donc les conférenciers ainsi que les exposants à présenter une proposition au comité des communications en envoyant avant le 23 mai 2006 les documents nécessaires par courriel : amcarriere@ordrepsy.qc.ca. Les conférenciers qui désirent présenter une proposition doivent faire parvenir un plan de leur conférence ainsi qu'un résumé de leurs expériences.

Une adresse à conserver dans la liste de vos favoris Internet : www.ordrepsy.qc.ca/membres.html

Que ce soit au sujet du programme des activités, des formulaires de proposition d'ateliers ou des actualités, vous trouverez réponse à vos questions sous la rubrique Congrès 2006 du site Internet de l'Ordre.

Société Québécoise d'Hypnose inc.

CALENDRIER DES ACTIVITÉS FORMATION CONTINUE PRINTEMPS 2006

La Société Québécoise d'Hypnose se veut un lieu d'échange, de stimulation et de développement. Nous vous invitons à visiter notre site et à participer à nos activités.

Mai 2006
Formation de base en hypnose clinique, deuxième partie
Québec, 12-13 mai 2006

Mai 2006
Groupes de perfectionnement entre pairs (PEP)
Montréal, 6 mai 2006

À venir
Intégration de l'hypnose clinique en psychothérapie, formation intermédiaire

VISITEZ NOTRE SITE
WWW.SQH.INFO
Renseignements : 514-990-1205

Société Québécoise d'Hypnose inc.

Colloques, congrès & ateliers

Souper-causerie. « Petite histoire dans une grande... ou vice versa. L'émergence de la psychologie du soi et de la théorie de l'intersubjectivité et ses pratiques dans notre histoire de psychothérapeute. » Organisé par Le Groupe d'études sur l'intersubjectivité (GEI). Conférencière: M^{me} Annette Richard, psychologue et présidente du GEI. Le 26 mai 2006 à 18h30, au Restaurant El Torro, 1647, rue Fleury Est, Montréal (métro Sauvé, autobus 140). Information et réservation: M^{me} Sylvie Ledoux (514) 272-2803, p. 3; intersubjectivite@hotmail.com.

Formation en thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. Présentée par la Clinique d'anxiété de Montréal. Formatrice: Isabelle Boivin, Ph. D. Les 29 mai, 5 juin et 12 juin, de 9h à 16h30, au Centre d'affaires de Verdun. Pour information: (514) 769-1117; anxietemtl@yahoo.ca.

L'intégration du Soi critique par auto-hypnose et EMDR, présenté par Serge Saintonge, Ph. D. Les 3 et 4 juin prochain à Montréal. Pour information: (514) 971-7794; saintonges@videotron.ca.

Journée annuelle de la Société québécoise d'analyse bioénergétique. Thème: « Le corps a ses raisons ». Le 10 juin

2006. Différents ateliers et activités animés par Édith Fournier, psychologue, Léo Dubord, thérapeute familial et conjugal, et René Racine, psychologue. Pour information: (514) 385-3342; soqab@globetrotter.net.

8th International Child and Youth Care Conference et Congrès conjoint familles, enfance, jeunesse du Québec, organisé par l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Association québécoise des CPE, Council of Canada Child and Youth Care Association, l'Association des éducateurs du Québec et l'Association for Child & Youth Care Practice. Thème: « Au-delà des frontières: Notre attachement aux enfants et aux familles ». Du 17 au 20 octobre 2006, au Palais des congrès de Montréal. Pour information: www.icycc2006.com.

Forum international communautaire, scientifique et clinique sur les pratiques de gestion autonome des médicaments de l'âme. Thème: « Les psychotropes: une réponse à la souffrance? » Les 24 et 25 octobre 2006, à l'Université du Québec à Montréal. Pour information: (514) 523-7919; www.rasmq.com.

Rencontres informelles entre psychologues à Granby. Discussions informelles sur des sujets variés. Les rencontres ont généralement lieu le samedi matin, une fois par mois. Pour information: Colette Duguay ou Pierre Thibault au (450) 378-7558.

En bref

Maltraitance envers les enfants

Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP) offre un nouvel outil de sensibilisation aux mauvais traitements physiques et psychologiques envers les jeunes enfants. Seule du genre au Québec, une trousse a été produite et comprend trois documents vidéo (VHS ou DVD) d'une vingtaine de minutes chacun: *Les mauvais traitements psychologiques*, *Les mauvais traitements physiques* et *Le syndrome du bébé secoué*. Chacun des documents présente des situations fictives inspirées de cas vécus ainsi que des témoignages d'une dizaine d'experts au sujet des connaissances scientifiques dans le domaine. Un résumé des données scientifiques les plus récentes sur la maltraitance des jeunes enfants, *Bagages de connaissances*, en plus d'un *Guide d'utilisation* complètent les documents vidéo. Toute personne qui intervient auprès des jeunes enfants ou qui est intéressée par la problématique de la maltraitance peut commander la trousse ou obtenir plus de renseignements en communiquant avec le CLIPP par téléphone: (514) 393-4666; par courriel: info@clipp.ca; ou en consultant le site Internet: www.clipp.ca.



33

Nouveaux membres

Aubé, Caroline
Autard-Barry, Gabrielle Marie-Laure
Badowski, Marguerite
Bedard, Lana
Bourgault, Annie
Bourke, Lise Ann
Boutin, Mélanie
Carrier, Marie-Hélène
Chenel, Mélanie
Chevrier, Eliane
Christakos, Athena
Cliche, Mélanie
Côté, Sophie
Dubois, Valérie
Dubourg, Ludovique
Forget, Martine
Franzen, Vanessa Ann Louise
Girard, Audrey
Guillemette, Maude
Hanlon, Amy
Harvey, Benoît
Hatt, Catherine

Koski, Lisa
Larose, Esther
Lavallée, Mario
Leblanc, Catherine
Lépine, Jean-Pierre
Levell, Patricia Louise
Martel, Alexandra
Moreau, Philippe
Patenaude, Julie
Pelletier, Audrey
Prince-Boies, Jacques
Risler, Julie-Anne
Roussin, Julie
Ryder, Andrew George
Saheb, Dominique
Simard, Virginie
St-Arnaud, Isabelle
St-Gelais, Joëlle
Struck, Ora-Claire
Tester, Janice
Tremblay, Mélanie
Vassiliou, Despina

Vidalenche, Marie
Vine, Ann Marie
Wery, Marie-Dominique

Réinscription

Boucher, Karine
Demers, Roselyne
Dubreuil, Nicolas
Forest, Marie-Élaine
Fournier, Manon
Malette, Josée

Avis de décès

Jean Raymond Laporte,
Région de Montréal

L'Ordre des psychologues du Québec tient à offrir ses condoléances aux parents et amis éprouvés par la perte d'un être cher.



Avis de suspension du droit d'exercice – articles 48 à 51 du Code des professions

Avis est donné par les présentes que le droit d'exercice de M^{me} Madelyne Bérubé, psychologue, membre de l'Ordre des psychologues du Québec et domiciliée au 164, rue Aberdeen à Québec, a été suspendu en vertu des articles 48 à 51 du Code des professions.

Le Code des professions permet à l'Ordre de « radier du tableau ou limiter ou suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles » lorsque la personne visée présente « un état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de sa profession ». La procédure d'ordonnance d'examen médical prévoit que le professionnel est évalué par trois médecins. Le Bureau de l'Ordre rend sa décision sur l'avis de ces médecins.

À la suite d'un signalement au mois de novembre 2005, l'Ordre a ordonné l'examen médical de M^{me} Bérubé. Dans sa décision du 3 février 2006, le Comité administratif, à qui sont délégués les pouvoirs découlant des articles 48 à 51 et 52.1 du Code, a constaté que l'état de santé de M^{me} Bérubé était incompatible avec l'exercice de la profession et pouvait compromettre la protection du public.

Le droit d'exercice de M^{me} Bérubé a donc été suspendu à compter du lundi 6 février 2006 pour une période indéterminée.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 de Code des professions.

Mont-Royal, ce 10 février 2006

Stéphane Beaulieu, secrétaire général

Vient de paraître



L'infidélité: mythes, réalités et conseils pour y survivre

François St Père, psychologue

Souvent traumatisante, parfois salutaire, l'infidélité, découverte ou révélée, n'est pas un moyen et encore moins une solution. Elle s'avère plutôt le symptôme d'une relation qui se cherche ou le signe qu'un conjoint ou une conjointe vit des difficultés personnelles. Cet ouvrage se veut une invitation à découvrir l'univers fascinant de l'infidélité à travers le parcours singulier de quatre couples qui incarnent les grandes problématiques du sujet.

Libre Expression



L'être humain: en constant devenir jusqu'à la fin/ Après un stage intensif en soins palliatifs: retour au milieu professionnel

Les cahiers de soins palliatifs mettent à contribution divers intervenants en soins palliatifs, dans une perspective interdisciplinaire. Ils proposent différents types de textes, notamment des réflexions critiques, des comptes rendus de recherches, des témoignages, des recensions et des entretiens.

Les cahiers de soins palliatifs
Les Publications du Québec



Les allumeurs de réverbères

Pierre-Marc Meunier, psychologue

Si vous êtes de ceux qui souhaitent allumer une petite flamme intérieure en chacun des gens qu'ils rencontrent, ce livre vous passionnera. Les allumeurs de réverbères sont ceux et celles qui

prennent le temps d'allumer du sens chez leurs enfants, leurs parents, leurs employés, leurs patrons, leurs voisins ou simplement les gens que le hasard a bien voulu placer sur leur route. Ce livre vous permettra de saisir 30 principes d'intervention prenant assise dans l'approche systémique.

Consul-Source



Femme d'un seul homme: les séparations impossibles

Louise Grenier, psychologue

Pourquoi certaines femmes sont-elles incapables de se détacher d'un homme qui ne les aime pas ou les détruit? Quel scénario inconscient se cache derrière ce genre de relation? Dans bien des cas, il s'agit de la symbolisation d'une passion infantile. À partir de l'histoire sentimentale de plusieurs femmes célèbres, l'auteure puise aux sources de la psychanalyse pour mieux saisir l'origine de ces relations ravageuses.

Quebecor



Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Philippe Landreville, psychologue,
François Rousseau, Jean Vézina,
psychologue et Philippe Voyer

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un accroissement du nombre de cas de démence. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) reflètent des troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement. Le présent ouvrage, à vocation pratique, se caractérise par son caractère interdisciplinaire et reflète la diversité des approches des spécialistes de la psychologie, de la psychiatrie et des sciences infirmières. Il offre à tous les professionnels de la santé l'information nécessaire à la mise à jour de leurs connaissances et constitue un livre de référence pour les étudiants et enseignants intéressés par l'intervention clinique auprès des personnes âgées.

Edisem/ Maloine



Y a-t-il un joueur dans votre entourage? Tout ce que les proches doivent savoir

Claude Boutin et Robert Ladouceur,
psychologues

Devant la manipulation et les mensonges du joueur, le proche ne sait pas toujours comment se comporter. Doit-on lui prêter de l'argent, rembourser ses dettes, ou même fournir un alibi à son jeu? Le proche essaie tant bien que mal de tirer son épingle du jeu, mais il se butera aux résistances du joueur. Les auteurs, spécialistes du jeu compulsif, exposent de façon claire la double vie du joueur et proposent au proche des solutions immédiatement applicables.

Les Éditions de l'Homme



La santé des hommes au Québec

Ce premier portrait de la santé des hommes ouvre la voie à une grande sensibilité aux différences entre les hommes et les femmes en matière de santé. On y découvre les principaux problèmes de santé des hommes, les habitudes de vie et les comportements qui augmentent leur vulnérabilité devant différentes maladies et difficultés psychosociales. Les acteurs du réseau de la santé et des autres secteurs concernés découvriront dans cet ouvrage une mine de renseignements utiles à leur pratique professionnelle ou à leurs connaissances générales.

Les Publications du Québec



La personne en ECHO: cheminer dans la guérison

Jean-Charles Crombez

Basé sur un jeu intérieur, se voulant un complément aux traitements médicaux et psychothérapeutiques conventionnels ou alternatifs, l'Approche ECHO est destinée

à toute personne aspirant à découvrir une nouvelle façon de prendre sa santé physique et mentale en main. Cette approche nous rappelle que les frontières entre les aspects physiologique, affectif et psychique de notre organisme sont beaucoup plus perméables que nous le croyons et témoigne du fait que ces systèmes sont en écho les uns par rapport aux autres.

Les Éditions de l'Homme



Qui sont ces couples heureux? Surmonter les crises et les conflits du couple

Yvon Dallaire, psychologue

Malgré toutes les difficultés de la vie à deux, le couple apparaît encore aujourd'hui comme le meilleur style de vie et la meilleure garantie de bonheur. Pourquoi certains couples réussissent-ils là où la majorité échouent? Les psychologues ont observé, écouté, analysé ces couples et ont découvert qu'ils manifestent des attitudes et des aptitudes qui font défaut aux couples malheureux. Les couples heureux ont su acquérir les connaissances et faire les efforts nécessaires pour transformer leur relation en lieu de croissance personnelle, conjugale et familiale.

Option santé



La gloire et la faute. Essai psychanalytique sur le conflit qui oppose narcissisme et culpabilité

André Lussier, psychologue

L'auteur commence par mettre un minimum indispensable de rigueur dans la compréhension et la définition des trois concepts de base en cause: le *Moi idéal*, l'*Idéal du Moi* et le *Surmoi*. En se basant sur une relecture de Freud, l'auteur en arrive à une conception rigoureuse de ces concepts. Pour ce faire, il se doit de contester une partie des positions de Freud. Finalement, il propose une réorientation majeure du complexe d'Édipe et de ses liens dynamiques à la pathologie narcissique et précœdipienne.

Presses de l'Université
de Montréal

L'outil de dépistage des problèmes de santé mentale
qui stimule et intéresse les jeunes

Dominique Interactif



Montre comment l'enfant se voit dans différentes situations

Dépiste rapidement les aspects affectifs anxio-dépressifs
Basé sur le DSM-IV, le standard nord-américain
Scientifiquement validé



Agréable, attrayant, motivant pour l'enfant

Auto-administré
Simple, court, facile pour l'enfant
Résultats immédiats



Depuis 1983

Versions enfant (6-11 ans) et adolescent



Le Dominique est très près du vécu des enfants

DIMAT Inc. (866) 540-9255

CD-ROM \$50 / Passations \$5

Démo: www.dominicinteractive.com

À LOUER / À PARTAGER

Bureaux à louer – Ahuntsic. Centre professionnel, meublés ou non, insonorisés, climatisés, salle d'attente, cuisine, service téléphonique, stationnement privé. Diverses modalités de location. François Baillargeon: (514) 387-5005.

Mont-Tremblant (Saint-Jovite) – Bureau à louer dans clinique médicale, avec bonnes références. Pour psychologue à temps complet ou à temps partiel. Communiquez avec D' Jean Champagne, tél.: (819) 425-2728.

Bureau de consultation à sous-louer, à Dorval. Location minimum: 1/3 journée. Location maximum: 2 1/2 journées. Pour information: Diane Henrichon: (514) 631-8676.

Bureau à louer – Joliette. Locaux de 120 pi² au sein d'un centre de santé. Prix avantageux. Modalités de location flexibles. Pour information: (450) 755-5515.

Bureau à louer (temps partiel). Grandes fenêtres, spacieux, ascenseur, clinique multidisciplinaire, métro Jean-Talon. Contactez D^{re} Amélie Chevalier, DC. (514) 278-8878.

Bureau à louer – Laval. Édifice professionnel, bien situé, facile d'accès, stationnement. Très éclairé, insonorisation supérieure, salle d'attente et commodités. Disponibilités jour et soir. Tél.: (450) 668-9474.

Bureau à partager, Québec (Sainte-Foy) – Près de la route de l'Église. Insonorisé. Salle d'attente. Stationnement. Endroit calme. Libre les mardis et mercredis. (418) 682-6075.

Bureaux à louer – Outremont, près du métro. Meublés, insonorisés, salle d'attente privée. Beaucoup de cachet, rez-de-chaussée triplex résidentiel. Différentes modalités de location. (514) 277-5970.

Bureau à louer à Saint-Lambert, meublé, salle d'attente, stationnement 10 \$ l'heure, ou 25 \$ le bloc de 3 heures. Demandez Ginette Lamy: (450) 671-4427.

Saint-Lambert (rue Victoria). Bureaux à louer ou à sous-louer. Bien éclairés/climatisés, salle d'attente, occupation flexible. Pour information: (514) 830-4485.

Longueuil, bureau à louer par bloc d'heures ou à la journée. Meublé, avec fenêtre, insonorisé, climatisé, salle d'attente, frigo, micro-ondes, service de téléphone/télécopie. Stationnement gratuit. Possibilité de références. Pour information: (450) 670-5905.

Grand bureau disponible deux avant-midi, un après-midi, aussi possibilité d'un soir par semaine. Situé près du métro Cadillac, il offre aux clients la possibilité d'un stationnement. Appelez au (514) 255-8118.

Bureau à partager, disponible lundi, mardi, vendredi, 644, boul. Curé-Poirier Ouest, Longueuil. (450) 647-4560.

À partager – Dans un quartier résidentiel d'Ahuntsic, à proximité du métro Henri-Bourassa. Bureau chaleureux et beau, entièrement rénové et meublé, insonorisé et climatisé. Idéal pour clientèle adulte et familiale. Pièce adjacente pour enfants. Salle d'attente et cuisine. Tél.: (514) 381-9475. Libre depuis janvier 2006.

Bureau meublé – Secteur du plateau (Gatineau). Clinique de psychologie, nouvel édifice de santé. Taux horaire ou par bloc de temps. Jour et soirée. (819) 776-0005.

À Saint-Jérôme, bureau à partager, disponible 2 à 3 jours/semaine avec salle d'attente. Pour information: Suzanne, (450) 431-7376.

Bureau à partager – à Sherbrooke. Rue Dufferin au centre-ville. Meublé. Salle d'attente et de conférence. Ambiance chaleureuse. Vue imprenable. Stationnement. Tél.: (819) 563-0442 (répondeur).

Bureaux à louer – Nouveau Rosemont. Meublé, décoré avec goût, climatisé, salle d'attente, cuisine, tous les services inclus. Souplesse dans les modalités de location. Pour information: COGICOR, (514) 255-6541.

Bureau à louer à Québec – 444, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 260. Quartier Montcalm, accessible aisément. Tranquille, bonne insonorisation (porte double). Climatiser portable. 432 \$ taxes incluses. Cuisinette et salle d'attente. Libre le 1^{er} novembre 2006. (418) 681-9042.

Bureau à louer – Coin Côte-des-Neiges et chemin Queen-Mary. À proximité du métro Côte-des-Neiges. Bel aménagement et très ensoleillé. Plusieurs modalités de location. Pour information, contactez Louise Pépin: (514) 733-8848.

PSYCHOLOGUE RECHERCHÉ

Psychologue recherché(e) pour contrats d'expertises psychologiques (DPJ et garde d'enfants). Formation clinique et connaissance des tests projectifs requis. Contactez M^{me} Beaudoin au (514) 748-5896, poste 2.

L'Institut Victoria recherche 2 psychologues cliniciens(nes) disponibles 3 jours par semaine (18 entrevues). Détails au www.institut-victoria.ca ou contactez Julie Charest au (514) 954-1848.

La Clinique de psychothérapie du bébé et de l'enfant, située à Joliette, dans la région de Lanaudière, est à la recherche d'un ou une psychologue qui souhaiterait exercer en pratique privée au sein de notre équipe. Cette opportunité est offerte particulièrement aux nouveaux et nouvelles psychologues à qui nous voulons offrir le soutien clinique nécessaire à ce début de carrière. Nous pratiquons la psychothérapie dans une compréhension principalement d'orientation psychanalytique avec une intervention adaptée aux divers besoins cliniques. Si vous êtes intéressé(e) à venir partager avec nous cet intérêt, veuillez communiquer avec M. André Lachapelle, psychologue, au (450) 759-5507.



Pour traitement de clients CSST/douleur: psychologue en pratique privée recherché(e). Clinique de psychologie en expansion. Possibilités de références pour autres problématiques. Guillaume Tétreau: (514) 499-1399.

Nous sommes une équipe de psychologues située à Saint-Eustache qui **recherche deux autres psychologues** dont un pour une clientèle enfant-adolescent et l'autre pour une clientèle adulte. Si vous êtes intéressé à nous rejoindre à nous, envoyez votre c.v. au (514) 382-0929 à l'attention de M^{me} Sophie Jodoin.

SERVICES OFFERTS

À seulement 50 \$ par année, je vous offre un site Web professionnel de deux pages et une inscription de votre site dans un nouvel annuaire. Votre site sera à l'adresse suivante: votre-site.psych-quebec.ca. Information: Michel Lebeau, (514) 234-3984; www.annuairedespsychologues.com.

Ateliers par Françoise A. Cloutier, psychanalyste jungienne. Inscription nécessaire au (514) 935-6584. Site: www.apjq.org. Les cadeaux de l'inconscient: intuition, visualisation, pensée symbolique et imagination active. En collaboration avec Ginette Blais, astrologue et auteur. Samedi 13 mai ou samedi 10 juin. 120 \$ + taxes. Découverte de son type de personnalité: types de personnalité MBTI et concepts jungiens (ombre, individuation). Samedi 27 mai. 150 \$ + taxes. Exploration de l'espace du non-espoir: expérimentation du non-espoir pour l'approvisoir et y découvrir son potentiel créateur. (Livre: *Le paradoxe de l'espoir*) samedi 17 juin. 120 \$ + taxes.





STAGIAIRE POST-DOCTORAL RECHERCHÉ

L'équipe de recherche du Centre National pour le Stress Opérationnel (Anciens Combattants Canada) est à la recherche d'un(e) stagiaire post-doctoral(e) pour coordonner des projets de recherche et rédiger des articles scientifiques. Les candidat(e)s doivent avoir de l'expérience dans le domaine du trauma (ou une autre expérience pertinente), d'excellentes habiletés de rédaction et de présentation orale dans les deux langues officielles et un dossier de publications scientifiques.


Ce poste à temps plein est offert pour une période d'un an (renouvelable) dès septembre 2006. Le salaire annuel sera de 40 000,00 \$. La supervision sera donnée par le Pr. Alain Brunet, Ph.D., professeur adjoint au département de psychiatrie de McGill. La personne retenue sera inscrite comme stagiaire post-doctorale à cette Université.

Envoyez une lettre expliquant pourquoi vous pensez que ce poste vous convient, votre CV, deux lettres de références et une publication scientifique de votre cru, au Pr. Alain Brunet : alain.brunet@douglas.mcgill.ca.



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada



OFFRE D'EMPLOI

Le Centre de santé et de services sociaux de Témiscaming-et-de-Kipawa est un établissement qui abrite sous un même toit, un service d'urgence, une unité de soins de courte durée (6 lits), une unité d'hébergement (14 lits) et des services de première ligne. Il est localisé dans la ville de Témiscaming près des majestueux lacs Témiscamingue et Kipawa. Le centre a mis en place un Groupe de Médecine de Famille et est accrédité avec le Conseil Canadien d'Agrément depuis 1997.

Le territoire desservi par le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa compte un peu moins de 4000 habitants et fait partie de la MRC de Témiscamingue. Il se trouve à la frontière de l'Ontario, soit à environ 450 km d'Ottawa et de Toronto et à 230 km au sud de Rouyn-Noranda.

Nous recherchons un(e) candidat(e)
pour combler un poste à temps complet de :

PSYCHOLOGUE

Nature de la fonction

Sous l'autorité du chef des programmes, la personne conçoit et exerce des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins individuels et collectifs de la population, selon les règles particulières de la profession. La personne travaillera au sein d'une équipe de première ligne en santé mentale et d'un Groupe de Médecine de Famille. Elle fera donc partie d'une équipe interdisciplinaire fort dynamique. L'activité d'intérêt à venir est l'actualisation locale du plan d'action ministériel en santé mentale.

Profil recherché

La personne recherchée doit démontrer une capacité de travailler en région dans un milieu où se côtoie une population francophone, anglophone et autochtone. Le bilinguisme est exigé.

Exigence du poste

- Détenir un diplôme universitaire de deuxième cycle en psychologie.
- Être membre de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.
- Posséder une expérience professionnelle d'au moins un (1) an.
- Être disponible à effectuer des périodes de garde en services de première ligne les fins de semaines.

La rémunération et les avantages sociaux auxquels se greffe une prime de disparité régionale est conforme à la convention collective en vigueur.

Les candidat(e)s doivent adresser leur candidature avant 16 h le 30 mai 2006 à :

M. Gary Crossley, chef des ressources humaines et financières
Centre de santé et de service sociaux
de Témiscaming-et-de-Kipawa

180 rue Anvik, C.P. 760, Témiscaming, Québec, J0Z 3R0

Téléphone : (819) 627-3385, poste 1221

Télécopieur : (819) 627-3629

Courriel : gary_crossley@ssss.gouv.qc.ca

La recherche le dit...

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

Qu'y a-t-il de mieux à faire après un événement heureux ou malheureux ?

Comment expliquer que les femmes soient plus sujettes que les hommes à la dépression ? Des chercheurs ont découvert que les réactions d'une personne à la suite d'un événement sont affectées par le type de l'événement et par le genre de l'individu. Dans cette étude, 34 hommes et 64 femmes lisent la description de six événements heureux¹ et de quatre événements malheureux² et doivent s'imaginer les vivre et ressentir les émotions associées. Les quatre réactions possibles après l'événement sont *parler avec un ami, dormir, faire de l'exercice ou faire une activité sédentaire* (p. ex. cinéma, télévision). Globalement, les participants sont plus enclins à dormir et à parler à quelqu'un suivant un événement malheureux. Toutefois, les femmes choisissent davantage de parler à quelqu'un et de dormir que les

hommes. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de faire de l'exercice et de s'engager dans des activités sédentaires après un événement heureux et malheureux. En résumé, les hommes sont dits plus orientés vers des activités alors que les femmes ont davantage tendance à exprimer leurs émotions. Il est suggéré que faire des activités aurait un effet protecteur vis-à-vis de la dépression. Finalement, mesdames, la « méthode » des gars a peut-être du bon !

Christensen, L. et Brooks, A. (2006). « Type of activity as a function of experiencing a depressive or happy event ». *Journal of Sport Behavior*, 29(1), p. 27-39.

L'important, c'est de participer

Au camp de vacances cet été, vos jeunes, eux, n'auront pas de répit. Dans les sports, ils devront atteindre des objectifs compétitifs, orientés sur la performance en se comparant aux autres en termes d'habiletés, et rencontrer des objectifs de collaboration, orientés sur la tâche et l'effort. Selon une étude récente, ce qui influencera le degré de motivation des jeunes à participer à des sports au camp de vacances sera ce qu'on appelle le « climat motivationnel » en plus du type d'objectifs. Chez des jeunes défavorisés, la motivation (intérêt pour les

sports, plaisir) est rehaussée par des objectifs de collaboration et un climat misant sur la participation. Des analyses plus poussées ont démontré que les objectifs et le climat d'une activité sont médiatisés par des facteurs relationnels pour prédire la motivation. Par conséquent, les jeunes ont besoin de croire qu'on prend soin d'eux et aussi d'apprendre à prendre soin des autres au sein de l'activité pour développer de la motivation à faire un sport. Des objectifs et un climat à saveur compétitive influencent négativement la motivation des jeunes. Renforcer le caractère relationnel et affectif des activités sportives est un ingrédient essentiel pour être motivé. À vos marques, prêts, participez !

Newton, M. et al. (2006). « Understanding motivation of undeserved youth in physical activity setting ». *Youth & Society*, 37(3), p. 348-371.

Où sont mes Expos ?

Si le cafard vous prend durant l'été, c'est peut-être à cause de la disparition de notre équipe de baseball montréalaise. Pourquoi ? Eh bien, il semble que le fait d'être le fan d'une équipe sportive locale soit associé à un meilleur bien-être psychologique. C'est, en effet, ce qu'a trouvé Wann (2006) lorsqu'il a questionné 214 étudiants universitaires au sujet de leur sentiment d'identification aux équipes sportives, de leur estime personnelle et collective, de leur sentiment de solitude et de leur degré de stress. L'auteur explique que, dans le contexte social actuel où les occasions traditionnelles de réunions sociales sont en déclin (p. ex. la religion est moins pratiquée, les familles sont moins nombreuses), le sport prendrait la relève. L'identification à une équipe sportive locale agirait comme un liant social en créant un sentiment d'appartenance à un groupe. En contrepartie, l'identification à une équipe basée dans une autre ville ou le fait d'aimer le sport en général ne serait pas un facteur associé au bien-être psychologique. Encourageons donc le Canadien et consolons-nous, il est

encore possible de faire un gros câlin à Youppi !

Wann, D. L. (2006). « Examining the potential causal relationship between sport team identification and psychological well-being ». *Journal of Sport Behavior*, 29(1), p. 79-95.

Toutou : un compagnon santé

Chaque année, le printemps amène avec lui son lot de résolutions liées à la perte de poids et à une meilleure hygiène de vie. L'appel du bikini se fait sentir et nous incite à adopter de bonnes habitudes de vie. En avril, la motivation est donc à son comble, mais elle décline souvent très rapidement lorsque les 5 à 7 sur la terrasse ou la farniente sur la plage nous invitent à la détente... Si vous êtes insatisfaits des kilos perdus, il est sans doute temps d'appeler du renfort... et Fido pourrait s'avérer votre meilleur allié ! En effet, selon Brown et Rhodes (2006), les gens qui possèdent un chien sont plus portés à pratiquer des activités physiques d'intensité légère à modérée que les gens qui n'en possèdent pas. À titre d'exemple, les propriétaires de chiens marcheraient en moyenne 300 minutes par semaine comparativement à 168 minutes pour les autres. Ces résultats sont valables pour les adultes canadiens de tous âges et seraient grandement expliqués par le sentiment d'obligation du maître envers son fidèle ami canin. Voilà matière à réflexion pour les éducateurs physiques et les intervenants dans le domaine de la santé publique...

Brown, S. G., et Rhodes, R. E. (2006). « Relationships among dog ownership and leisure-time walking in Western Canadian adults ». *American Journal of Preventive Medicine*, 30(2), p. 121-136.

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

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

Références

1. Les six événements heureux sont : se marier et avoir un bébé, devenir célèbre, se sentir compétent après avoir eu de bonnes notes, faire un retour à l'école, revenir en couple avec un ex-conjoint, rémission du cancer de son beau-père.
2. Les quatre événements malheureux sont : avoir un conjoint infidèle, voir la vie de son beau-père se terminer à cause d'un cancer, se sentir incompétent après avoir eu de mauvaises notes, rupture de couple.

En bref

La Maison Buissonnière est actuellement à la recherche de cliniciens

Dans la lignée de la Maison Verte, créée par Françoise Dolto, La Maison Buissonnière accueille des enfants de moins de 4 ans accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte significatif. Les cliniciens doivent être à l'écoute du langage non verbal, du jeu qui s'élabore et des interactions qui surgissent. Vous devez être disponible une matinée par semaine. Le cadre clinique est composé d'équipes mixtes de trois personnes. Actuellement, La Maison Buissonnière recherche particulièrement des cliniciens masculins. Vous avez une expérience clinique ? Vous avez fait une démarche personnelle de psychothérapie analytique ou une psychanalyse ? Vous êtes intéressé au travail effectué auprès des enfants ? N'hésitez pas à contacter Marie-Anne Dostaler en composant le (514) 526-1841.

CDI (Child Depression Inventory) - Version Française

De Maria Kovacs, Ph.D.

Construit mesuré :

Une mesure de symptômes dépressifs chez les jeunes

Âges :

7-17 ans

Administration :

auto-évaluation

Temps d'administration :

15 minutes ou moins (10 minutes pour la version courte)

Correction:

manuelle

Le CDI a été conçu pour tous les enfants et adolescents du niveau scolaire (âges 7-17 ans). Il se compose de 27 items.

L'enfant ou l'adolescent choisit une phrase qui le décrit le mieux pour les deux dernières semaines.

Le profil de CDI permet une évaluation des cinq dimensions suivantes :

- Affect négatif
- Problèmes interpersonnels
- Sentiment d'inefficacité
- Anhedonie
- Estime de soi négatif

Forme Courte Du CDI

Une forme courte de l'Inventaire a été développée pour permettre une évaluation rapide et des symptômes dépressifs d'un enfant ou de l'adolescent.

La forme abrégée du CDI est composé de 10 items.

Seules les feuilles réponses sont disponibles en français.

5051-800011 - CDI - Matériel Complet (Manuel anglais et 25 feuilles réponses en français)

5051-800051 - CDI - Matériel Complet et forme abrégée (Manuel anglais, 25 feuilles réponses en français et 25 feuille réponses forme abrégée)

5051-800021 - CDI - Manuel (en anglais)

5051-800031 - CDI - Feuilles réponses (français) (25)

5051-800041 - CDI - Feuilles réponses formule abrégée (français) (25)



INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

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

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

Télécopieur : 514 382-3007 · 1 888 382-3007

Site Internet : www.i-r-p.ca

Courriel : info@i-r-p.ca



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

**Documentation disponible
en ligne ou sur demande.**

Institut Victoria

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

Téléphone : 514.954.1848
Télécopieur : 514.954.1849
info@institut-victoria.ca

VISITEZ NOTRE SITE WEB!

► PROGRAMME DE FORMATION DE 3 ANS À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le programme est offert en français et en anglais. Les inscriptions sont ouvertes.

Offert à Montréal, Québec et Sherbrooke

- 18 demi-journées de cours théoriques.
 - Principaux auteurs dans le domaine des troubles de la personnalité.
 - Développement normal et pathologique de la personnalité, et neurobiologie de l'attachement.
 - Pathologies de l'axe 1 pouvant être confondues ou en comorbidité avec un trouble de personnalité, et pharmacothérapie.
- 15 demi-journées d'activités de groupe portant sur le contre-transfert.
- 39 demi-journées de supervision clinique en petits groupes (36 pour les programmes de Québec et Sherbrooke) : approche développementale, du soi et des relations d'objet.
- Lectures spécialisées à l'extérieur des rencontres.

Montréal

2 800,00 \$ (taxes incluses) par année.

Date limite pour le dépôt des candidatures, le 26 mai 2006.

Québec et Sherbrooke

3 200,00 \$ (taxes incluses) par année.

Date limite pour le dépôt des candidatures, le 29 mai 2006.

■ NOUVELLE PROGRAMMATION 2006 / 2007

- Perfectionnement de 3 jours
- Ateliers thématiques d'une journée
- Formation et supervision sur mesure aux institutions et regroupements d'individus
- Supervision de groupe en thérapie familiale
- Supervision d'équipe en santé mentale

Toutes nos formations sont agréées par Emploi-Québec