

# Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 31  
numéro 03  
mai 14

QUÉBEC

## La neuropsychologie pédiatrique prend sa place

### PORTRAIT

**Les troubles alimentaires vus par  
le D<sup>r</sup> Howard Steiger, psychologue**

**EspacePsy, un nouveau portail Web  
pour votre formation continue**





Intégration  
par les mouvements  
oculaires

**IMO**

Une solution globale et efficace aux souffrances  
des personnes traumatisées.  
Un traitement dont la rapidité honore le plein potentiel  
d'autoguerison de l'être humain.

Maintenant disponible  
chez Quebecor



## Contenu

### Niveau 1

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

### Niveau 2

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

«Merci Danie pour tout et pour ton dynamisme contagieux et énergique! Très intéressant comme technique et impressionnant.»

*Mireille Bourdeau, psychologue*

«Très stimulant. Ça a vraiment répondu à mes attentes! Merci beaucoup!»

*Lucie Legault, psychologue*

«Expérience extraordinaire qui m'a permis de connecter avec une toute autre méthode d'intervention.»

*Katrine Schwesler, psychologue*

IMO-1 Montréal: 1-2 juin 2013 Formation continue IMO

IMO-2 Québec: 12-15 juin 2014  
Montréal: 25-26 sept. 2014  
Montréal: 29-30 sept. 2015

Montréal: 24 sept. 2014  
3 juin 2015 (IMO avec les enfants)  
28 sept. 2015 (14 points de départ en IMO)

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 6505 + tx = 747,335 / pers. \* Paiement trois semaines  
avant le commencement de la formation.  
Réservation\*: 4005 + tx = 689,855 / pers.  
Communautaire: 4005 + tx = 459,905 / pers.

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

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue

Superviseurs accrédités:

Stéphane Mignault, psychologue  
Stéphane Deslauriers, psychologue  
Anne Perreault, psychologue



Thérapie  
d'IMPACT

UNE APPROCHE  
VIVANTE,  
DYNAMIQUE  
ET IMPACTANTE

### THÉRAPIE D'IMPACT

Montréal: 28-29-30 mai 2014  
27-28-29 mai 2015

### TECHNIQUES D'IMPACT

Approche individuelle

Montréal: 2 avril 2015

Approche groupe, couple, famille

Montréal: 3 avril 2015

### DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE DES PETITS ET DES GRANDS

Montréal: 9 avril 2014 9 avril 2015

### BYE BYE ANXIÉTÉ

Montréal: 7 octobre 2014 8 octobre 2015

### L'ART DE SEMER

Montréal: 10 avril 2014 7 avril 2015

### RELATIONS INTERPERSONNELLES

Montréal: 11 avril 2014 8 avril 2015

### LE DEUIL ET SES ISSUES

Montréal: 9 octobre 2014 7 octobre 2015

### BURNOUT ET DÉPRESSION

Montréal: 8 octobre 2014 9 octobre 2015



Nouvelle  
formation:

Êtes-vous Primate,  
Automate ou Diplomate?

Montréal:  
10 octobre 2014  
8 avril 2014

Tarifs par jour  
de 4 à 6 h.

Réservation: 2255 + tx = 258,695  
Régulier: 2505 + tx = 287,445  
Groupe (3 et plus): 2005 + tx = 229,995  
Étudiant temps plein/  
communautaire (avec preuve): 1255 + tx = 143,725

Réservation: Paiement trois semaines avant la  
tenue de l'événement.

Tarif régulier: réservation trois de trois  
semaines avant la tenue de l'événement.

Tarif groupe: 3 personnes inscrites en même  
temps avec une même facture.

Les prix sont sujets à changement sans préavis.

## Bonne nouvelle!

Toutes les formations dans les  
programmes IMO et Thérapeute d'Impact  
sont maintenant reconnues par l'OPQ

CP 99072 CP du Tremblay, Longueuil  
(Québec), Canada, J4N 0A5

T: 1 888 848-3747 • F: 1 855 888-3747

www.academieimpact.com • info@academieimpact.com



Académie  
**IMPACT**

PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE

En partenariat avec



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



## Assurez-vous de profiter de la vie!

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

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

Appelez-nous pour de plus amples informations :

1 877 579-5585

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

**DPMM**



Dale Parizeau  
Morris Mackenzie

Cabinet de services financiers

## 28 La neuropsychologie pédiatrique prend sa place

### 30

#### **La contribution du neuropsychologue dans l'évaluation du trouble du spectre de l'autisme**

L'utilité de l'évaluation neuropsychologique est encore plus importante depuis les changements apportés par le DSM-5 dont l'ajout de spécificateurs permettant de documenter la présentation du TSA.

### 35

#### **Le rôle du neuro-psychologue auprès des jeunes qui présentent des symptômes de psychose**

Les neuropsychologues qui interviennent en pédopsychiatrie peuvent participer à l'établissement du diagnostic et au plan de traitement pour aider les jeunes à reprendre une vie active.

### 39

#### **Programme d'intervention auprès des enfants qui souffrent de TDA/H**

De plus en plus d'enseignants et de parents reconnaissent l'impact du TDA/H sur les comportements, les fonctions cognitives, les relations sociales ou le rendement scolaire. Présentation d'un programme d'intervention qui apprend à gérer les ressources attentionnelles de nature exécutive.

#### **Dépôt légal**

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

Envoi en poste publication,  
numéro de convention 40065731

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

## Psychologie

QUÉBEC

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

**Ordre des psychologues du Québec**  
1100, avenue Beaumont, bureau 510  
Mont-Royal Qc H3P 3H5  
[www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)

# sommaire

## 18 Pour votre formation continue, faites d'EspacePsy votre allié!

Découvrez ce nouveau portail Web pour vous permettre de rendre compte des activités de formation continue que vous avez suivies à l'Ordre des psychologues.



## 20 **Portrait** D<sup>r</sup> Howard Steiger, psychologue Mythes et réalités sur les troubles alimentaires

Le D<sup>r</sup> Steiger fait le point sur la recherche et l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles alimentaires, un domaine où les croyances et les paradigmes ont grandement évolué depuis une trentaine d'années.

- 07\_ **Éditorial**  
**Le réseau public de santé ne peut se passer des psychologues**
- 09\_ **Déontologie**  
**Quand la police frappe à votre porte**
- 12\_ **Nomination d'un syndic à l'Ordre**
- 13\_ **Affaires juridiques**  
**Bien informer pour prévenir les poursuites pour pratique illégale de la psychothérapie**
- 14\_ **Pratique professionnelle**  
**Propositions de l'Ordre au sujet du plan d'action en santé mentale**
- 25\_ **Les outils de formation continue vus par les utilisateurs**
- 46\_ **Vient de paraître**
- 49\_ **Le service de référence en ligne en constante évolution**
- 51\_ **Colloques et congrès**
- 52\_ **Tableau des membres / Registre des psychothérapeutes**
- 54\_ **Petites annonces**
- 58\_ **La recherche le dit**  
**La crise du milieu de vie**

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

D<sup>r</sup> Nicolas Chevrier, psychologue

D<sup>r</sup> Bruno Gauthier, psychologue

D<sup>re</sup> Nathalie Girouard, psychologue

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos ::

Couverture :: Y. Nakajima/un/ANYONE/Getty Images

Pages :: 5, 12, 13, 21 : Alexa Tymocko,

50 : Marc Robitaille

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

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

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

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

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

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Juillet 2014 : 26 mai 2014

Septembre 2014 : 24 juillet 2014

Conception graphique et production ::

MichauDesign



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

# Des rabais exclusifs : c'est réglé.



10 %

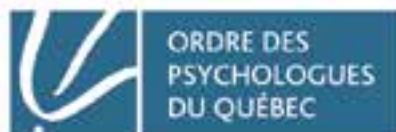
DE RABAIS EXCLUSIF  
sur vos assurances auto, habitation  
et véhicules de loisirs

Jusqu'à

360 \$

DE RÉDUCTION  
en regroupant vos nouvelles assurances auto,  
habitation et véhicules de loisirs chez nous <sup>1</sup>

Obtenez une soumission  
1 866 551-2641  
[lacapitale.com/opq](http://lacapitale.com/opq)



  
La Capitale  
Assurances générales



Rose-Marie Charest / Psychologue

Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

# Éditorial

## Le réseau public de santé ne peut se passer des psychologues

La profession de psychologue ne doit pas être confondue avec l'exercice de la psychothérapie, et ce, même si cette activité est au cœur de l'exercice d'une majorité de psychologues. D'ailleurs, au Québec, la profession de psychothérapeute n'existe pas. Il y a différentes professions parmi lesquelles certaines personnes sont autorisées à pratiquer la psychothérapie. Avant la loi 21, la confusion entre le titre de psychologue et celui de psychothérapeute était fort répandue dans l'esprit du public et, dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, on pouvait parfois laisser croire que tous les professionnels y œuvrant pouvaient être interchangeables. C'est justement, pour une bonne part, ce que la loi clarifie. La redéfinition des champs d'exercice et la détermination des activités pratiquées par chacun des professionnels constituent le cœur de la loi 21. Tout au long des travaux qui y ont mené, cet objectif était partagé par l'Ordre des psychologues, les autres ordres du domaine de la santé mentale et des relations humaines et les différentes instances gouvernementales, y inclus les employeurs.

Ce qui définit une profession est son champ d'exercice. Et c'est à partir de ce champ, des activités que ce professionnel sera appelé à pratiquer et des responsabilités qu'on voudra lui confier qu'est tracé le profil de formation. Permettez-moi de rappeler ici le champ de notre profession : « *Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement* ». Il va de soi que cela inclut la psychothérapie, mais ne s'y limite pas. Les études en psychologie préparent à exercer l'ensemble de ce champ. Le profil de formation devant mener à la profession de psychologue a été élaboré en conséquence. Le parcours universitaire de niveau doctoral comporte des exigences strictes en matière de formation scientifique en psychologie mais aussi en matière de formation pratique. À la suite du baccalauréat, la formation doctorale exige un minimum de 45 crédits de cours théoriques et une formation pratique de 700 heures de stage et de 1600 heures d'internat, sans oublier d'imposants travaux de recherche. Les compétences acquises sont élevées, et ce, non seulement dans le domaine de l'intervention, mais aussi dans ceux de l'évaluation, de la recherche, de la consultation, de la supervision, de l'éthique et la déontologie et des relations interpersonnelles. Ce sont, en effet, les sept grands domaines de compétence qui font l'objet du curriculum de formation des psychologues. C'est pourquoi les psychologues occupent une place importante auprès des autres intervenants et professionnels en santé mentale et en relations humaines, notamment en vertu de leurs compétences en consultation et en supervision. La présence de psychologues superviseurs permet de former des doctorants

en psychologie et d'ainsi assurer la relève dont nous aurons grandement besoin. Leur importante formation en recherche leur permet aussi d'occuper une place prépondérante quand il faut participer à l'élaboration et au suivi de programmes de recherche clinique, de faire une juste lecture des données probantes et de statuer sur les assises scientifiques et professionnelles des programmes à offrir.

Depuis bien avant la loi 21, les psychologues ont posé des diagnostics psychologiques et la loi 21 a enfin reconnu leur compétence pour ce faire. La loi 21 confirme donc leur habilitation à pratiquer l'évaluation des troubles mentaux selon une classification reconnue, notamment le DSM ou la CIM, et à en communiquer les résultats. Il ne faut pas confondre avec l'évaluation initiale rigoureuse que doivent faire tous ceux qui pratiquent la psychothérapie. Celle-ci a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie. Une telle évaluation permet de cerner davantage la situation de la personne et le motif qui l'amène à consulter afin, notamment, de décider si la psychothérapie qu'on a à offrir lui convient. Quand il faut identifier le trouble mental et le communiquer, quand il faut décider si telle personne peut bénéficier de tel programme visant à traiter un trouble mental identifié, il faut référer à qui est autorisé à procéder à l'évaluation des troubles mentaux. De même pour le traitement de certaines problématiques où l'identification du trouble est nécessaire pour guider le traitement.

La loi 21 ne fait pas de différences entre le réseau public et le réseau privé. Les mêmes règles s'appliquent. Le public a les mêmes droits et les risques sont les mêmes. L'accessibilité aux services des psychologues dans le réseau public est un enjeu important pour le public québécois. Le réseau public se doit d'offrir des services, non seulement à ceux qui n'ont pas les moyens financiers de les obtenir en privé, mais aussi à ceux dont la problématique nécessite un niveau de soutien et d'expertise auquel seule une équipe interdisciplinaire dûment constituée peut donner accès.

La loi 21 est venue renforcer l'identité professionnelle de chacun et c'est la contribution unique de chacun qui peut donner sa force et sa richesse au réseau public de la santé comme aux autres réseaux. Le public québécois doit pouvoir compter sur la participation des psychologues à une offre de service complète, et ce, quel que soit son niveau de revenu. Le principe d'accessibilité compétente, principe fondateur de la loi 21, doit guider les gestionnaires comme les professionnels. Les psychologues, pour leur part, seront intéressés à joindre le réseau de la santé si l'ensemble de leurs compétences sont reconnues et mises à contribution. C'est ce que je souhaite dans l'intérêt du public québécois.

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



## Offre de formations **Printemps** • Automne 2014

Formations  Porte-Voix

Toutes ces formations sont accréditées par l'OPQ

### Printemps 2014



**Le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : bilan et approches prometteuses**

MTI : 29-30 mai 2014 • Qc : 8-9 mai 2014

Par D<sup>re</sup> Lyse Turgeon,  
psychologue



**Les entretiens préliminaires à la psychothérapie (Comment structurer un cadre de travail thérapeutique?)**

MTI : 13 juin 2014

Par André Renaud,  
psychologue et psychanalyste



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

MTI : 12 juin 2014

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



**Notions de base de l'Entretien Motivationnel**

MTI : 29-30 mai 2014

Par D<sup>re</sup> Rachel Green,  
psychologue



**Traitement des victimes souffrant de stress post-traumatique (Niveau avancé)\***

MTI : 12-13 mai 2014 • Qc : 22-23 mai 2014

\* Pré-requis : avoir son permis de psychothérapeute et avoir suivi une formation de base en TSPT.

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



### Automne 2014



**Enfants et adolescents victimes de multiples traumatismes : comprendre la problématique pour mieux intervenir**

MTI : 12-13 novembre 2014 • Qc : 22-23 octobre 2014

Par D<sup>re</sup> Delphine Coliin-Vézina,  
psychologue



**L'intervention auprès des jeunes dépressifs : prioriser différentes cibles selon différents contextes**

MTI : 16-17 octobre 2014 • Qc : 20-21 novembre 2014

Par D<sup>re</sup> Diane Marcotte,  
psychologue



**Dépistage, évaluation et traitement intégré de l'anorexie et de la boulimie**

MTI : 13-14 novembre 2014 • Qc : 11-12 décembre 2014

D<sup>r</sup> Olivier Pelletier,  
psychologue

Invitée : Audrey Brassard, nutritionniste



**La thérapie cognitivo-comportementale en santé mentale : atelier d'introduction au modèle et à ses applications**

MTI : 4-5 décembre 2014 • Qc : 6-7 novembre 2014

Par D<sup>re</sup> Amélie Seidah,  
psychologue



Informations et inscriptions [www.porte-voix.qc.ca](http://www.porte-voix.qc.ca)

Tél. : 418 658-5396 | Téléc. : 418 658-5982 | Courriel : [porte-voix@videotron.ca](mailto:porte-voix@videotron.ca)



# Déontologie

## Quand la police frappe à votre porte



Denis Houde / Psychologue

Conseiller à la déontologie

*dhoude@ordrepsy.qc.ca*

**Question :** Je suis psychologue dans une école. À la suite d'un incident impliquant un jeune dont le dossier est encore actif, un policier demande à me questionner à propos de ce jeune. Que dois-je répondre?

**Question :** Je suis psychologue en pratique privée. Un policier est assis dans ma salle d'attente. Il demande à me voir. Dans mon bureau, il me demande si tel individu est effectivement mon client. De plus, il me demande de voir le dossier le concernant. Cet individu, qui est mon client, serait impliqué dans un crime dont je ne connais pas la nature. Comment dois-je agir?

**Question :** Je suis psychologue en pratique privée et en CLSC. Au cours de son enquête, un policier a su qu'un individu me consultait. Cependant, cet individu me consultait en CLSC. Que dois-je dire? Que dois-je faire?

Le dénominateur commun dans toutes ces situations est la présence d'un policier dans le lieu de pratique du psychologue. La situation génère tout au moins de la surprise, possiblement de l'inquiétude, voire parfois de l'anxiété. Alors, les questions de la confidentialité et du consentement à la divulgation de renseignements se posent. Dans certains cas, une tenue des dossiers psychologiques approximative peut faire vivre une angoisse certaine au psychologue. Il est donc nécessaire de nuancer le tout.

### \_LA CONFIDENTIALITÉ

Lorsqu'un policier demande à parler à un psychologue à propos d'un de ses clients, l'obligation de confidentialité demeure. On peut lire à l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec que chacun a droit au respect du secret professionnel. On y lit aussi que toute personne tenue par la loi au secret professionnel ne peut divulguer les renseignements confidentiels qui lui ont été révélés à moins qu'il n'y soit autorisé par celui qui lui fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi. L'article 60.4 du Code des professions et la section II du chapitre III du Code de déontologie des psychologues sont fondés sur ce principe pour protéger la nature confidentielle des renseignements recueillis dans les cabinets de consultation. Bref, le psychologue peut faire valoir la Charte, le Code des professions et le code de déontologie au policier afin de ne révéler aucun renseignement de nature confidentielle. De plus, il ne peut confirmer qu'il est consulté par la personne qui fait l'objet des questions du policier. Si le psychologue le faisait, il contreviendrait à l'article 15 du Code de déontologie

des psychologues. Il apparaît important de souligner au policier que, tout comme lui, le psychologue fait son travail et qu'il n'est nullement question de faire obstruction au travail du représentant de la justice.

En ce qui a trait à un dossier d'usager d'un établissement du réseau des services de santé et des services sociaux, c'est le service des archives qui devrait connaître le protocole en matière de divulgation de renseignements confidentiels. Le psychologue peut donc référer le policier au service des archives. De son côté, le psychologue doit alors s'assurer auprès du service des archives que les renseignements contenus dans le dossier sont conformes au processus entrepris.

### \_LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'accès aux renseignements peut faire l'objet d'un consentement de la part du client. Il est important que le consentement soit libre de quelque pression que ce soit. Il est fondamental que le client ne se sente pas contraint de donner son accord à la divulgation de renseignements le concernant. De plus, ce consentement doit être éclairé. C'est l'obligation du psychologue d'expliquer au client en quoi il est préférable de consentir ou de ne pas consentir à la divulgation de certains renseignements le concernant. Finalement, ce consentement doit être dûment signé et il est nécessaire qu'il soit versé au dossier du client. D'ailleurs, toutes les communications doivent être notées au dossier.

En cas de refus ou d'absence de consentement, le policier pourrait se procurer un mandat de perquisition signifié par un juge de la Cour du Québec ou faire entériner une ordonnance de communication par un juge. À ce moment, il est essentiel de sceller le document et de l'adresser à ce juge qui pourra vérifier si les renseignements sont essentiels à l'enquête. Il pourrait être utile d'y inclure une lettre décrivant les raisons pour lesquelles le psychologue croit que ce dossier devrait demeurer confidentiel. Le psychologue inclura dans cette lettre les articles de loi sur lesquels il fonde son raisonnement. Il est préférable que le psychologue transmette une copie du dossier certifiée complète et conforme. Dans le cas d'un délai trop court, il se pourrait que le psychologue ait à livrer l'original. À ce moment, c'est le juge qui a la responsabilité de la garde du dossier. Il a aussi la responsabilité de restituer au psychologue le dossier dans sa totalité. Il sera nécessaire de verser ces renseignements au dossier. Finalement, dans le cas d'un mandat de perquisition ne portant que sur une problématique spécifique en lien avec l'enquête menée par les policiers, seuls les renseignements pertinents à la demande visée par la perquisition seront dévoilés, le reste du dossier pouvant être caviardé.

## \_LA TENUE DE DOSSIER ET LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Il arrive parfois qu'en relisant ses notes le psychologue se rende compte que sa prise de notes est parfois incomplète, illisible ou non conforme à certaines dispositions du Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets des psychologues. Cette constatation peut amener le psychologue à vivre de l'anxiété par rapport à la divulgation des renseignements consignés au dossier. D'une façon plus ou moins consciente, il pourrait arriver que le psychologue tente d'influencer le client pour qu'il refuse de consentir à la divulgation des renseignements contenus dans son dossier sans expressément le lui dire. À ce moment, il apprend qu'il s'agit d'un conflit d'intérêts au sens où le psychologue fait passer ses intérêts au-dessus de ceux du client, pour lequel la divulgation des renseignements pourrait être bénéfique (article 23 du code de déontologie). Rappelons que le psychologue doit verser les renseignements au dossier le plus rapidement possible après chaque séance sachant que ce qui s'y trouve consigné est considéré vrai. La position à adopter dans cette situation est d'assumer l'état du dossier tel qu'il est (incomplet, illisible ou non conforme), d'en assumer les conséquences potentielles et d'ajouter une note au dossier, en ce sens, en date de la constatation. Un résumé de dossier pourrait alors conclure le document afin de clarifier ce qui aurait besoin de l'être pour le lecteur éventuel.

**Question :** Un policier se présente avec une ordonnance d'un coroner qui effectuerait une enquête sur les circonstances du décès d'un client qui se serait suicidé. Il est spécifié sur le document qu'il demande le dossier de cet individu. Dois-je le lui donner sur-le-champ?

Il est écrit dans la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès que le coroner est un officier public qui a compétence à l'égard de tout décès survenu au Québec. Il a pour fonction de rechercher au moyen d'une investigation et, le cas échéant, d'une enquête : l'identité de la personne, la date et le lieu du décès, ainsi que les causes probables du décès, à savoir les maladies, les états morbides, les traumatismes ou les intoxications qui ont causé le décès ou y ont contribué. Il détermine également les circonstances du décès.

En novembre 2001, Louise Camirand-Duff a publié une chronique sur le sujet dans *Psychologie Québec*. Se basant sur la loi précitée, elle soulignait ce qui suit : « Le coroner peut ordonner que le psychologue lui remette son dossier (article 48.1). » Elle précise que le dossier devra contenir les données brutes. Le psychologue doit donc collaborer à l'investigation ou à l'enquête du coroner. Cependant, le coroner et le psychologue ont tous deux des obligations à respecter en vertu de leur propre code de déontologie. Le psychologue doit s'assurer que le dossier se rende effectivement à un coroner. Il veillera à ce que le document supportant l'ordonnance soit crédible et que la signature soit celle du coroner et non celle d'une autre personne. Dans l'examen de l'ordonnance, le psychologue s'assurera que la signature soit authentique et non une photocopie. Le psychologue préférera transmettre au coroner une copie certifiée conforme qu'il pourra transmettre par courrier recommandé avec signature du destinataire. Si le délai est trop court, il peut transmettre l'original du dossier au policier. De plus, dans un souci de confidentialité et de préservation du secret professionnel, le psychologue devra sceller le dossier dans une enveloppe adressée expressément au coroner. Les coordonnées postales du coroner devront apparaître sur l'enveloppe. Le coroner, quant à lui, en vertu de son code de déontologie et de l'article précité (48.1), doit préciser dans son ordonnance le délai et les modalités pour la remise ou la mise à sa disposition du dossier. Il assurera la garde du dossier et le retournera au psychologue lorsqu'il ne sera plus requis. Le psychologue peut joindre au document une lettre stipulant qu'il est ouvert à apporter des précisions sur les notes et les rapports inclus dans le dossier si le coroner juge cela pertinent. Cependant, il ne pourra pas inférer des hypothèses qui ne sont pas inscrites au dossier. Le psychologue s'en tiendra à fournir des précisions quant au contexte de la note ou du rapport.

## \_Bibliographie

Gouvernement du Québec. Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., chapitre C-12).

Gouvernement du Québec. Code de déontologie des coroners (L.R.Q., R-0.2, r.1)

Gouvernement du Québec. Code de déontologie des psychologues (C-26, r.148.1.001).

Gouvernement du Québec. Code des professions (L.R.Q., C-26)

Gouvernement du Québec. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., R-0.2).

Gouvernement du Québec. Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets des psychologues (C-26, r. 221).

Louise Camirand-Duff. « Et si vous receviez une demande du coroner? », *Psychologie Québec*, vol. 18, n° 6, novembre 2001, p. 10.



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

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

**MONTRÉAL: LUNDI, 24 NOVEMBRE 2014**  
**QUÉBEC: LUNDI, 4 MAI 2015**

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



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

**MONTRÉAL: LUNDI, 29 SEPTEMBRE 2014**  
**QUÉBEC: MARDI, 5 MAI 2015**

**QUÉBEC: LUNDI, 17 NOVEMBRE 2014**  
**MONTRÉAL: LUNDI, 20 AVRIL 2015**

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

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

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

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

**MONTRÉAL: Hôtel Best Western, 1240 Rue Drummond (coin Ste-Catherine)**  
**QUÉBEC: Hôtel L'Oiselière, 165 A, Boul. Président Kennedy, Lévis, Québec**

**FRAIS D'INSCRIPTION**

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

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

\*Des démarches sont en cours pour une accréditation de 6 heures de formation continue auprès de l'Ordre des Psychologues du Québec pour ces formations.

## \_NOMINATION

# ROBERT VACHON NOMMÉ SYNDIC À L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES

Le 14 février dernier, les membres du conseil d'administration ont nommé le psychologue Robert Vachon au poste de syndic de l'Ordre des psychologues du Québec. M. Vachon est entré en fonction le 17 mars.

Psychologue depuis 1990, Robert Vachon compte près de 25 ans de pratique à titre de psychologue clinicien et de gestionnaire. Après avoir complété une maîtrise en psychologie de l'Université du Québec à Montréal, il a œuvré en Ontario dans le domaine de la santé mentale adulte comme conseiller, puis comme directeur clinique (1989-1997) ainsi que directeur de campus au Collège Boréal, à Hearst (1997-2001). En 1993, il s'est joint au Collège des psychologues de l'Ontario à titre de *psychological associate* et a offert des services à temps partiel en privé à Hearst et à Kapuskasing. Revenu au Québec en 2001, il a occupé divers postes de gestion au CLSC de Joliette, puis au Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, dont les huit dernières années à titre de coordonnateur à la direction des services multidisciplinaires. Il a alors coordonné une équipe de conseillers cliniques cadres offrant des services de soutien aux équipes et aux gestionnaires cliniques du CSSS. Il a obtenu en 2008 un diplôme d'études supérieures spécialisées en gestion et développement des organisations de l'Université Laval. Il a assumé la gestion de plusieurs projets organisationnels d'importance, dont le projet clinique du CSSS, l'actualisation des dispositions de la loi 21 et le développement et l'actualisation de la politique de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence au travail. Il a récemment mis fin à une pratique privée à temps partiel à la Clinique de psychologie Lanaudière, où il exerçait depuis 2002. Ses priorités de gestion pour le bureau du syndic sont la qualité, l'efficacité et l'efficience des services au regard de la protection du public.



### Rorschach : Formation de base au Système Intégré (Exner)

**Objectifs :** Se familiariser avec l'administration, la cotation et l'interprétation du test de Rorschach selon le Système Intégré d'Exner (enfants, adolescents, adultes).

**Dates :** 19-20 et 26-27 septembre 2014

**Lieu :** Montréal

**Reconnaissance OPQ :** 28 heures

**Tarifs (professionnels) :** 650.00\$ (tx.incl.)

**Tarifs (étudiants) :** 450.00\$ (tx.incl.)

**Niveau :** Débutant / intermédiaire

**Formatrice :** Dre Julie Dauphin, Ph.D., psychologue, pratique à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM) auprès d'une clientèle présentant des troubles sévères (psychose, troubles de la personnalité). Elle est chargée de cours en psychologie clinique à l'Université de Montréal. Elle a été formée au Système Intégré aux États-Unis par B.Ritzler & A.Sciara.

**Informations & Inscriptions :** [www.juliedauphin.ca](http://www.juliedauphin.ca)

# Affaires juridiques

## Bien informer et prévenir les poursuites pour pratique illégale de la psychothérapie



M<sup>e</sup> Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire  
du conseil de discipline

[elorquet@ordrepsy.qc.ca](mailto:elorquet@ordrepsy.qc.ca)

Depuis juin 2012, l'Ordre des psychologues a le mandat exclusif de poursuivre pour pratique illégale de la psychothérapie et pour usurpation du titre de psychothérapeute. Toutefois, avant d'engager des poursuites judiciaires, bien des démarches sont entreprises afin que les personnes se conforment à la nouvelle loi sans que l'on ait recours à l'arsenal juridique.

Ainsi, lorsque nous recevons un signalement ou lorsque nous constatons nous-mêmes qu'une personne contrevient à la loi, notamment dans les annuaires Web, nous intervenons d'abord auprès de cette personne pour l'aviser des nouvelles dispositions législatives. Ensuite, nous effectuons un suivi afin qu'elle fasse une demande de permis de psychothérapeute ou qu'elle cesse d'exercer la psychothérapie ou de s'identifier comme psychothérapeute. Plusieurs de ces dossiers exigent de nombreuses interventions de notre part : lettres, appels téléphoniques, courriels, recherches, validation, mises en demeure. Précisons cependant que plusieurs personnes, une fois informées, se conforment à la loi. Ainsi, sur les 450 dossiers ouverts en pratique illégale, 172 sont fermés, 278 sont toujours actifs et nécessitent au moins une intervention de notre part.

On le sait, plusieurs personnes s'identifient encore comme psychothérapeutes ou affichent leur offre de services sous la rubrique « psychothérapie » dans les différents annuaires Web, alors qu'elles ne sont pas autorisées pour ce faire. En septembre 2013, nous vous informions de notre entente intervenue avec le Groupe Pages Jaunes. Rappelons que cette entente prévoyait que leurs représentants commerciaux informent les clients voulant s'annoncer sous la rubrique « psychothérapie » des exigences de la loi et que de nouvelles rubriques seraient créées à l'intention des personnes qui n'exercent pas la psychothérapie, mais qui, par exemple, font de la relation d'aide et veulent annoncer leurs services dans les Pages jaunes.

Toujours dans la perspective d'agir en amont, nous venons de convenir d'une entente de même nature avec Ourbis, un annuaire Web répertoriant plus de 900 000 entreprises partout au Canada et visité plus de 360 000 fois par mois. Contrairement à la procédure en place au Groupe Pages Jaunes, les personnes voulant afficher leurs services n'ont pas à traiter avec un représentant commercial, car le service est gratuit et les gens s'inscrivent eux-mêmes. Ce service est donc accessible sans intermédiaire.

Nous avons discuté avec un représentant d'Ourbis afin de voir si des moyens technologiques pouvaient être mis en place pour éviter que des personnes, souvent par ignorance de la loi, se placent en

situation d'illégalité. Encore une fois, on doit souligner que c'est avec ouverture d'esprit et professionnalisme que notre demande de collaboration a été accueillie. Ainsi, des mesures ont déjà été mises en place.

Tout d'abord, lorsqu'une personne veut créer une page personnelle afin d'afficher ses services, le texte suivant apparaît au bas de l'écran :

*Saviez-vous que certains titres professionnels sont réservés par la loi?*

*On trouve dans le Code des professions et les lois particulières, comme la loi médicale, une liste de titres professionnels qui sont réservés aux seuls membres des ordres professionnels. Cela signifie qu'une personne qui n'est pas membre d'un ordre ne peut porter l'un de ces titres ou encore laisser croire qu'elle est membre de cet ordre en s'attribuant un titre ou une abréviation similaire. Certaines activités professionnelles sont également réservées aux membres de ces ordres professionnels. Une personne qui contrevient aux dispositions de la loi peut être poursuivie pour pratique illégale et usurpation de titre. Ces agissements constituent des infractions pénales. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à visiter le site Web de l'Office des professions du Québec au [www.opq.gouv.qc.ca](http://www.opq.gouv.qc.ca).*

Ensuite, si la personne tente d'indiquer à sa fiche descriptive la catégorie ou rubrique psychothérapeute ou psychologue (rubriques prédéfinies) le texte ci-dessous apparaît.



Si la personne utilise dans sa description de services un mot clé tel que psychothérapeute, psychothérapie, traitement psychologique, burn-out, dépression, phobie ou détresse psychologique, le texte ci-dessus apparaît également au moment où l'utilisateur sauvegarde son inscription.

Nous espérons qu'avec ce type d'entente, dont le principal objectif est d'informer les personnes du nouveau régime juridique en vigueur au Québec et des conséquences possibles de son non-respect, nous pourrions éviter d'avoir à engager des démarches auprès de personnes qui ignoraient l'existence de la loi.

# Pratique professionnelle

## Propositions de l'Ordre au sujet du plan d'action en santé mentale



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et  
du développement de la pratique

[pdesjardins@ordrepsy.qc.ca](mailto:pdesjardins@ordrepsy.qc.ca)

Comme annoncé dans le numéro de mars 2014 de *Psychologie Québec*, cette chronique propose un résumé des commentaires et propositions que nous avons présentés à la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans la perspective de l'élaboration du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2014-2020.

Faisons d'abord un rappel. Le Dr Réjean Hébert, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a présidé le 28 janvier dernier un forum national d'une journée sur le PASM 2014-2020. Les participants à ce forum devaient réagir à un document de consultation faisant état :

- des principes directeurs en matière de santé mentale;
- de quatre grands thèmes :
  1. le plein exercice de la citoyenneté;
  2. la détection et l'intervention précoce chez les jeunes;
  3. la gamme de services en santé mentale;
  4. les pratiques organisationnelles et cliniques.

L'occasion de ce forum ne nous aura évidemment pas permis de présenter notre position dans l'ensemble, mais nous considérons comme important de soutenir la Direction de la santé mentale dans l'élaboration du PASM, en lui soumettant un document écrit qui détaillait de façon éloquentes nos réactions<sup>1</sup>. Vous en trouverez de grandes lignes dans ce qui suit.

### \_LES PRINCIPES DIRECTEURS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Il est ici question, entre autres, de performance et d'amélioration continue. Nous ne pouvons qu'appuyer les intentions de la Direction de la santé mentale, notamment en ce qui a trait à l'implantation d'une véritable « culture de la mesure ». Pour ce qui est de l'amélioration de la performance, nous recommandons :

- de doter le réseau d'indicateurs simples, concrets et universels permettant la mesure des services mis en place, et ce, sur les plans qualitatif et quantitatif;
- de doter les intervenants d'outils de mesure permettant d'évaluer l'efficacité réelle de leurs interventions, ce que nous privilégions plutôt que de prédéterminer le nombre de rencontres à offrir et l'approche à préconiser.

Pour ce qui est de l'amélioration continue des services, on ne peut ignorer que cela tient aussi à la formation continue des différents intervenants en santé mentale et, sur ce plan, il faut souligner l'effet contre-productif de coupes budgétaires (« loi 100 ») qui sont en vigueur depuis un certain temps déjà dans le réseau de la santé.

### \_LE PLEIN EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ

Cette section fait référence à la mise en place d'une offre de services diversifiée et adaptée, à la prise en compte de savoir expérientiel et au respect des droits des personnes atteintes d'un trouble mental et de leurs proches. Il est question plus précisément d'un environnement qui favorise le rétablissement et des conditions sociales du rétablissement<sup>2</sup>.

#### La place à faire aux organismes communautaires

Il est beaucoup question de l'implication des organismes communautaires, à juste titre d'ailleurs. Cependant, nous considérons qu'on ne devrait pas compter sur eux pour se désengager ou pallier l'absence de services qui doivent être rendus dans le réseau de la santé ou encore pour y orienter les usagers qui ne se « qualifient » pas pour les services offerts dans le réseau de la santé en raison notamment de critères restrictifs appliqués de façon rigide.

Dans un autre ordre d'idées, on doit s'assurer que les intervenants qui œuvrent dans les organismes communautaires répondent aux exigences de formation et de compétence que requièrent les mandats qui leur sont confiés et la clientèle qui se présente à eux, et ce, notamment en prenant en compte la réserve d'activités professionnelles qui découle de la loi 21. La véritable complémentarité des différents réseaux (communautaire, public et privé) passe par cette assurance de compétence des intervenants qui y sont mobilisés.

#### La place aux usagers

Il est vrai qu'il faut donner davantage de place aux usagers, à leurs proches et à leur famille. Ils doivent être en somme sujets plutôt qu'objets de services. Cette place doit cependant être juste. Toute la différence tient au fait non pas de traiter des maladies ou des troubles, mais d'offrir des services à des personnes en besoin. De plus, faire une juste place aux proches et à la famille ne signifie certainement pas de les mettre en position de se substituer aux intervenants et professionnels dans l'exercice de leurs mandats, ni n'implique qu'on les exploite comme ressources palliatives. Leur faire une place, c'est aussi leur offrir soutien et répit, sans quoi ils risquent de s'épuiser.

## Des services résidentiels qui répondent aux besoins des personnes

Nous avons ici attiré l'attention sur le défi particulier d'offrir des ressources résidentielles qui soient adaptées aux adultes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Il y a, pour cette clientèle, de très grands besoins sur ce plan.

## Le soutien des jeunes dans la poursuite de leur cheminement scolaire

On souligne ici l'importance de la complémentarité des services offerts dans le réseau de la santé et dans le réseau de l'éducation. Or, en ce qui concerne les psychologues, trop souvent on confond les mandats cliniques (curatifs, en somme) et les mandats éducatifs, alors que la psychologie scolaire et la psychologie clinique sont deux secteurs de pratique distincts. Bref, le psychologue scolaire et le psychologue clinicien sont complémentaires et ne sont pas interchangeables. Le manque de ressources en santé mentale a trop souvent pour effet que l'on confie des mandats cliniques aux psychologues du réseau de l'éducation, en faisant abstraction des divers mandats et expertises en cause. C'est ce que d'aucuns observent et dénoncent quand ils font le constat de ce qu'ils identifient comme la « médicalisation » des services rendus aux élèves ou étudiants, où des problématiques « normales » risquent d'être abordées comme si elles résultaient de la présence de troubles mentaux qu'il faut d'abord diagnostiquer.

## L'intégration au milieu de travail et le maintien en emploi des personnes qui présentent un trouble mental

Voir à l'intégration au milieu de travail et au maintien en emploi des personnes qui présentent un trouble mental est très certainement un objectif louable, mais il ne faut pas ici faire preuve d'angélisme et minimiser l'impact des troubles mentaux sur les capacités adaptatives de ceux qui en sont affectés. Il faut donc prendre la pleine mesure du défi d'intégrer au travail les personnes qui sont atteintes d'un trouble mental. Comment faire pour considérer l'impact handicapant de certains troubles mentaux tout en ne faisant pas l'autruche et en s'assurant de ne pas ostraciser les gens qui en sont atteints, ni de déstabiliser les milieux de travail ou de « surtaxer » les collègues de travail? La différence dérange, fait peur et c'est sur cela qu'il faut notamment travailler en évitant les prises de position qui s'appuieraient davantage sur la « rectitude politique » que sur la réalité des ressources dont disposent ces usagers, leur entourage, les employeurs et les employés-collègues.

## \_LA DÉTECTION ET L'INTERVENTION PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES

En tout premier lieu, il faut s'assurer d'harmoniser les concepts, de bien distinguer par exemple détection, dépistage et évaluation, et ce, à la lumière de la loi 21. Pour intervenir adéquatement de façon précoce, il faut tirer des conclusions cliniques sur l'état psychologique et mental du jeune afin de recommander les

bons services. Détecter ou dépister ne servent en somme qu'à relever des hypothèses sur la base desquelles l'on peut certes offrir des services d'un certain niveau (stimulation, accompagnement, soutien), dans un contexte préventif notamment, mais pas des traitements à proprement parler. Si l'on ne procède pas à l'évaluation des troubles mentaux, le risque de « faux positifs » ou de « faux négatifs » est grand et la conséquence est l'engagement de ressources qui en fin de compte ne sont ni indiquées ni efficaces.

## \_LA GAMME DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Nous considérons qu'on ne peut aborder la question des services à offrir en santé mentale sans penser à l'accès à la psychothérapie. Or, il semble qu'il soit plus facile de bénéficier de pharmacothérapie que de psychothérapie alors que de nombreuses études démontrent l'efficacité au moins équivalente sinon plus grande des services de psychothérapie et une efficacité accrue quand les deux sont combinées.

Nous croyons de plus que l'objectif d'améliorer l'accès à la psychothérapie serait plus facilement atteint si le réseau de la santé pouvait retenir les services des psychologues qui exercent en pratique privée, à l'instar par exemple des programmes de l'IVAC ou de la CSST. Mais, indépendamment de cela, le défi d'attirer et de retenir des psychologues dans le réseau de la santé mérite qu'on s'y arrête, leur contribution en santé mentale étant essentielle non seulement en matière de psychothérapie, mais aussi pour l'exercice d'autres activités comme l'évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques. Cela renvoie par ailleurs à la pertinence d'intégrer des psychologues dans les groupes de médecine familiale (GMF). À ces égards, il y aurait lieu de donner la parole aux psychologues (comme d'ailleurs aux autres intervenants ou professionnels sur le terrain) afin qu'ils se sentent entendus et interpellés par ce que l'on veut mettre en place, de même que pris en considération avec leurs besoins et leurs intérêts propres.

## La continuité

Afin d'assurer la continuité de services, il faudrait certainement prendre en compte les effets actuels et indésirables de processus successifs de triage et de redirection des usagers. Ces effets peuvent demeurer invisibles dans la mesure où les établissements isolent chaque épisode de soins ou de services pour n'en mesurer que les délais d'attente et les durées de traitement, sans vraiment tenir compte de la trajectoire de services que sont contraints de suivre les usagers. Or, réussir à tirer profit d'une succession d'intervenants en négociant avec succès les deuils et les réinvestissements exigés par chaque changement d'équipe traitante suppose chez les usagers une flexibilité affective et relationnelle dont plusieurs ne disposent pas. *La force des liens*, expression consacrée que l'on associe au PASM, renvoie certainement au caractère intimement personnalisé de l'alliance thérapeutique à développer et à entretenir entre un client donné et un professionnel donné. La référence interétablissements peut être impeccablement réalisée, mais sans de tels liens, les risques de



INSTITUT DE FORMATION  
PSYCHOTHÉRAPIE PAR LE JEU  
AUPRÈS DE L'ENFANT

**Formation de base à la  
psychothérapie par le jeu**

Durée : 24 heures

Les 6 et 20 septembre &  
4 et 18 octobre 2014

**Séminaire sur le diagnostic par le jeu libre  
et relation avec les épreuves projectives  
courantes**

Durée : 24 heures

Les 13 et 27 septembre &  
les 11 et 25 octobre 2014

Ces deux activités sont reconnues pour le programme de formation continue en psychothérapie pour 24 heures chacune.

RENSEIGNEMENTS ET PROCÉDURES D'INSCRIPTION :

[www.psychotherapieparlejeu.com](http://www.psychotherapieparlejeu.com)

## Dans le prolongement de :

Initiation à la pratique psychothérapeutique auprès de l'enfant (Bossé, 2003)

« Pourquoi j'irais chez la psy, maman?... » (Bossé, 2011)

Le mode de fonctionnement affectif de l'enfant (Bossé, 2012)

Évolution de la dynamique affective et accès à l'équilibre (Bossé & Guay, 2013)

## Du même auteur, voici une nouvelle méthode d'analyse du TAT

Pour la liste de prix et une  
description du contenu, consultez :

[www.psychotherapieparlejeu.com](http://www.psychotherapieparlejeu.com)

(onglet Ouvrages)

ou

[www.groupeditions.com](http://www.groupeditions.com)





décrochage sont grands. *La force des liens* implique le traitement de personnes plutôt que de maladies ou de troubles, comme souligné précédemment. De plus, vu sous cet angle, il y a lieu de questionner la philosophie qui soutient un fonctionnement basé sur des *programmes clientèles*, fonctionnement qui a trop souvent pour effet de centrer les efforts sur les éléments d'ordre diagnostique plutôt que sur les personnes, leurs besoins et leurs intérêts.

### La question des données probantes

L'on constate l'existence d'une certaine confusion, relativement répandue, entre le concept des traitements soutenus empiriquement (TSE; en anglais : *empirically supported treatments*) et celui des pratiques fondées sur les données probantes (PFDP; en anglais : *evidence-based practice*). Les TSE font partie des PFDP, mais n'en rendent pas totalement compte, puisque la recherche qui est associée aux premiers ne porte souvent que sur les approches à préconiser ou les techniques à utiliser. En effet, la littérature scientifique fait état de nombreuses recherches sur l'efficacité d'un traitement basé sur une approche en particulier, efficacité que l'on cherche à associer à une problématique bien circonscrite ou à un diagnostic particulier (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale [TCC] pour le traitement de la dépression)<sup>3</sup>. Ces données doivent certainement contribuer à orienter l'offre de services, dans la mesure où on a là une certaine assurance d'efficacité. Sauf que les données probantes, considérées dans leur ensemble, permettent de connaître l'impact sur l'efficacité des services offerts en santé mentale de nombreuses autres variables que le seul traitement ou le seul diagnostic. Pensons par exemple aux variables liées au client (la demande, les besoins, les intérêts, le contexte de vie, les éléments culturels, etc.), qui ont entre autres un impact sur l'observance, à celles liées aux caractéristiques du psychothérapeute, à l'alliance thérapeutique. L'impact de ces variables sur l'issue du traitement est tout aussi, sinon plus, considérable que celui de la variable liée aux techniques ou aux approches utilisées.

La littérature scientifique sur ces autres variables est abondante et non moins probante et il est déplorable et préjudiciable qu'on s'y réfère aussi peu. Il nous apparaît en effet que de se restreindre aux TSE procède d'un certain aveuglement et qu'écarter tout un pan de la recherche ne témoigne pas d'un véritable positionnement scientifique. Le PASM doit mettre au centre de ses préoccupations la clientèle en santé mentale et il est de première importance, si on cherche des données probantes, de partir du point de vue des personnes atteintes et de se demander ce que toute la recherche et la réalité du terrain démontrent en matière d'efficacité, non pas l'inverse qui consiste à se centrer sur des approches et des diagnostics au détriment parfois de la clientèle et des intervenants ou professionnels impliqués. C'est d'ailleurs en lien avec notre recommandation de doter les intervenants d'outils de mesure permettant d'évaluer l'efficacité réelle de leurs interventions.

## \_LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET CLINIQUES

L'une des questions soulevées ici concerne le soutien des gestionnaires et des intervenants en santé mentale dans le développement et le maintien des bonnes pratiques. Nous sommes d'avis à cet égard que cela ne va pas sans le développement et le maintien des compétences qui, dans le réseau, sont affectés par les politiques budgétaires. Il faut par ailleurs ouvrir les frontières des établissements pour donner libre accès à tous les intervenants et professionnels aux bons superviseurs et formateurs. Il faut voir aussi à soutenir l'identité professionnelle et à cibler des activités de formation qui permettent le maintien et le développement de compétences spécifiques auxquelles renvoie le travail en équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire.

## \_NOS CONCLUSIONS

Le document qui nous a été soumis pour consultation témoigne à notre avis d'un regard lucide sur les enjeux relatifs à la santé mentale. Dans l'ensemble, nous adhérons aux valeurs et aux orientations qu'on y trouve. Nous sommes conscients que les ressources ne sont pas illimitées et que les choix à faire sont difficiles, mais il demeure que ce sont les moyens qui seront retenus qui feront véritablement foi de tout. Nous avons espoir que soit enfin reconnu l'ensemble des traitements, dont la psychothérapie, et que cette reconnaissance se traduise par une offre de services qui mobilise différents intervenants et professionnels qui collaborent et agissent en complémentarité; une offre de services accessibles, dispensés au moment opportun, à l'endroit souhaité, pour la durée requise et qui tient compte de la demande et des besoins réels des usagers, peu importe qu'ils aient ou non des moyens financiers; une offre de services qui tire profit de la loi 21 et la respecte.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à lire le document que nous avons remis à la direction de la santé mentale et qui se trouve dans le site de l'Ordre au [www.ordrepsy.qc.ca/ForumPASM2014](http://www.ordrepsy.qc.ca/ForumPASM2014).

## \_Notes

- 1 Ce document s'intitule : *Document présenté à la Direction de la santé mentale du Québec dans la foulée du Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020*. Il se trouve dans le site Web de l'Ordre à l'adresse URL suivante : [www.ordrepsy.qc.ca/ForumPASM2014](http://www.ordrepsy.qc.ca/ForumPASM2014)
- 2 Les portions en italique sont des extraits du document de consultation dont il est fait mention précédemment.
- 3 Cette façon d'aborder les soins, cette volonté d'identifier un traitement efficace pour une maladie présente certaines affinités avec la culture médicale, mais elle isole des variables qui dans les faits ne peuvent être dissociées.

# Pour votre formation continue, faites d'EspecePsy votre allié!

EspecePsy est un portail Web facile à utiliser qui vous permet de rendre compte de toutes vos activités de formation continue suivies, que ce soit en psychothérapie ou dans un autre domaine, à l'Ordre des psychologues. EspecePsy vous permet également de connaître le nombre d'heures de formation continue en psychothérapie que vous devez accomplir pour satisfaire votre obligation, de suivre l'évolution de vos heures accomplies et de faire une demande de dispense pour la formation continue en psychothérapie.

## \_L'OBLIGATION DE FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE : RANGEZ VOTRE CALCULATRICE!

Tous ont compris qu'il faut recueillir 90 heures de formation continue en psychothérapie sur cinq ans, mais lorsqu'il est question de supervision, de lectures, de formations hors Québec, il est parfois difficile de s'y retrouver! La « période de référence », qui s'échelonne de juin 2012 à juin 2017, est la même pour tous et, pourtant, les obligations diffèrent selon les situations. Par exemple, si vous avez reçu votre permis en juin 2013, vos heures prescrites seront ajustées au prorata des quatre années restantes à la période de référence. EspecePsy calcule automatiquement votre obligation et les maximums autorisés par type d'activités.

## \_UN SURVOL D'ESPECEPSY

EspecePsy est accessible à partir de la section sur la formation continue dans le site Web de l'Ordre. Vous pouvez aussi y accéder à l'adresse [espacepsy.ordrepsy.qc.ca](http://espacepsy.ordrepsy.qc.ca).

Pour vous connecter au portail, vous devrez entrer votre numéro de permis et le mot de passe que vous utilisez pour vous connecter à la zone sécurisée du site Web de l'Ordre. Voici un survol où chaque numéro correspond à ceux inscrits sur les images de la page 19.

## \_LA PAGE D'ACCUEIL

- 1 En cliquant ici, vous ouvrirez un nouvel onglet qui vous mènera à la section de la formation continue obligatoire en psychothérapie sur le site Web de l'Ordre. Vous pourrez y consulter les critères de reconnaissance et les divers paramètres en lien avec l'obligation.
- 2 Le tutoriel est une vidéo qui vous explique en détail toute l'information se trouvant sur cette page d'accueil. Il est conseillé de consulter cette vidéo dès votre arrivée dans EspecePsy.
- 3 Toutes les heures inscrites à votre profil sont personnalisées à votre situation. Il s'agit de votre prescription de formation continue en psychothérapie pour la période de référence (juin 2012 à juin 2017).
- 4 Le maximum d'heures en lecture est calculé au prorata de votre déclaration d'exercice de la psychothérapie.
- 5 Le bilan de la formation vous informe de vos heures reconnues et de vos heures réelles. Lorsque les heures reconnues ont atteint le maximum autorisé (par exemple, en lecture), les heures excédantes sont ajoutées uniquement aux heures réelles.

## ACTIVITÉS ADMISSIBLES NON INCLUSES AU PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

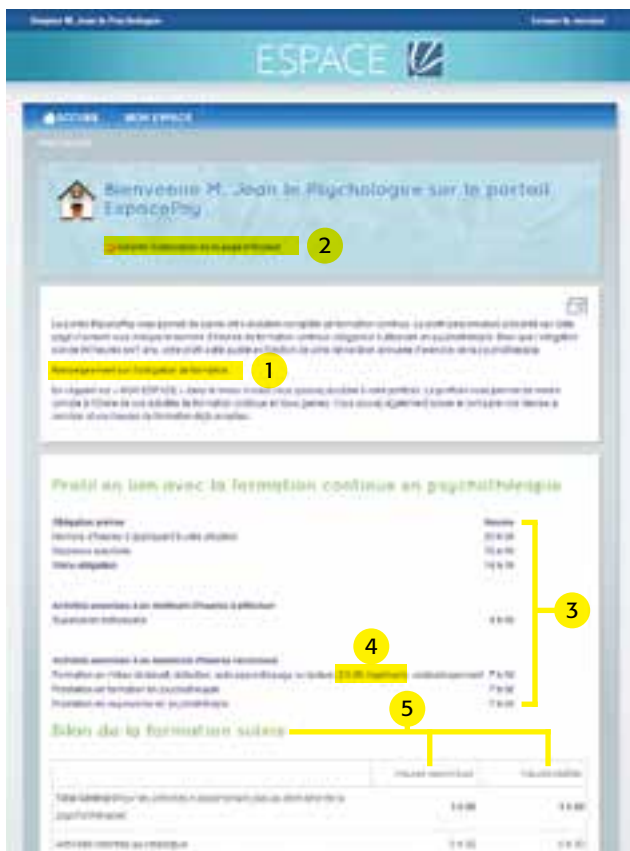
ACTIVITÉS	TOTAL D'HEURES APPLICABLES PAR PÉRIODE DE RÉFÉRENCE	
Cours universitaires	90 heures	
Formation hors Québec		
Supervision de psychothérapie ( <b>minimum de 5 heures en supervision individuelle</b> )		
Prestation de formation		<b>Maximum de 45 heures applicables</b>
Prestation de supervision		<b>Maximum de 45 heures applicables</b>
Formation en milieu de travail		<b>Maximum de 45 heures applicables</b>
Rédaction d'articles ou de chapitres scientifiques		
Lectures ( <b>maximum de 10 heures applicables</b> )		
Codéveloppement		

## \_LE SOMMAIRE DES ACTIVITÉS

- 6 En cliquant sur l'onglet Mon Espace, vous aurez plusieurs choix possibles : sommaire des activités, ajouter une activité, faire une demande de dispense.
- 7 En consultant le tutoriel du portfolio, vous obtiendrez toutes les procédures pour comprendre le sommaire des activités et pour ajouter des activités. Il est fortement conseillé de visionner le tutoriel dès votre première navigation.
- 8 La période de référence de cinq ans se décline par année dans le sommaire. Vous retrouverez les activités inscrites en cliquant sur « Consulter mes activités » de l'année à laquelle elles ont été suivies.
- 9 Le nombre d'heures relié à l'objectif correspond à votre obligation de formation continue en psychothérapie.

## \_UN OUTIL POUR VOUS... ET POUR L'ORDRE

L'Ordre vous encourage à utiliser régulièrement cet outil pour dresser le bilan de votre formation suivie, et ce, dans tous les secteurs de pratique. Idéalement, vos activités de formation continue devraient y être intégrées chaque année.



## \_LA DEMANDE DE DISPENSE EN QUELQUES CLICS

Demander une dispense de formation continue en psychothérapie est facile et rapide à partir d'EspacePsy. Lorsque vous remplirez un court formulaire dans la section Mon Espace, le secrétariat général en sera automatiquement informé et vous recevrez une réponse à la suite de la prochaine réunion du comité exécutif.

Les tutoriels sont là pour vous aider! Cherchez le pictogramme en début de page Web et consultez-les!

[espacepsy.ordrepsy.qc.ca](http://espacepsy.ordrepsy.qc.ca)



# Portrait Mythes et réalités sur les troubles alimentaires avec le Dr Howard Steiger, psychologue

Chef du programme des troubles de l'alimentation à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et professeur titulaire en psychiatrie à l'Université McGill, le Dr Howard Steiger dresse un portrait des connaissances dans un champ de recherche et d'intervention où les paradigmes se sont profondément modifiés depuis le début de sa carrière, il y a 27 ans.

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

S'ils ont longtemps été perçus comme un produit des pressions socioculturelles, les troubles de l'alimentation sont maintenant considérés par les chercheurs comme très héréditaires. « Les personnes ne développent pas ces troubles par manque de force de caractère ou par le fait qu'elles sont capricieuses, superficielles ou trop axées sur l'apparence, explique le Dr Steiger. Elles les développent parce que des vulnérabilités véritables sont allumées par les pressions environnementales, dont celle vers la minceur. »

## \_À QUI LA FAUTE?

« Quand j'ai commencé, on pointait du doigt les mères et les familles pour expliquer les causes des troubles alimentaires », relate le Dr Steiger. Il cite la « parentectomie », traitement parfois préconisé à l'époque, qui consistait à sauver l'enfant de l'emprise nocive des parents. Le terme est lourd de sens. « C'était culpabilisant pour les parents, qui se demandaient ce qu'ils avaient fait de mal ou qui se blâmaient d'avoir fait suivre un régime alimentaire à leur fille de 7 ans. »

Les recherches contemporaines mettent plutôt en évidence la conjonction complexe entre les vulnérabilités constitutionnelles – portées par la personne ou développées à travers son expérience – et les pressions environnementales. Aujourd'hui, le Dr Steiger considère que la personne traitée fait face à un désordre externe qui la dépasse. « La famille doit être renseignée sur le fait qu'on est là pour aider une personne à maîtriser une peur plus grande qu'elle. »

## \_PETITE LEÇON D'ÉPIGÉNÉTIQUE

Le Dr Steiger s'est intéressé aux traits de personnalité, puis aux indicateurs biologiques, neurobiologiques et génétiques pouvant jouer un rôle dans l'étiologie des troubles. Ces derniers temps, l'épigénétique est au cœur des travaux menés par son équipe. *Épi* signifie au-dessus. On parle donc des processus qui contrôlent l'expression des gènes. Car, précise le professeur, un gène n'est pas déterminant en lui-même : comme un interrupteur en position marche ou arrêt, il doit être soit activé ou désactivé. Le génome est fixe, mais l'épigénome fluctue sans cesse.

La méthylation – processus par lequel les molécules de méthyle fusionnent avec le génome – est un marqueur de ces processus. « L'effet principal de la méthylation est d'éteindre les gènes », explique le Dr Steiger. Ce type de recherche met en lumière la mécanique de déclenchement des vulnérabilités. « On découvre que l'état nutritionnel est un facteur épigénétique très important.

Comme certains nutriments sont des donateurs de méthyle, une personne privée de ceux-ci va altérer la répartition de la méthylation sur le génome. »

Le Dr Steiger cite des données suggérant que, chez les femmes boulimiques, s'il y a une instabilité émotionnelle importante – particulièrement chez celles qui ont subi des traumatismes dans l'enfance – on voit plus de méthylation sur des gènes responsables de l'accommodation au stress, à l'humeur et à l'impulsivité. En d'autres mots, leurs capacités d'adaptation sont amoindries. Fait intéressant : « des études semblent indiquer que la psychothérapie peut entraîner une normalisation des anomalies épigénétiques ou, à tout le moins, nous observons des marqueurs physiologiques d'un certain ajustement de l'état de détresse de la personne. »

## \_LA PEUR DES CHIENS

« La personne souffrant d'un trouble alimentaire a une phobie massive de la prise de poids ou de la perte de contrôle sur la prise de poids », explique le Dr Steiger, qui soutient que, contrairement à la croyance populaire, la personne atteinte d'anorexie nerveuse réalise que sa conduite est nocive pour sa santé. « Elle sait qu'elle est maigre et qu'elle devrait changer, mais c'est tellement pénible pour elle de le faire. » Quelques bouchées, décrit-il, entraînent pour certaines une journée de ruminations intenses. D'où certains choix : « une fille qui a un examen préférera ne pas manger pour éviter d'être déconcentrée. »

Bref, manger équivaut à souffrir. « Elle se sent grosse et a un dédain pour elle-même. Elle a peur d'où cela pourrait la mener. » Or, si la plupart des gens sont empathiques devant quelqu'un qui a la phobie des chiens, une anorexique n'a pas toujours droit à la même compréhension, observe le Dr Steiger. « Personne ne songerait à lancer quelqu'un qui a la phobie des chiens dans une pièce pleine de dobermans! » À Douglas, il arrive que des intervenants demandent à leurs patientes : « as-tu flatté le chien aujourd'hui? » Cette question signifie : « as-tu mangé trois repas? » ou « as-tu utilisé les repas comme exposition à une chose dont tu as peur et que tu as besoin de maîtriser? ».

Ce n'est pas en forçant la personne à manger qu'on l'aide, insiste le Dr Steiger, c'est en aidant la personne à développer une sécurité autour de l'alimentation.

## \_LES FEMMES, LES HOMMES ET LE POIDS

L'association femme et trouble de l'alimentation n'est pas un mythe : la population la plus à risque est celle des jeunes femmes de 12 à 30 ans, confirme le spécialiste. En général, 1 % d'entre elles souffrent d'anorexie nerveuse et 2 % de boulimie. Il précise que pour l'anorexie nerveuse, 1 homme pour 10 femmes en est touché; c'est 2 ou 3 hommes pour 10 femmes pour la boulimie.

Cela dit, la boulimie serait actuellement en croissance chez les hommes. Bien que les problèmes alimentaires touchent un groupe de population très hétérogène, la boulimie est un peu plus associée aux groupes plus défavorisés, ajoute le spécialiste.

Certains traits ressortent chez les personnes souffrant d'anorexie nerveuse dans sa forme restrictive – sans boulimie et sans purge : « tendances perfectionnistes, désir de contrôle, préférences pour l'ordre, inhibition émotionnelle. » Ces traits sont associés au risque en partie à cause de l'hérédité et de l'apprentissage, explique le psychologue, mais la dénutrition amplifie l'obsessionnalité et la compulsivité : « une personne qui avait déjà ces tendances les verra s'accroître avec la dénutrition. »

L'imagerie cérébrale tend selon lui à confirmer ces observations : « l'anorexie est associée à une inhibition excessive au niveau frontal et à une dérégulation dans la région de l'insula. À l'inverse, la boulimie est plutôt associée à une hypofrontalité – soit à un manque d'inhibition frontale, une impulsivité. »

## \_DSM-5 : LA CONFIRMATION D'UN PROBLÈME PRÉOCCUPANT

Le DSM-5 officialise un diagnostic provisoire du DSM-IV appelé l'hyperphagie boulimique, qui s'observe par des épisodes d'orgies alimentaires à répétition et sans compensation – donc sans vomissement ou jeûnes – amenant la personne à se rendre obèse. La honte est l'un des symptômes qui y sont associés : « la personne mange en clandestinité. »

Une récente étude épidémiologique menée auprès de femmes adultes âgées de 20 à 40 ans par le Dr Steiger et la Dre Lise Gauvin indique une prévalence de 3,8 %. Ce trouble atteindrait plus souvent des personnes dans la quarantaine, dans une proportion de deux hommes pour trois femmes. Selon le Dr Steiger, il recèlerait une composante psychologique importante : problèmes d'ajustement



Dr Howard Steiger, psychologue

émotionnel, instabilité affective, problème de contrôle des pulsions. Pour le moment, les spécialistes de Douglas ne traitent pas de patients atteints d'hyperphagie.

## \_PULSION DE MORT?

Plusieurs s'imaginent qu'une tendance suicidaire se cache derrière des conduites alimentaires dangereuses. « On peut devenir suicidaire quand on a l'anorexie nerveuse comme on peut devenir suicidaire dans n'importe quel autre contexte », recadre le Dr Steiger. Selon lui, l'objectif des personnes anorexiques n'est pas de mourir, il s'agit plutôt d'un effort mal guidé et désespéré de se sentir bien. « C'est très important pour les thérapeutes de reconnaître ça », ajoute-t-il.

L'anorexie nerveuse, rappelle-t-il néanmoins, a le taux de mortalité le plus élevé de tous les troubles de santé mentale. Actuellement, une personne qui souffre d'anorexie sur une période de 10 ans a un risque de 5 % d'en mourir, confirme le Dr Steiger en précisant que la cause de décès est souvent la crise cardiaque soudaine causée par l'hypokaliémie – la chute du taux de potassium à un niveau trop faible.

## \_ÉVITER L'ICEBERG

Certains des comportements adoptés par les personnes anorexiques ou boulimiques pour gérer leur anxiété et minimiser leur poids causent l'hypokaliémie, comme se faire vomir régulièrement ou se sous-alimenter intensément, explique le psychologue.

Ces personnes, dit-il, ont besoin de situer les limites auxquelles on établit une dangerosité. Le but est de créer une forme d'alliance sur la maîtrise des comportements qui causent l'hypokaliémie. « Si on était tous les deux dans un bateau, on essaierait de naviguer de manière à ne pas frapper l'iceberg. Il faut non seulement savoir où est l'iceberg, mais savoir quelles sont les indications du risque de ne plus pouvoir tourner assez rapidement. »

### \_COPILOTE AU LIEU DE POLICIER

En matière de traitement, le Dr Steiger est formel : « le modèle coercitif ne fonctionne pas. Il n'y a aucune donnée probante pouvant suggérer que le fait de forcer une personne à prendre du poids quand elle n'est pas prête accélère l'issue du trouble alimentaire. »

Appuyée sur les données probantes et la transdisciplinarité, l'approche de Douglas vise à adopter une attitude résolument non autoritaire, décrit le chef du programme. Dans l'esprit de l'approche motivationnelle, les intervenants – ils sont une vingtaine – cherchent à mobiliser le désir autonome des patients au lieu de les contraindre. « On ne joue pas un rôle de police du poids; on aide les patients à explorer les croyances qui sous-tendent leurs décisions et à réévaluer leurs peurs. »

### \_CE QUE LES CLINICIENS EN PREMIÈRE LIGNE PEUVENT FAIRE

« Tous les cliniciens peuvent devenir de bons intervenants pour les troubles alimentaires », insiste le spécialiste. Or, parce que ces troubles sont perçus – à juste titre – comme étant graves, cela génère une certaine anxiété chez les intervenants, observe-t-il. Mais il précise que c'est la minorité des patients qui est vraiment à risque. Selon lui, tous les cliniciens devraient connaître les principaux signes de danger : perte de poids rapide, débalancement électrolytique, bradycardie – le cœur qui bat trop lentement –, hypokaliémie, faiblesses ou pertes de conscience.

La collaboration avec le médecin généraliste est indispensable : « le psychologue doit établir un lien collaboratif avec le patient de sorte que la personne coopérera en allant consulter son médecin. » L'obtention du rapport médical permettra au clinicien de savoir si la personne est en situation de risque, « le tout étant fait dans la transparence sur ce qu'on fait et pourquoi on le fait », indique Howard Steiger. Les intervenants de Douglas offrent de la formation sur l'évaluation des risques et l'intervention initiale. Un résultat évident de ce transfert de connaissance vers la première ligne est la diminution de la très longue liste d'attente au programme de Douglas – un des premiers et des seuls centres spécialisés au Québec pour la clientèle adulte.

### \_REPRENDRE CONTACT

Typiquement, une patiente traitée à Douglas est d'abord suivie en externe et participe à des thérapies de groupe, des suivis

individuels, des consultations nutritionnelles. En moyenne, près de 170 personnes sont suivies à la fois. Si cette étape ne fonctionne pas, l'hôpital de jour peut être envisagé : on y admet 15 personnes qui bénéficient d'un traitement plus intensif quatre jours par semaine. Les personnes préparent les repas et mangent ensemble. « Certaines n'ont pas cuisiné depuis 10 ans », illustre le Dr Steiger.

Au besoin, une unité interne de six places est disponible et le Dr Steiger espère pouvoir ajouter des lits pour mieux répondre au besoin. Il précise que son équipe et lui font tout leur possible pour éviter les hospitalisations involontaires. « Il y a des années qu'on ne l'a pas fait. On veut accueillir les gens quand ils sont prêts. »

### \_EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

De l'avis du Dr Steiger, la réponse au traitement dans le cas de la boulimie est définitivement bonne, et ce, même pour les traitements de courte durée. « Dans des suivis à long terme, 75 % des personnes sont complètement rétablies », ajoute-t-il. L'issue du traitement pour l'anorexie nerveuse est un peu moins favorable, quoique des études à long terme – p. ex. sur 30 ans – semblent indiquer un portrait plus favorable. « Il faut du temps pour s'en sortir », résume le chercheur.

Les facteurs de réponse au traitement sont encore méconnus. « En général, 50 % des personnes anorexiques traitées auront un bon ajustement. La plupart demeurent préoccupées par l'image corporelle, mais vont mieux sur le plan du poids, de l'humeur et des relations. » Comme pour la toxicomanie, les périodes de retours de symptômes font partie du changement : 20 % des personnes hospitalisées pour anorexie feront une rechute dans les deux années suivantes, mais les récurrences diminuent avec le nombre de rechutes, la personne développant chaque fois de nouvelles habiletés pour composer avec sa situation, explique le spécialiste.

Le Dr Steiger est fier de souligner que les résultats obtenus dans leur programme équivalent aux meilleurs résultats publiés dans la littérature. La triade « clinique-recherche-enseignement » mise de l'avant à Douglas n'y est, selon lui, pas étrangère. « Je ne me contente pas que nous ayons lu le plus récent *textbook*; je veux que nous soyons en train d'écrire le prochain! »

### \_ET INTERNET DANS TOUT ÇA?

Si le Dr Steiger apprécie le côté pratique des nouvelles technologies et d'Internet – dont un contact plus facile avec ses patients –, il est bien placé pour en percevoir les côtés nocifs. « On trouve des sites *pro-ana* qui encouragent les femmes à être de bonnes anorexiques en donnant des conseils sur comment ne pas manger, comment ne pas se laisser influencer, etc. »

Mais ces sites n'atteignent peut-être pas leur cible, note-t-il : « Peu après leur implication dans le traitement, la plupart des patientes ont un dégoût incroyable pour ces sites. Elles y voient

l'expression du côté malade des gens qui ont des troubles de l'alimentation et qui sont pris dans les grappes d'un système de pensée très puissant. »

## \_RETENIR SON SOUFFLE

On entend souvent que l'anorexie est le produit de notre culte de la minceur, mais il semble que c'est plutôt la boulimie qui est en croissance dans les sociétés où cette pression est omniprésente, constate le Dr Steiger. Il note que l'anorexie existait de tout temps et qu'elle se manifeste dans toutes les régions du monde.

À ses yeux, les pertes de contrôle sur l'appétit ou encore l'alimentation compulsive liées à la boulimie sont des réponses « normales » à la restriction calorique excessive. « C'est comme retenir son souffle... jusqu'à devoir reprendre une grande inspiration dans l'urgence. » L'effet de la privation est clair : « moins manger provoque immédiatement une réduction dans l'activité sérotoninergique », soutient le Dr Steiger. Il suggère la prudence afin de ne pas surdiagnostiquer les personnes actives dans des troubles alimentaires, par exemple leur apposer une étiquette de dépression, de TOC, ou de troubles de personnalité, alors qu'en réalité les symptômes notés sont secondaires à l'altération importante de fonctionnement causée par la dénutrition.

Et attention, les antidépresseurs basés sur la recapture de la sérotonine fonctionneraient mal avec les personnes très dénutries : « difficile de recapturer ce qui n'est pas là... Le seul médicament dont la personne a toujours besoin, c'est la bouffe. »

## \_L'AUTRE « CHARTE »

« Ce n'est pas le seul facteur, mais si on pouvait réduire les pressions socioculturelles vers la minceur, on réduirait l'incidence

d'anorexie et de boulimie », affirme le spécialiste. Selon lui, il est impossible de développer un trouble alimentaire sans se soumettre à une restriction calorique : « un environnement qui favorise ce type de comportement va activer les vulnérabilités. »

En mars 2009, dans la foulée de démarches entreprises par des jeunes, un comité de travail mis sur pied par le gouvernement a eu le mandat de rédiger une charte d'engagement volontaire visant à promouvoir une image corporelle saine et diversifiée. Le Dr Steiger a été invité à y travailler. « Notre objectif était de rejoindre les gens influents dans les industries qui produisent des images dans les milieux de la mode, de la télé, etc. Nous avons formé un comité d'une trentaine de personnes et, sans être coercitifs, nous avons sollicité leur implication pour favoriser des conduites alimentaires sécuritaires. Comme conduire sans ceinture de sécurité, faire un régime est un comportement dangereux, et faire croire aux gens qu'ils devraient être plus maigres qu'ils le sont est très nocif. »

De ces travaux ont découlé des initiatives comme des engagements de certains magazines de mode, mais aussi d'autres projets, dont des ateliers de prévention destinés aux mannequins. « L'objectif n'est pas de rendre la minceur illégale, mais de laisser de l'espace pour la diversité », conclut le Dr Steiger.

## Adresses utiles

Le Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas offre des ateliers avec la possibilité de supervision continue aux professionnels du réseau de la santé du Québec : [www.douglas.qc.ca/section/troubles-de-l-alimentation-146](http://www.douglas.qc.ca/section/troubles-de-l-alimentation-146)

Anorexie et boulimie Québec (ANEB Québec) : [www.anebquebec.com](http://www.anebquebec.com)

Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée : [qc.ca/index.php?id=363](http://qc.ca/index.php?id=363)

## \_SERVICE D'INTERVENTION D'URGENCE POUR LES PSYCHOLOGUES

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

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

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ce service, visitez le site Web [www.ordrepsy.qc.ca/membres](http://www.ordrepsy.qc.ca/membres).

CERTIFICAT DE 2<sup>e</sup> CYCLE

UNIVERSITÉ McGill  
Faculté de médecine

### Traitement de la douleur chronique

Offert en français ou en anglais

**En ligne!**

Ce programme de formation post-professionnelle offert en ligne a été conçu pour des professionnels de la santé dont l'emploi du temps est déjà chargé et qui proviennent de divers domaines incluant :

- Médecine
- Soins infirmiers
- Psychologie
- Ergothérapie
- Pharmacologie
- Autres disciplines
- Physiothérapie

Pour plus d'informations sur les cours, les avantages et les témoignages, veuillez visiter [www.mcgill.ca/spot/fr](http://www.mcgill.ca/spot/fr)

École de Physiothérapie et d'Ergothérapie



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

Documentation disponible  
en ligne ou sur demande

Institut Victoria

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

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

VISITEZ NOTRE SITE WEB !  
[www.institut-victoria.ca](http://www.institut-victoria.ca)

## PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

### ► NOUVELLE FORMATION

- **Troubles de la personnalité : atelier d'intégration des outils d'intervention (9 heures)**

**Montréal** 260 \$ (taxes incluses)  
Groupe B les 30 et 31 mai 2014

### ► FORMATIONS 2014-2015

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
Groupe C les 5 et 6 juin 2014  
Groupe A les 27 et 28 novembre 2014

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 29 et 30 janvier 2015

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

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

**Québec** 380 \$ (taxes incluses)  
les 23 et 24 octobre 2014

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 16 et 17 octobre 2014

**Sherbrooke** 380 \$ (taxes incluses)  
les 22 et 23 mai 2014

**Québec** 380 \$ (taxes incluses)  
les 12 et 13 juin 2014

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

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

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



# Les outils de formation continue vus par les utilisateurs

**Yves Martineau, psychologue, conseiller à la formation continue**

Dix-huit mois après l'entrée en vigueur des dispositions légales relatives à la psychothérapie, dont celles liées à l'obligation de formation continue, le temps était venu de prendre un certain recul, notamment par rapport au processus de reconnaissance des activités de formation continue, aux outils mis à la disposition des dispensateurs, des psychologues et des titulaires du permis de psychothérapeute (ci-après « psychothérapeutes ») et sur la satisfaction des uns et des autres. Voici un résumé des résultats des deux courts sondages que nous avons menés à cet effet au tout début de l'année.

## LA CLIENTÈLE VISÉE PAR LES SONDAGES ET LE TAUX DE PARTICIPATION

Nous avons préparé deux questionnaires distincts, puisqu'il s'agissait de sonder, d'une part, les dispensateurs d'activités de formation continue et, d'autre part, les psychologues et les psychothérapeutes. Ont participé à l'un et à l'autre de ces sondages 62 dispensateurs, soit 25 % de ceux qui nous ont adressé une demande de reconnaissance d'une activité de formation continue, et 752 psychologues et psychothérapeutes, soit 8 % de ceux qui exercent la psychothérapie, excluant les médecins. Les deux sondages comportaient des questions précises et quelques questions ouvertes qui ont généré un très grand nombre de commentaires, de réactions et de suggestions dont nous ne pouvons rendre compte ici, mais que nous prenons déjà en considération.

## LES DISPENSATEURS

Les questions que nous avons posées aux dispensateurs concernaient les points suivants :

1. l'information générale nécessaire à la soumission d'une demande de reconnaissance;
2. la soumission de la demande de reconnaissance;
3. le traitement de la demande de reconnaissance;
4. le catalogue des activités de formation continue.

### 1. L'information générale nécessaire à la soumission d'une demande de reconnaissance

Alors que 5 %<sup>1</sup> des répondants n'ont pas consulté l'information disponible dans le site Web de l'Ordre, près de 82 % de ceux qui l'ont fait considèrent que le site contient les informations nécessaires pour bien compléter la demande de reconnaissance. À peine un peu plus de 1 % ne sont pas de cet avis.

### 2. La soumission de la demande de reconnaissance

L'Ordre a élaboré un guide relativement détaillé pour aider les dispensateurs dans leur démarche de demande de reconnaissance. Près de 8 % des répondants n'y ont pas eu recours. Le sondage indique toutefois que le guide répond aux besoins de la majorité des dispensateurs et qu'il leur facilite la tâche au moment de présenter leurs demandes.

Par ailleurs, même si la majorité des dispensateurs estiment que le formulaire est facile à utiliser, nous savons que la version électronique pose problème, ce qui a d'ailleurs été relevé par les répondants. Une firme de consultants externes y travaille actuellement.

### 3. Le traitement de la demande de reconnaissance

Cette partie du sondage porte plus spécifiquement sur les questions de délai et sur les échanges entre les dispensateurs et les personnes responsables, à l'Ordre, de procéder à la reconnaissance des activités de formation continue.

En ce qui concerne les délais, il faut d'abord mentionner que les premières demandes de reconnaissance nous ont été adressées à l'automne 2012 et, à ce jour, soit près de 18 mois plus tard, l'Ordre a reconnu plus de 800 activités de formation continue, pour une moyenne d'environ 11 par semaine, ce qui témoigne d'un rythme de travail plutôt bon. Les répondants au sondage sont en majorité d'accord avec cette conclusion, puisque près de 75 % considèrent le délai de traitement approprié. Mais 16 % soutiennent l'inverse. Pour une bonne part, la longueur des délais était attribuable au fait que les dispensateurs n'étaient pas parfaitement au fait de ce qu'il fallait donner comme information, de sorte que les responsables de la reconnaissance ont dû, pour compléter leur analyse, les relancer parfois à plus d'une reprise. Enfin, on constate aujourd'hui que les délais tendent à raccourcir au fur et à mesure que les dispensateurs et les responsables de la reconnaissance s'approprient le processus.

Pour ce qui est de la communication entre les dispensateurs et les responsables de la formation continue à l'Ordre, 90 % des répondants qui se sont adressés à l'Ordre pour obtenir de l'information sur le traitement de leur demande sont satisfaits des réponses qu'ils ont obtenues, contre un peu moins de 8 % qui ne le sont pas. Par ailleurs, les responsables de l'Ordre ont eu à communiquer avec 86 % des répondants pour obtenir des précisions sur leur demande de reconnaissance ou encore pour la modifier. Parmi eux, 75 % constatent que cela a eu pour effet d'améliorer la qualité de la présentation de l'activité de formation continue.

Enfin, eu égard à l'ensemble des services offerts aux dispensateurs, 77 % des répondants ont dit l'avoir apprécié, contre 8 % qui disent le contraire.

Si ces chiffres sont rassurants dans leur ensemble, il demeure qu'il y a des insatisfactions qu'il faut bien comprendre pour améliorer nos façons de faire. Certaines sont de l'ordre de la perception et nous croyons à cet égard qu'il faut mieux expliquer le processus de reconnaissance, ce à quoi nous nous employons déjà.

### 4. Le catalogue des activités de formation continue

Le catalogue des activités de formation continue est à la fois une vitrine où sont exposées entre autres les activités de formation continue constituant le programme de l'Ordre en la matière et un outil pour les psychologues et les psychothérapeutes désireux de développer leurs compétences. Il nous a fallu créer de toutes pièces ce catalogue et nous mettons tout en œuvre pour améliorer ses fonctionnalités.

En premier lieu, en ce qui a trait à l'utilisation du catalogue, on constate que 6 % des dispensateurs répondants ne l'ont pas consulté. Parmi ceux qui l'ont fait, 60 % considèrent que le catalogue est facile d'utilisation, contre 13 % qui affirment le contraire. Il reste que 31 % des répondants ont une réaction mitigée. De fait, il y a ici certainement place à amélioration, notamment en ce qui concerne la fonction de recherche dans le catalogue, et il faut sérieusement se pencher sur la question.

L'Ordre considère comme important que la présentation au catalogue des activités de formation continue soit à la fois standardisée et détaillée, et ce, afin de permettre aux psychologues et aux psychothérapeutes de faire des comparaisons et de choisir de façon éclairée les activités qui répondent à leurs besoins. Il s'avère que 77 % des répondants au sondage partagent cet avis, contre 8 % qui n'y voient pas de pertinence. Bien sûr, cela implique pour certains, notamment ceux qui ont une longue expérience de la formation continue, des modifications dans leurs façons de présenter les choses, voire des remises en question qui ne sont pas sans causer certains inconforts ou frustrations dont nous devons tenir compte. Il faut enfin mentionner que la plupart des dispensateurs qui présentent une demande de reconnaissance pour une deuxième activité sont nettement plus à l'aise et plus efficaces pour le faire de la manière préconisée par l'Ordre.

## \_LES PSYCHOLOGUES ET LES PSYCHOTHÉRAPEUTES

L'Ordre se soucie d'offrir aux psychologues et aux psychothérapeutes des outils qui les soutiennent dans leur recherche d'activités de formation continue. Avant, il n'y avait que le magazine *Psychologie Québec*, par le biais d'annonces, que l'Ordre pouvait mettre à leur disposition. L'Ordre mise beaucoup maintenant sur le catalogue et il travaille activement pour en faire un outil de premier choix. Le sondage adressé aux psychologues et aux psychothérapeutes porte donc sur leurs habitudes de recherche d'activités de formation continue et sur leur expérience d'utilisation du catalogue. Les questions que nous leur avons posées portaient essentiellement sur les deux grands points suivants :

1. les moyens utilisés pour rechercher une activité de formation continue;
2. l'expérience de l'utilisation du catalogue.

### 1. Les moyens utilisés pour la recherche d'activités de formation continue

On constate que 21 % des répondants n'ont jamais consulté le catalogue d'activités de formation continue. Pour 70 % d'entre eux, la raison est qu'ils ne connaissaient pas l'existence du catalogue, alors que 30 % ne précisent pas leur motif. Par ailleurs, en ce qui a trait à l'avenir, le pourcentage de ceux qui ont l'intention de le consulter s'élève à 78 % contre 6 %. Nous croyons qu'il faut maintenir nos efforts non seulement pour le faire connaître, mais aussi pour souligner la pertinence de l'utiliser.

Comment ces répondants s'y prennent-ils pour trouver une activité de formation continue sans recourir au catalogue? On apprend que près du tiers consultent le magazine *Psychologie Québec* ou encore se fient à des références de collègues et que près du quart font des recherches sur Internet. Vraisemblablement, les répondants utilisent plus d'une source d'information dans le cadre de leur recherche, ce que confirment aussi ceux qui ont dit avoir consulté le catalogue, puisqu'ils ont eu recours aux mêmes autres moyens de recherche que ceux qui ne l'ont pas consulté, et ce, dans des proportions assez semblables.

### 2. L'expérience de l'utilisation du catalogue

D'abord, pour ce qui est de l'accès au catalogue, 78 % des répondants l'ont estimé facile, contre 4 % qui affirment le contraire.

L'accès au catalogue est une chose, trouver les activités recherchées en est une autre. À cet égard, 54 % ont dit avoir trouvé aisément, contre 11 % qui ont soutenu le contraire, alors que 34 % témoignent d'une expérience mitigée sur ce plan. Comme mentionné précédemment, il faut voir à rendre la recherche plus facile dans le catalogue.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux descriptions des activités qu'on y trouve, 82 % les considèrent comme adéquates contre 4 %. De plus, 79 % des répondants considèrent qu'il est important que le catalogue présente une information détaillée dans un format standardisé, contre 5 % qui n'en voient pas la pertinence.

Enfin, plusieurs répondants ont fait état de besoins que nous sommes à même de reconnaître et nous ont adressé des demandes concrètes que nous allons évidemment prendre en considération. D'ailleurs, depuis peu, il est possible de faire une recherche dans le catalogue par mots clés contenus dans le titre des activités de formation continue.

## \_QUELQUES AUTRES CONSTATS SE DÉGAGEANT DES COMMENTAIRES ISSUS DES DEUX SONDRAGES

Plusieurs ont souligné l'existence de disparités entre Montréal et les autres régions du Québec en matière d'offre de formation continue. À cet égard, l'Ordre a pour projet de rendre ses propres activités accessibles par le biais de la « télétechnologie ». Aussi, plusieurs dispensateurs d'activités de formation continue comptent faire de même. Il est réaliste d'envisager que ce type d'offre se répandra et que cela réduira graduellement l'iniquité.

Dans un autre ordre d'idées, certains dispensateurs s'interrogent sur la pertinence, voire la légitimité du processus de reconnaissance des activités de formation continue. Nous croyons qu'il y a de l'information que l'on gagnerait à mieux faire connaître, de sorte qu'on soit plus à même de comprendre que le processus mis en place, bien que certainement perfectible, n'est pas arbitraire ni ne découle de décisions bureaucratiques. Par exemple, il faut rappeler que l'Office des professions a déterminé par règlement que :

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

Ce programme de l'Ordre est constitué d'activités de formation continue qui doivent être reconnues, et c'est à partir de critères adoptés par le Conseil d'administration que cela se fait. Ces critères se trouvent dans la résolution sur les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie. Les activités de formation continue qui constituent le programme de l'Ordre sont inscrites dans le catalogue.

## \_CONCLUSION

Les sondages menés auprès des dispensateurs, des psychologues et des psychothérapeutes nous auront permis de constater un niveau encourageant de satisfaction. Toutefois, il nous reste encore du travail à faire et nous remercions tous les participants qui ont généreusement contribué à alimenter notre réflexion et à orienter nos efforts d'amélioration. Dans ce sens, nous vous invitons à nous faire part de vos réactions, commentaires et suggestions; cela ne pourra que mieux nous aider dans l'élaboration de notre plan d'action.

## \_Notes

- 1 Les répondants devaient indiquer sur une échelle de 1 à 5 leur accord avec les différents énoncés proposés (échelle de Lickert). Aux fins de cette chronique, nous avons regroupé les degrés 1 et 2, exprimant le désaccord, et les degrés 4 et 5, exprimant l'accord, omettant de rapporter le degré 3, représentant une certaine neutralité. C'est ce qui explique que pour chaque énoncé dont il est question les pourcentages rapportés ne totalisent pas 100 %.
- 2 Extrait de l'article 3 du Règlement sur le permis de psychothérapeute.

# L'ORDRE ENDOSSE LE GUIDE DE PRATIQUE DE L'APA SUR LA TÉLÉPSYCHOLOGIE

Nombreux sont les psychologues qui s'interrogent sur les paramètres à respecter pour offrir des services de télépsychologie. C'est un fait : l'offre de services psychologiques à distance est de plus en plus répandue. Cette pratique pose des défis éthiques et déontologiques particuliers : consentement libre et éclairé, confidentialité, tenue et conservation des dossiers, etc. Le conseil d'administration de l'Ordre a récemment endossé la position du document *Guidelines for the Practice of Telepsychology* de l'American Psychological Association (APA) et l'a fait traduire à l'intention des psychologues québécois. Ce guide informe le psychologue sur d'importantes questions à considérer en lien avec la pratique à distance. Il faut tenir compte du fait que ce document a été développé dans le contexte légal et réglementaire qui prévaut aux États-Unis en ce qui a trait à l'exercice de la profession de psychologue. Le psychologue québécois doit faire les adaptations nécessaires en fonction du contexte législatif qui prévaut sur notre territoire.

Vous êtes invités à consulter ce document dans le site de l'Ordre : [www.ordrepsy.qc.ca/guidepratiquelelepsychologie](http://www.ordrepsy.qc.ca/guidepratiquelelepsychologie)

## PROPOSEZ UNE CANDIDATURE AUX PRIX DE L'ORDRE AVANT LE 30 MAI

La cérémonie de remise des prix de l'Ordre se déroulera dans le cadre du prochain congrès, en octobre. Rendre hommage à l'excellence de la profession est une bonne occasion de découvrir le vécu et la vision des lauréats dans le domaine de la psychologie.

Quelqu'un vous inspire dans votre entourage? Dépêchez-vous! Vous avez jusqu'au 30 mai pour déposer un dossier.

Pour soumettre une candidature : [www.ordrepsy.qc.ca/candidatureprix](http://www.ordrepsy.qc.ca/candidatureprix)

## CFSMO - FORMATIONS EN LIGNE

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

VOICI UN APERÇU DES AVANTAGES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ EN ACHETANT UNE FORMATION EN LIGNE VIA NOTRE PORTAIL [CHPJ.CA/CAMPUS](http://CHPJ.CA/CAMPUS) :

- Vaste choix de formations en psychothérapie offertes par des formateurs chevronnés (présentement **34 formations** accessibles)
- Liberté de visionner les formations à votre rythme
- Accès à la documentation déposée par le formateur dans la bibliothèque de votre formation
- Accès sur votre compte à votre certificat d'attestation de réussite pour la reconnaissance de vos heures de formation continue

### NOUVEAUTÉS - FORMATIONS EN NEUROPSYCHOLOGIE

Deux formateurs anglophones de renom provenant de l'Université Johns Hopkins

#### Dr E. Mark Mahone

Developmental Neuropsychology of ADHD : Brain and behavior from Preschool to High School

#### Dr David J. Schretlen

Novel Methods of Inference in Clinical Neuropsychology

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



# La neuropsychologie pédiatrique prend sa place

La neuropsychologie pédiatrique est une jeune discipline qui avance à grands pas. Établie dans les années 1950 (Benton, 2000), elle s'est inspirée à ses débuts du monde adulte (Fletcher et Taylor, 1984). Mais très tôt, le modèle d'un cerveau mature superposé au cerveau en pleine évolution s'est montré peu adapté. Aujourd'hui, la neuropsychologie pédiatrique propose ses propres modèles neurodéveloppementaux. Elle se distingue de la neuropsychologie adulte par quelques principes de base, qui forment selon Baron (2010) les tenants d'une pratique responsable auprès des enfants et des adolescents. Parmi ceux-ci se trouve une solide connaissance du développement typique et atypique. On y retrouve aussi la maîtrise d'une méthode pour évaluer, analyser, interpréter et intégrer aux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux la trajectoire des habiletés dans le temps. Mais tout comme la neuropsychologie adulte, la neuropsychologie pédiatrique demeure une spécialité, qui se distingue de la psychologie par sa méthode et sa finalité, c'est-à-dire l'objet sur lequel portent ses conclusions et la démarche pour y parvenir. Cette démarche vise par exemple à établir le lien entre une dysfonction cognitive et un handicap dans la vie de tous les jours, ou à émettre une opinion diagnostique ou pronostique quant à l'étiologie ou la localisation d'une dysfonction. De nombreux ouvrages spécialisés existent maintenant sur le sujet (p. ex. Anderson et coll., 2001; Baron, 2004; Davis, 2011; Hunter et Donders, 2007; Lussier et Flessas, 2009; Mazeau, 2005; Poncet, Majerus et Van der Linden, 2009; Reid et Warner-Rogers, 2008; Reynolds et Fletcher-Janzen, 2009; Yeates et coll., 2010).

La neuropsychologie pédiatrique voit rapidement grandir son étendue et sa contribution dans les domaines cliniques, scientifiques et de l'éducation. En tant que discipline scientifique, la neuropsychologie pédiatrique prend part à l'élaboration de modèles développementaux adaptés à la pratique et à l'amélioration des méthodes cliniques. En tant que discipline clinique, elle s'exerce au privé, en clinique universitaire ou dans le réseau public de la santé, où elle joue un rôle dans l'évaluation, l'intervention et la prévention. L'une de ses principales fonctions consiste à évaluer les dysfonctions cognitives d'enfants ou d'adolescents qui présentent diverses conditions médicales ou psychologiques, en tenant compte de l'histoire développementale et bien souvent des sphères comportementale et socioaffective. Elle participe aussi à remédier à ces dysfonctions en proposant des stratégies d'intervention/adaptation et en utilisant les forces au meilleur avantage, ainsi qu'à la mise en place de programmes de stimulation auprès d'enfants à risque. L'apport de la neuropsychologie pédiatrique est reconnu dans le milieu de la réadaptation et de plus en plus dans le milieu scolaire, où elle contribue, en collaboration avec divers intervenants, à identifier différents troubles, à faciliter la réintégration et la poursuite scolaire, et à la planification stratégique du parcours scolaire, académique ou vocationnel.

Le caractère spécialisé de la neuropsychologie se reflète dans la reconnaissance de cette spécialité par l'American Psychological Association (section 40) et par l'Association canadienne de psychologie (section neuropsychologie clinique). Le Québec a maintenant son association, l'Association québécoise de neuropsychologie (AQNP), lieu important pour le développement de la discipline, dont le site Internet héberge entre autres un forum dédié à l'évaluation neuropsychologique de l'enfant. Depuis juin 2012 également, l'évaluation des troubles neuropsychologiques est réservée aux détenteurs d'une attestation émise par l'Ordre des psychologues, accroissant ainsi la protection du public et assurant une formation plus uniforme. Quant à cette formation, elle s'arrime de plus en plus à l'évolution des besoins dans le marché du travail. Un exemple de ceci réside dans la création récente de programmes de doctorat professionnel en neuropsychologie dans certaines universités québécoises. L'issue d'un tel arrimage favorisera certainement à court ou moyen terme l'accessibilité aux services, mais aussi leur qualité, grâce à un lieu privilégié pour le développement de la recherche évaluative et l'élaboration d'outils cliniques adaptés.



Ce bref portrait de la neuropsychologie pédiatrique laisse entrevoir sa spécificité et sa contribution grandissante auprès de clientèles et populations de plus en plus diversifiées. On compte aujourd'hui plus de 8600 psychologues au Québec. Parmi ceux-ci, près de 10 % détiennent l'attestation pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques, dont environ les deux tiers s'intéressent à la clientèle pédiatrique en clinique ou en recherche. Le présent dossier propose trois textes émanant de la réflexion de cliniciens experts dans le domaine des troubles neurodéveloppementaux et psychiatriques chez l'enfant. Le premier traite du rôle de la neuropsychologie dans l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme. Le second démystifie une condition moins connue chez l'enfant, celle des troubles psychotiques. Enfin, le dernier texte traite du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité en ce qui concerne l'intervention. Nous croyons qu'un dossier décrivant ces problématiques de l'enfance sous l'angle de la neuropsychologie contribuera à montrer l'importance de poursuivre la collaboration et l'interdisciplinarité et permettra de continuer à faire reconnaître cette spécialité dans le but d'offrir les meilleurs soins à nos jeunes.



### Dr Bruno Gauthier / Neuropsychologue

Bruno Gauthier est professeur adjoint au département de psychologie de l'Université de Montréal. Il s'intéresse à l'évaluation neuropsychologique de l'enfant et de l'adolescent, notamment aux troubles d'attention et d'apprentissage (dyscalculie et dyslexie) ainsi qu'à la douance. Il est chercheur associé à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, où il a travaillé durant plusieurs années à titre de neuropsychologue pédiatrique.

### \_Bibliographie

- Anderson, V., Northam, E., Henty, J. et Wrennall, J. (2001). *Developmental neuropsychology : A clinical approach*. Hove, UK : Psychology Press.
- Baron, I. S. (2004). *Neuropsychological evaluation of the child*. New York : Oxford University Press.
- Baron, I. S. (2010). Maxims and a model for the practice of pediatric neuropsychology. In K. O. Yeates, M. D. Ris, H. G. Taylor, et B. F. Pennington (éd.), *Pediatric neuropsychology : Research, theory, and practice* (p. 473). New York : Guilford Press.
- Benton, A. (2000). Foreword. Dans K. O. Yeates, M. D. Ris, et H. G. Taylor (éd.), *Pediatric neuropsychology : Research, theory, and practice* (p. xv). New York : Guilford Press.
- Davis, A. S. (2011). *Handbook of pediatric neuropsychology*. New York : Springer.
- Fletcher, J. M. et Taylor, H. G. (1984). Neuropsychological approaches to children: Towards a developmental neuropsychology. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6(1), 39-56.
- Hunter, S. J. et Donders, J. (2007). *Pediatric neuropsychological intervention*. New York : Cambridge University Press.
- Institut de la statistique du Québec (2013). *Estimation de la population du Québec par âge et sexe, au 1<sup>er</sup> juillet, 2001 à 2013*. [[www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html)].
- Lussier, F. et Flessas, I. (2009). *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.
- Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages : du symptôme à la rééducation*. Paris : Elsevier-Masson.
- Ordre des psychologues du Québec (2013). *L'évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques : précisions sur le sens et la portée de chacune de ces activités*. [[www.ordrepsy.qc.ca/sn\\_uploads/fck/pdf/obtenir\\_un\\_permis/attestation\\_d\\_evaluation\\_des\\_troubles\\_neuropsychologiques/L\\_evaluation\\_des\\_troubles\\_neuropsychologiques\\_et\\_l\\_evaluation\\_des\\_troubles\\_mentaux.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/obtenir_un_permis/attestation_d_evaluation_des_troubles_neuropsychologiques/L_evaluation_des_troubles_neuropsychologiques_et_l_evaluation_des_troubles_mentaux.pdf)].
- Poncelet, M., Majerus, S. et Van der Linden, M. (2009). *Traité de neuropsychologie de l'enfant*. Marseille : Solal.
- Reid, J. et Warner-Rogers, M. (2008). *Child neuropsychology : Concepts, theory, and practice*. Chichester, UK : Wiley-Blackwell.
- Reynolds, C. R. et Fletcher-Janzen, E. (2009). *Handbook of clinical child neuropsychology*. New York : Springer.
- Yeates, K. O., Ris, M. D., Taylor, H. G. et Pennington, B. F. (2010). *Pediatric neuropsychology : Research, theory, and practice*. New York : Guilford Press.



**Claudine Arcand**  
Neuropsychologue  
Programme autisme,  
Hôpital Rivière-des-Prairies



**Dr<sup>e</sup> Stéphanie Caillé**  
Neuropsychologue  
Programme autisme,  
Hôpital Rivière-des-Prairies



**Edith Ménard**  
Neuropsychologue  
Programme autisme,  
Hôpital Rivière-des-Prairies

# La contribution du neuropsychologue dans l'évaluation du trouble du spectre de l'autisme

Le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) repose essentiellement sur des symptômes comportementaux. La variabilité et la complexité de la présentation clinique peuvent toutefois représenter un enjeu important pour les cliniciens. L'âge, le genre, le niveau intellectuel et les capacités langagières de l'enfant sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à l'hétérogénéité des symptômes et qui compliquent le travail des professionnels. Le recours à une approche interdisciplinaire permettant de croiser les sources d'informations s'avère souvent nécessaire, surtout dans les cas plus complexes<sup>9</sup>. Dans un tel contexte, l'évaluation neuropsychologique peut avoir plusieurs objectifs : contribuer au diagnostic différentiel, raffiner la compréhension du niveau intellectuel ou proposer des recommandations adaptées au profil de forces et limites propre à l'enfant évalué. L'utilité de l'évaluation neuropsychologique est encore plus importante étant donné les changements apportés par le DSM-5, dont l'ajout de spécificateurs permettant de documenter la présentation du TSA.

## LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME SELON LE DSM-5

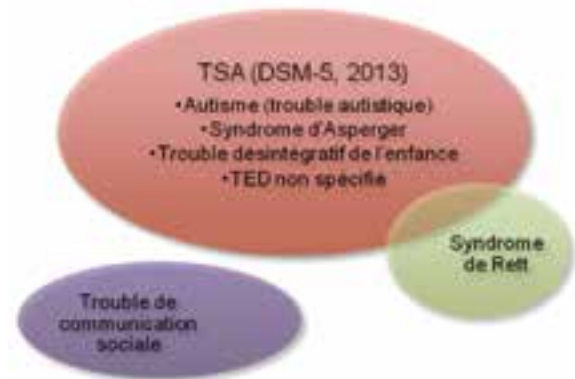
Décrit pour la première fois par Kanner en 1943, l'autisme a vu sa définition changer plusieurs fois au fil des ans. Avec la venue du DSM-5<sup>1</sup>, plusieurs modifications ont de nouveau été apportées. Ces changements touchent la définition même des troubles de la famille de l'autisme, mais aussi la façon dont sont regroupés les symptômes caractérisant ces troubles.

En premier lieu, les conditions qui étaient connues dans le DSM-IV<sup>2</sup> sous les noms de trouble autistique, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement (TED) non spécifié et trouble désintégratif de l'enfance sont maintenant

regroupées en une seule entité, le trouble du spectre de l'autisme. La variabilité du tableau clinique d'une personne autiste à l'autre, plutôt que d'être expliquée de manière catégorielle (c'est-à-dire avec quatre conditions distinctes), est maintenant conçue de façon dimensionnelle (soit un seul trouble avec différents niveaux d'intensité dans les symptômes).

FIGURE 1

### DÉFINITION DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME<sup>17</sup>



Avec la publication du DSM-5, quatre des cinq troubles envahissants du développement (TED) sont fusionnés pour devenir le trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le syndrome de Rett devient quant à lui une entité séparée (mais peut coexister avec le TSA) et un nouveau diagnostic fait son apparition : le trouble de communication sociale. Ce dernier réfère aux personnes ayant une atteinte de la communication et des interactions sociales, mais n'ayant jamais présenté suffisamment de comportements, activités et intérêts restreints, stéréotypés et répétitifs pour qu'un diagnostic de TSA puisse être posé.



D<sup>re</sup> Karine Morasse / Neuropsychologue

Service de pédopsychiatrie, CSSS Alphonse-Desjardins (CHAU Hôtel-Dieu de Lévis); professeure de clinique habilitée à superviser des travaux de recherche, École de psychologie, Université Laval



D<sup>re</sup> Isabelle Soulières / Neuropsychologue

Programme autisme, Hôpital Rivière-des-Prairies  
Professeure, Département de psychologie, UQAM

Le deuxième changement d'importance concerne la classification de la symptomatologie autistique. Dans le DSM-5, les sphères Communication et Socialisation ont été fusionnées pour en créer une seule. Le trouble du spectre de l'autisme est donc dorénavant caractérisé par deux catégories de comportements atypiques : la communication sociale et les interactions sociales, et les aspects restreints, stéréotypés et répétitifs des comportements, intérêts et activités.

Finalement, afin de tenir compte de la variabilité des profils, des spécificateurs doivent dorénavant être ajoutés au diagnostic. En plus de préciser le niveau de sévérité du déficit de communication sociale et des comportements restreints et stéréotypés, il faut spécifier si le TSA s'accompagne ou non 1) d'un déficit intellectuel et 2) d'un trouble du langage. On doit aussi mentionner les conditions médicales ou génétiques associées et les facteurs environnementaux pertinents.

## \_LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le neuropsychologue documente les particularités cognitives de l'enfant et les met en lien avec les comportements observés. Il est appelé à départager les comportements typiques du TSA de ceux qui pourraient être expliqués par d'autres conditions, soit en tant que troubles concomitants ou comme diagnostic alternatif (p. ex. trouble de langage, TDAH, syndrome de Gilles de la Tourette, douance). Dans le cadre du diagnostic différentiel, l'analyse du neuropsychologue peut aussi permettre de soulever des hypothèses d'atteintes neurologiques ou d'autres troubles mentaux (p. ex. atteinte non verbale liée à un syndrome génétique) pour expliquer la symptomatologie observée.

Ce travail se fait à partir des profils cognitifs différenciés et des observations en cours d'évaluation, en lien avec l'histoire développementale. Par l'utilisation d'outils diversifiés et à l'aide d'une analyse fine, le neuropsychologue cherche à extraire un profil de forces et de limites cognitives en considérant les écarts significa-

tifs entre certains domaines, qu'il compare ensuite à ce qui est attendu dans le TSA, selon les données provenant de la littérature. Il est donc essentiel que le neuropsychologue ait une bonne connaissance du profil cognitif qui lui est typiquement associé<sup>11,19</sup>, mais également de celui retrouvé dans les autres conditions.

Plusieurs études ont porté sur le fonctionnement intellectuel, mnésique, exécutif et attentionnel des personnes autistes, avec des résultats souvent divergents, dépendamment des facteurs contrôlés (p. ex. âge, QI, niveau de langage, comorbidités). Les résultats les plus établis auxquels les cliniciens se réfèrent proviennent des échelles de Wechsler. Le profil cognitif le plus fréquent chez les enfants ayant un TSA inclut des forces sur le plan du raisonnement analogique (p. ex. matrices, concepts en images) et sur le plan des habiletés visuospatiales (p. ex. blocs), de même qu'une faiblesse marquée pour le jugement sur des situations sociales ou de la vie courante<sup>15,21</sup>. Ce profil est en fait caractéristique des enfants ayant présenté un développement atypique du langage (p. ex. retard d'acquisition, écholalie, inversion pronominale). Généralement, chez les enfants TSA sans retard de langage (autrefois avec un diagnostic de syndrome d'Asperger), on retrouve plutôt des forces verbales (vocabulaire, abstraction) contrastant avec une lenteur de traitement et d'exécution, et une fragilité attentionnelle<sup>20</sup>. Cette dernière étant inhérente au profil Asperger, on explorera l'hypothèse d'un TDAH lorsque les limites attentionnelles sont plus importantes.

Les particularités cognitives observées chez l'ensemble des enfants ayant un TSA reflètent un mode de pensée plus dépendant de la régularité des informations que chez les enfants au développement typique<sup>6,23</sup>. De plus, la difficulté des enfants ayant un TSA à traiter de multiples informations et à les hiérarchiser selon leur importance peut entraîner des incompréhensions dans les tâches et dans la vie de tous les jours<sup>24</sup>. Ces enfants peuvent ainsi résoudre des problèmes d'une manière qui apparaît rigide, et avoir de la difficulté avec les questions et problèmes deman-

dant de faire des inférences à partir de leurs connaissances. En revanche, les questions fermées (avec un choix de réponses) et les tâches contenant toute l'information nécessaire pour résoudre les problèmes présentés sont mieux réussies. Aussi, ils auront plus de facilité dans l'apprentissage d'informations sérielles, ce qui se révélera par exemple aux tests de mémoire de listes<sup>10,25</sup>.

Bien que des profils cognitifs caractéristiques puissent être dégagés, ils ne constituent en aucun cas une recette à appliquer pour poser le diagnostic. En effet, plusieurs facteurs peuvent faire varier le profil cognitif attendu et ainsi camoufler certaines forces ou limites habituellement associées à l'autisme. Le neuropsychologue devra en tenir compte dans son analyse. Parmi ces facteurs, il faut considérer le niveau intellectuel de base de l'enfant avec un TSA et la manière dont celui-ci traite l'information et exécute les tâches demandées pour nuancer les résultats obtenus. En effet, le potentiel intellectuel de l'enfant modifiera ses possibilités de compensation des faiblesses par les forces et influera sur son rendement (p. ex. les connaissances peuvent compenser partiellement pour les lacunes en jugement pratique)<sup>12</sup>.

Les trajectoires développementales propres au TSA et l'impact du développement du langage sur l'expression du profil cognitif associé au TSA doivent être également considérés. On sait notam-

ment que les étapes de développement du langage et des autres fonctions cognitives ne sont pas nécessairement les mêmes chez les enfants avec un TSA que chez les enfants typiques<sup>8</sup>. Il est donc bien difficile de se fier aux résultats d'une échelle de développement pour prédire le développement futur d'un enfant autiste évalué en bas âge. Il n'est pas rare qu'un enfant autiste ne parle pas jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans et qu'il développe ensuite un langage oral tout à fait fonctionnel et des habiletés intellectuelles dans la moyenne des enfants de son âge<sup>20</sup>.

Enfin, les troubles concomitants (p. ex. TDAH, troubles d'apprentissage, anxiété), les particularités en lien avec le TSA (p. ex. intérêts restreints ou capacités spéciales pour les chiffres ou la mémorisation de certaines informations) et même certaines interventions (p. ex. scénarios sociaux, thérapie orthophonique) peuvent affecter la performance des enfants aux tests et, par conséquent, la typicité du profil cognitif qui en ressort.

Le cas de Robin peut illustrer le rôle du neuropsychologue dans le diagnostic différentiel. Robin est un jeune garçon de 14 ans en évaluation diagnostique interdisciplinaire pour un TSA et il présente un tableau complexe avec prématurité, retard staturo-pondéral significatif et difficultés scolaires importantes. À la suite des évaluations psychiatrique et psychologique incluant

## ENSEIGNER LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE :

### OUTILS PRATIQUES ET COMPRÉHENSION DE L'INTERFACE PSYCHOLOGIE/SPIRITUALITÉ



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

**Formations complètes à Montréal et à Québec**

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

	Montréal	Québec
Volet 1 :	20-21 sept. 2014	4-5 oct. 2014
Volet 2 :	8-9 nov. 2014	22-23 nov. 2014
Volet 3 :	17-18 janv. 2015	24-25 janv. 2015

Frais : 448,40 \$ par volet (tx incl.)

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

	Montréal	Québec
	30 avril-3 mai 2015	23-26 avril 2015

Frais (incluant hébergement pour 3 nuits et repas) :  
Occ. simple : 706,53 \$ (tx incl.)

### Objectifs

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

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

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



l'utilisation d'une situation d'évaluation standardisée (ADOS-G), l'opinion des professionnels impliqués demeurait mitigée, en raison de certaines habiletés sociales préservées. L'évaluation neuropsychologique demandée visait à contribuer à la démarche diagnostique et à proposer des recommandations adaptatives et scolaires. Or, cette évaluation a montré un tableau peu typique du TSA, avec notamment des déficits exceptionnellement sévères touchant le traitement de l'information visuelle et spatiale (perception, construction, raisonnement, attention, mémoire, géométrie). Les résultats de l'évaluation neuropsychologique tendaient vers la possibilité d'une atteinte neurologique à investiguer, offrant ainsi une hypothèse alternative au diagnostic de TSA.

### L'apport de la neurobiologie

On peut relier les particularités cognitives du TSA à un fonctionnement cérébral atypique, pouvant entraîner à la fois des avantages et des désavantages comparativement au fonctionnement typique. Les régions cérébrales postérieures, dédiées à la perception et à la manipulation de l'information visuelle, se révèlent plus actives chez les personnes autistes que chez les personnes neurotypiques, et ce, dans une multitude de tâches différentes. En revanche, certaines régions frontales, impliquées dans les fonctions exécutives, sont souvent moins actives chez les personnes autistes<sup>22</sup>. La communication entre les régions cérébrales antérieures et postérieures serait aussi diminuée<sup>13,16</sup>. Cette utilisation particulière des régions cérébrales se traduirait notamment par l'adoption de stratégies non conventionnelles et par des biais cognitifs influençant leur façon de traiter l'information, d'apprendre et d'aborder le monde social. Notamment, il est proposé que la perception visuelle jouerait un rôle différent et plus important dans le raisonnement des personnes autistes, et ce, même lors de tâches verbales<sup>14,18</sup>.

### \_LA PRÉCISION DU NIVEAU INTELLECTUEL

La déficience intellectuelle est moins répandue chez les enfants ayant un TSA qu'on ne le croyait auparavant. Ainsi, la prévalence du TSA avec déficience intellectuelle associée est restée relativement stable au cours des dernières années, alors que la prévalence du TSA sans déficience intellectuelle a augmenté. La prévalence du TSA est estimée à environ 0,6 % dans une récente méta-analyse<sup>7</sup>, et 15 à 50 % des enfants TSA présenteraient une déficience intellectuelle associée<sup>3,4</sup>.

Comme précisé dans le DSM-5<sup>1</sup>, les profils cognitifs individualisés résultant de l'évaluation neuropsychologique peuvent parfois être plus utiles que les scores globaux de rendement intellectuel afin de comprendre les habiletés intellectuelles, en identifiant notamment les forces et les limites. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des enfants autistes, l'hétérogénéité des performances étant

caractéristique de la condition et rendant le niveau intellectuel plus complexe à spécifier. Il importe effectivement d'être sensibilisé aux forces présentées par les enfants autistes sur le plan cognitif. Par exemple, une grande partie des autistes présentent une performance plus élevée au test des Matrices progressives de Raven qu'aux échelles intellectuelles de Wechsler<sup>6</sup>. De la même façon, le sous-test des Matrices du WISC-IV est souvent le mieux réussi chez les enfants autistes et pourrait représenter le potentiel de raisonnement de ces enfants<sup>21</sup>. Bien que cette force ne se traduise pas nécessairement par de bonnes aptitudes sur le plan adaptatif, ce potentiel n'en demeure pas moins réel et doit être considéré au moment des recommandations pour favoriser les apprentissages. Malgré cela, les réseaux de l'éducation et de la santé au Québec exigent souvent un diagnostic clair quant à la présence ou non d'une déficience intellectuelle, ainsi que quant à la sévérité de cette dernière, afin de garantir l'accès à des services et à des soins adaptés. Dans ce contexte, les résultats de l'évaluation neuropsychologique et le jugement clinique d'un professionnel spécialisé auprès de la clientèle avec un TSA peuvent permettre de comprendre de façon nuancée la limite intellectuelle éventuelle et de statuer sur sa sévérité, tel que requis pour compléter le diagnostic (spécificateur de la déficience intellectuelle), en considérant également l'impact du niveau intellectuel sur l'autonomie fonctionnelle et les capacités adaptatives.

Prenons par exemple le cas de Maxime, jeune autiste de 8 ans pour lequel une évaluation neuropsychologique est demandée afin de statuer sur ses capacités intellectuelles. Les résultats de l'évaluation montrent des capacités globales sur le plan de la déficience intellectuelle légère, mais avec un profil légèrement hétérogène et des scores atteignant la zone limite pour certaines tâches non verbales, dont les matrices. L'évaluation des comportements adaptatifs montre quant à elle un niveau déficitaire et homogène. À l'évaluation neuropsychologique approfondie, on objective un profil cognitif également déficitaire, notamment en ce qui concerne les capacités exécutives et mnésiques. Dans ce contexte, nous pourrions maintenir le diagnostic de déficience intellectuelle qui rend davantage justice au fonctionnement général et aux services requis, tout en considérant les forces de l'enfant dans la sphère non verbale pour orienter les recommandations.

### \_LES RECOMMANDATIONS ADAPTÉES

Étant donné l'hétérogénéité de sa présentation, le seul diagnostic de TSA (accompagné ou non de déficience intellectuelle ou de difficultés langagières) n'est généralement pas suffisant pour élaborer des recommandations pédagogiques et adaptatives qui correspondent réellement aux compétences cognitives de l'enfant (forces et limites). Avant le DSM-5, les diagnostics d'autisme et de

syndrome d'Asperger permettaient de rendre compte plus directement d'une partie de cette variabilité, par leur association à des profils cognitifs différents, tels que décrits dans la littérature, ce qui pouvait alors contribuer à orienter les interventions. Cela n'est plus le cas maintenant.

En outre, les différents facteurs pouvant teinter le profil de forces et de limites de l'enfant autiste (p. ex. retard de langage, niveau intellectuel, troubles concomitants, intérêts spécifiques) vont avoir un impact certain sur la nature des interventions qui seront proposées pour actualiser le potentiel de l'enfant. Aussi, considérant leurs particularités au niveau du traitement de l'information, non seulement les résultats obtenus à l'évaluation, mais aussi les processus (p. ex. traitement local vs global), les stratégies de travail (p. ex. mémorisation verbatim vs intégration du matériel à mémoriser, stratégies idiosyncrasiques en résolution de problèmes) et les

moyens compensatoires utilisés par l'enfant seront recueillis lors de la réalisation des tâches, afin d'optimiser la personnalisation des stratégies rééducatives et des moyens adaptatifs proposés.

## \_CONCLUSION

À la lumière de toutes ces informations, on constate que la variabilité de la présentation clinique peut rendre le diagnostic de TSA des plus complexe. Une approche intégrée et interdisciplinaire est donc parfois nécessaire afin de mieux cerner et répondre aux besoins de la personne autiste, en « minimisant les biais inhérents à des conclusions individuelles<sup>5</sup> ». De plus, cette complexité justifie l'importance de l'expérience ciblée auprès de cette clientèle pour en saisir et en considérer toutes les subtilités. Le rôle du neuropsychologue spécialisé en TSA apparaît donc important, tant pour le processus diagnostique que pour l'orientation des interventions.

## \_Bibliographie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV).
- CDC – Centers for disease control and prevention (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders — *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008*. [www.cdc.gov/mmwr](http://www.cdc.gov/mmwr)
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., et Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine, 41*(3), 619-27.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme, l'évaluation clinique – Lignes directrices*.
- Dawson, M., Soulières, I., Gernsbacher, M. A., et Mottron, L. (2007). The level and nature of autistic intelligence. *Psychological Science, 18*(8), 657-662.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., et Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research, 5*(3), 160-79.
- Fountain, C., Winter, A. S., et Bearman, P. S. (2012). Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics, 129*(5), 1112-1120.
- Garcin, N et Moxness, K. (2012). L'impact de la nouvelle définition des Troubles du Spectre de l'Autisme du DSM-5. *Présentation offerte aux membres du Réseau National TED*.
- Gras-Vincendon, A., Bursztejn, C. et Danion, J.M. (2008). Functioning of memory in subjects with autism. *Encephale, 34*(6), 550-6.
- Hooper, S.R., Poon, K.K., Marcus, L. et Fine, C. (2006). Neuropsychological characteristics of school-age children with high-functioning autism: performance on the Nepsy. *Child Neuropsychology, 12*, 299-305.
- Joseph, R.M., McGrath, L.M. et Tager-Flusberg, H. (2010). Executive dysfunction and its relation to language ability in verbal school-age children with autism. *Developmental Neuropsychology, 27*(3), 361-378.
- Just M.A., Cherkassky V.L., Keller, T.A., Kana, R.K. et Minshew N.J. (2007). Functional and anatomical cortical underconnectivity in autism: evidence from an fMRI study of an executive function task and corpus callosum morphology. *Cerebral Cortex, 17*, 951-961.
- Kana, R.K., Keller, T.A., Cherkassky, V.L., Minshew, N.J. et Just, M.A. (2006). Sentence comprehension in autism: thinking in pictures with decreased functional connectivity. *Brain, 129*, 2484-93.
- Mayes, S. D., et Calhoun, S. L. (2008). WISC-IV and WIAT-II profiles in children with high-functioning autism. *Journal of Attention Disorders, 38*(3), 428-439.
- Minshew, N.J., Keller, T.A. (2010). The nature of brain dysfunction in autism: functional brain imaging studies. *Current Opinion in Neurology, 23*(2), 124-30.
- Morasse, K. (2013). *Spectre autistique : autisme, Asperger, TED, TSA, comment s'y retrouver?*, aqnp.ca/documentation/developpemental/le-spectre-autistique, consulté le 8 mars 2014.
- Mottron, L., Dawson, M., Soulières, I., Hubert, B., et Burack, J. (2006). Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*, 27-43.
- Mottron, L., Soulières, I., Ménard, E. et Dawson, M. (2005). L'évaluation cognitive dans les troubles envahissants du développement, *Revue Québécoise de Psychologie, 26*(3), 1-20.
- Nader, A.M., Jelenic, P. et Soulières, I. (soumis). *Autism spectrum disorders: one spectrum but different cognitive profiles*.
- Oliveras-Rentas, R. E., Kenworthy, L., Roberson, R. B., Martin, A., et Wallace, G.L. (2012). WISC-IV profile in high-functioning autism spectrum disorders: impaired processing speed is associated with increased autism communication symptoms and decreased adaptive communication abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(5), 655-664.
- Samson, E., Mottron, L., Soulières, I., et Zeffiro, T. A. (2012). Enhanced visual function in autism: an ALE meta-analysis. *Human Brain Mapping, 33*(7), 1553-1581.
- Stevenson J.L., Gernsbacher M.A. (2013). *Abstract spatial reasoning as an autistic strength*. PLoS One. 2013;8(3):e59329.
- Williams, D.L., Goldstein, G. et Minshew, N.J. (2006a). Neuropsychologic functioning in children with autism: further evidence for disordered complex information-processing. *Child Neuropsychology, 12* (4-5), 279-298.
- Williams, D.L., Goldstein, G. et Minshew, N.J. (2006b) The profile of memory function in children with autism. *Neuropsychology, 20*, 21-29.



**D<sup>re</sup> Émilie Boisseau**  
Neuropsychologue

La D<sup>re</sup> Boisseau travaille au Programme des troubles neuropsychiatriques de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.



**D<sup>re</sup> Christiane Flessas**  
Neuropsychologue

La D<sup>re</sup> Flessas travaille au Programme santé mentale – pédopsychiatrie du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne.

# Le rôle du neuropsychologue auprès des jeunes qui présentent des symptômes de psychose

**Les neuropsychologues qui travaillent en pédopsychiatrie peuvent être appelés à évaluer des jeunes présentant des symptômes de psychose, lesquels évoluent parfois vers une schizophrénie.**

## \_ DÉFINITION DE LA SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est considérée comme un trouble neuro-développemental lié à des altérations dans le développement cérébral. Elle s'exprime par une perte de contact avec la réalité s'accompagnant de perturbations des perceptions sensorielles, des comportements, des émotions, mais également de la cognition.

Selon le DSM-5, les critères diagnostiques de la schizophrénie doivent inclure la présence d'au moins deux des cinq manifestations suivantes : des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement désorganisé et catatonique ou des symptômes négatifs. Néanmoins, il est maintenant admis que des déficits cognitifs font aussi partie des symptômes de la schizophrénie et que ceux-ci apparaissent souvent bien avant l'établissement du diagnostic.

La schizophrénie se déclenche normalement vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, bien qu'il soit aussi possible de la détecter durant l'enfance et au début de l'adolescence. En effet, on parlera de schizophrénie à début précoce pour désigner, d'une part, celle de l'enfant débutant avant la puberté, qui représenterait une variante plus rare et plus sévère, et, d'autre part, celle de l'adolescent débutant après la puberté, dont les caractéristiques se rapprochent des schizophrénies de l'âge adulte.

## \_ ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Les symptômes de la schizophrénie peuvent se manifester de façon abrupte, mais ils apparaissent la plupart du temps de façon insidieuse en suivant quatre phases.

*Phase pré-morbide.* Durant cette phase, qui dure de la naissance aux premiers signes précurseurs de la maladie, on peut parfois observer des anomalies et des retards légers dans le développement, ainsi que certaines particularités dans les comportements (p. ex. difficultés d'adaptation sociale et scolaire, retrait, hyperactivité, labilité de l'humeur). Ces manifestations n'étant toutefois pas spécifiques, elles ne permettent pas de prédire le développement d'une psychopathologie. Chez les jeunes à haut risque de développer une schizophrénie, on retrouve davantage de déficits cognitifs sur le plan de l'attention, des fonctions exécutives, de la mémoire de travail, de la fluidité verbale et de la mémoire visuelle et verbale. Autrement dit, une prédisposition génétique à la schizophrénie rend également ces jeunes plus vulnérables aux déficits cognitifs, même chez ceux qui ne développeront jamais la maladie.

Il arrive assez souvent que les jeunes qui se présentent à l'hôpital avec des symptômes de psychose rapportent avoir reçu un diagnostic de TDAH durant l'enfance. Au stade pré-morbide, il n'est toutefois pas possible pour le neuropsychologue de faire la distinction entre ce qui appartient à un TDAH et ce qui évoluera éventuellement vers un trouble grave de santé mentale, comme la schizophrénie ou la maladie affective bipolaire.

*Phase prodromique.* Cette phase qui dure des premiers signes précurseurs de la maladie au premier épisode psychotique, soit de quelques jours à plusieurs années, se caractérise par une détérioration du fonctionnement cognitif, scolaire et psychosocial. Les déficits cognitifs sont relativement modestes au début, mais s'aggravent au fur et à mesure que la maladie évolue vers la phase aiguë. On documente particulièrement une dégradation de l'intelligence générale, mais aussi de l'attention soutenue, de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement, du fonctionnement exécutif, de l'apprentissage verbal, de la théorie de l'esprit et du traitement des émotions. Durant cette phase, la présence de déficits cognitifs associés à des symptômes positifs et négatifs sous-cliniques (p. ex. pensées étranges, expériences sensorielles inhabituelles, comportements bizarres, langage vague ou pauvre, affect émoussé ou inapproprié, manque d'initiative, repli sur soi, négligence de l'hygiène) permet parfois d'identifier les jeunes à risque de développer une psychose.

À ce stade de la maladie, les parents sont souvent inquiets de voir leur jeune moins bien fonctionner à l'école, se replier sur lui-même, se couper de son réseau social et perdre son intérêt pour les études ou les activités sociales, artistiques ou sportives. Parfois, avant même d'envisager de voir un psychiatre, les parents vont consulter un neuropsychologue en pratique privée, pour tenter de comprendre pourquoi leur jeune ne réussit plus à l'école. Devant un profil pouvant s'apparenter à celui d'un TDAH, le neuropsychologue devra interpréter les résultats de l'évaluation à la lumière d'un entretien clinique rigoureux, lui permettant de déterminer si le jeune pourrait être à risque de développer une psychose.

*Phase aiguë.* Cette phase est celle du premier épisode psychotique et dure habituellement de quelques semaines à plusieurs mois. Elle se caractérise par des portraits cliniques très variables de symptômes positifs, négatifs et cognitifs. Néanmoins, elle est davantage marquée par la prédominance de symptômes positifs et les déficits cognitifs paraissent atteindre leur plus haut point quand l'intensité et la durée des symptômes permettent de poser le diagnostic.

À ce stade de la maladie, il est difficile de procéder à une évaluation neuropsychologique. Il est souvent préférable d'attendre que la médication ait fait effet et que les symptômes délirants, les hallucinations et les troubles de la pensée se soient résorbés, c'est-à-dire au moment de la phase de rémission.

*Phase de rémission.* À la suite d'un premier épisode psychotique, on recense que les déficits cognitifs les plus sévères sont objectivés pour l'intelligence générale, la vitesse de traitement, la mémoire de travail et l'apprentissage verbal. Des déficits cognitifs plus modérés sont objectivés pour la planification et la résolution de problèmes, ainsi que pour la déduction de règles et la persévérance. Des déficits cognitifs plus légers sont mis en évidence pour l'attention soutenue et sélective.

Bien que les symptômes positifs se soient généralement résorbés lors de la phase de rémission, il arrive quelques fois que les symptômes négatifs tendent à prendre les devants et à interférer avec le fonctionnement de la personne. La sévérité des symptômes négatifs est liée à la présence de déficits cognitifs plus importants. Par contre, il semble que ces déficits se stabilisent durant cette phase de la maladie. En fait, à moins d'une rechute, il n'y a souvent pas de détérioration subséquente du fonctionnement cognitif, même après plusieurs années.

## \_\_L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE À LA SUITE D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

Le neuropsychologue en milieu pédopsychiatrique est souvent appelé à se prononcer quant au niveau de fonctionnement cognitif des jeunes qui ont fait un premier épisode psychotique, alors que le traitement pharmacologique et la symptomatologie sont relativement stables. Le premier objectif de l'évaluation neuropsychologique est de déterminer si le jeune qui se remet d'une psychose présente une détérioration de ses fonctions cognitives. La présence de tels déficits peut notamment aider à préciser le diagnostic (p. ex. psychose transitoire ou brève dans un contexte de consommation de drogues vs psychose qui semble s'inscrire dans une psychopathologie débutante) et à se prononcer quant au pronostic.

Afin de déterminer s'il y a eu détérioration ou préservation des capacités cognitives, le neuropsychologue doit absolument situer le niveau prémorbide du jeune. Pour ce faire, le neuropsychologue devra recueillir certaines informations lui permettant de comparer chaque jeune à son propre niveau antérieur de fonctionnement cognitif. Il devra notamment questionner les parents quant au développement et à l'histoire scolaire de leur enfant et consulter le dossier scolaire antérieur (p. ex. bulletins, plans d'intervention, rapports d'évaluation). Les résultats aux tests visant à évaluer les aspects du fonctionnement cognitif qui sont souvent préservés malgré la psychose (p. ex. lecture, vocabulaire, connaissances, raisonnement logique) peuvent également servir d'indicateurs du niveau prémorbide.

Dans son évaluation, le neuropsychologue doit aussi tenir compte de la symptomatologie résiduelle active, car elle peut interférer avec une passation valide des tests cognitifs, mais surtout car elle peut orienter l'interprétation des résultats. En effet, certains profils cognitifs peuvent être mis en correspondance avec la prédominance des symptômes positifs ou négatifs au moment de l'évaluation. Il est fréquent d'objectiver dans les profils cognitifs avec une prédominance de symptômes négatifs un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et d'exécution en général, affectant les résultats de la majorité des tests d'attention et exécutifs, accompagnés de difficultés d'encodage et de récupération en mémoire. Dans les profils cognitifs avec une prédominance de symptômes positifs, un faible score aux tests verbaux peut être objectivé en raison d'une désorganisation de la pensée ou encore d'une déviation des réponses vers des idées délirantes.

## \_QU'EN EST-IL DES COMORBIDITÉS?

Dans le cadre de son évaluation, le neuropsychologue est aussi appelé à faire le différentiel entre l'impact du premier épisode psychotique sur la cognition et la présence d'autres troubles neuropsychologiques prémorbides. Pour plusieurs patients, des évaluations antérieures documentent déjà, entre autres, des retards ou des troubles intellectuels, de langage, d'acquisition de la coordination, des apprentissages, ou encore d'attention et du fonctionnement exécutif.

À l'aide de la recension de ces évaluations antérieures et des antécédents développementaux, le neuropsychologue peut retracer la chronologie de l'apparition et de l'évolution des déficits cognitifs en relation avec l'apparition et l'évolution des symptômes psychiatriques (ou des changements dans les comportements et le fonctionnement psychosocial). Il peut, par la suite, chercher à départager les déficits cognitifs appartenant à la psychose de ceux qui pourraient être associés à un autre trouble neuropsychologique. Ainsi, un profil cognitif compatible

avec un trouble neuropsychologique évalué après la phase aiguë ne sera retenu que s'il est possible de démontrer que ce trouble était présent avant la phase prémorbide. Ce scénario est courant pour le trouble de langage oral, les troubles d'apprentissage ou le trouble déficitaire de l'attention avec impulsivité/hyperactivité.

## \_L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE EN SOUTIEN AU TRAITEMENT ET À LA RÉCUPÉRATION

À partir des résultats et des conclusions de son évaluation, le neuropsychologue est en mesure de faire des recommandations adaptées aux patients, principalement pour le retour à l'école, au travail et aux activités de la vie quotidienne. En se basant sur le niveau général de fonctionnement cognitif et la sévérité de la symptomatologie résiduelle après le premier épisode psychotique, il est possible d'estimer la capacité de réintégration des jeunes à leur vie antérieure, puis de proposer les mesures d'adaptation nécessaires.

Maintenant en librairie  
et aux formats numériques



Diane Dulude, Ph.D.

**Le TDAH, une force à rééquilibrer** offre une perspective novatrice sur un trouble jusqu'à ce jour essentiellement abordé sous l'angle d'un handicap à compenser.

Cet ouvrage, en plus de proposer de nouveaux moyens à explorer, initie un nouveau courant de réflexion porteur d'espoir.



ISBN – IMPRIMÉ : 978-2-923705-40-8 PDF : 978-2-923705-49-1 EPUB : 978-2-89721-028-1

www.editionsqram.com

Éditions  
**qram**  
du

Par exemple, ceux dont le niveau de fonctionnement cognitif est globalement dans la moyenne et qui présentent peu ou pas de symptômes ont souvent un meilleur pronostic quant à la reprise de leurs études que ceux dont le niveau de fonctionnement cognitif est plus faible et qui présentent une persistance de symptômes, surtout négatifs. Cependant, même avec un bon pronostic, étant donné la baisse de fonctionnement par rapport au niveau antérieur, il faudra s'attendre à ce que les jeunes aient à s'adapter à un nouveau rythme et à de nouvelles capacités d'apprentissage (p. ex. réintégrer progressivement l'école, s'inscrire à moins de cours, prendre plus de temps pour compléter les cours). Pour ceux qui ont un moins bon pronostic, il faudra peut-être plutôt envisager un classement différent (p. ex. classe spécialisée pour soutenir les élèves présentant une psychopathologie ou des difficultés d'apprentissage), voire une orientation différente (p. ex. formation plus courte, programme de préparation au travail).

Enfin, en se basant sur un profil personnalisé de forces et de faiblesses cognitives, il est possible d'avoir un portrait plus réaliste de ce que peut et ne peut pas faire le jeune. Parfois, certaines forces ou fonctions préservées donnent l'impression d'un fonctionnement normal. Le risque est alors d'avoir des demandes trop élevées à son égard (p. ex. bonne expression orale et vocabulaire riche, mais des difficultés d'abstraction pour comprendre ce qui est complexe). Les forces peuvent cependant être utilisées comme moyen de compenser les faiblesses (p. ex. adapter les apprentissages avec du matériel visuel pour un patient avec des difficultés verbales). Du reste, les faiblesses orientent les recommandations vers le développement de stratégies d'adaptation plus spécifiques (p. ex. aide visuelle, aide-mémoire, consignes écrites, planification en étapes d'un travail, pauses plus nombreuses) aux besoins de réintégration du jeune à son milieu de vie.

## \_CONCLUSION

Les neuropsychologues peuvent jouer un rôle important auprès des jeunes qui développeront une schizophrénie. Durant la phase prodromique, l'évaluation permet de faire une détection précoce des signes cognitifs et des symptômes psychotiques en émergence. La mise en évidence d'un tableau clinique permettant aux neuropsychologues de suspecter le développement d'une psychose permet parfois d'intervenir plus rapidement et de référer en pédopsychiatrie. Durant les phases aiguës et de rémission, les neuropsychologues qui interviennent en pédopsychiatrie peuvent participer à l'établissement du diagnostic et au plan de traitement pour aider ces jeunes à reprendre une vie active.

## \_Bibliographie

- Allott, K., Liu, P., Proffitt, T.-M., Killackey, E. (2011). Cognition at Illness Onset as a Predictor of Later Functional Outcome in Early Psychosis: Systematic Review and Methodological Critique, *Schizophrenia Research*, 125, 221-235.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5<sup>e</sup> éd.), Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Bailly, D. (2012). *L'enfant schizophrène et l'enfance du schizophrène*, Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 153 pages.
- Fusar-Poli, P., et coll. (2012). Cognitive Functioning in Prodromal Psychosis : A Meta-analysis, *Archives of General Psychiatry*, 69 (6), 562-571.
- Frangou, S. (2010). Cognitive Function in Early Onset Schizophrenia: A Selective Review, *Frontiers in Human Neuroscience*, 3 (79), 6 pages.
- Frangou, S. (2013). Neurocognition in Early Onset Schizophrenia, *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 22, 715-726.
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., et Dollfus, S. (2013). Troubles cognitifs des sujets présentant un premier épisode psychotique et à haut risque de transition vers la psychose : du repérage à la prise en charge, *L'Encéphale*, 39, 64-71.
- Marcopulos, B. A., et Kurtz, M. M. (2012). *Neuropsychological Foundations of Schizophrenia*, New York, NY: Psychology Press Taylor and Francis Group, 351 pages.

IPP


L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

Odile Husain, Ph.D.

Mariette Lepage, M.Ps.

Claudine Lepage, M.Ps.

Silvia Lipari, M.A.

En partenariat avec le Centre de Psychologie Gouin, la première année de formation « Évaluation de la personnalité (Rorschach, TAT) » débutera le 14 janvier 2015.

Activité reconnue par l'OPQ.

**Inscription avant le 30 novembre 2014**

[www.psychologieprojective.org](http://www.psychologieprojective.org)

[info@psychologieprojective.org](mailto:info@psychologieprojective.org)



D<sup>re</sup> Francine Lussier / Neuropsychologue

La D<sup>re</sup> Lussier a travaillé 15 ans dans l'enseignement aux niveaux primaire et secondaire. Après avoir pratiqué la neuropsychologie au CHU Sainte-Justine pendant 15 ans, elle a décidé de consacrer tout son temps au Centre d'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique (CENOP) spécialisé en évaluation neuropsychologique et en rééducation des troubles d'apprentissage, qu'elle a fondé en 1994.

## Programme d'intervention auprès des enfants qui souffrent de TDA/H

Le déficit d'attention représente un des motifs de consultation clinique les plus courants dans notre pratique quotidienne en neuropsychologie. Les conséquences du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sont largement documentées dans la communauté scientifique (Barkley, 2013), mais de plus en plus d'enseignants et de parents reconnaissent aussi son impact sur les comportements, les fonctions cognitives ou le rendement scolaire et les relations sociales.

Le programme d'intervention proposé par notre équipe découle de l'idée que le TDA/H serait davantage lié à un problème de gestion des ressources attentionnelles de nature exécutive plutôt qu'à un trouble de capacité spécifiquement attentionnelle. Il s'appuie sur 1) les modèles théoriques accordant aux systèmes frontaux un rôle prépondérant dans les mécanismes attentionnels (Barkley, 1997) et 2) les principes de réorganisation fonctionnelle, selon un processus de haut en bas (*top-down strategy*) faisant principalement appel à la métacognition (Robertson et Murre, 1999; Seron, 1984).

Le programme prend la forme d'ateliers au cours desquels les enfants ont l'occasion de comprendre les mécanismes de l'attention et d'identifier leurs propres déficits, puis d'explorer et d'expérimenter différents outils de gestion mentale.

### ATTENTION, FONCTIONS EXÉCUTIVES ET MÉTACOGNITION

Les travaux récents en évaluation de l'attention tant chez l'adulte que chez l'enfant ont tenté d'isoler les différentes formes d'attention pouvant chacune faire l'objet d'évaluations précises (Manly et coll., 2001). Un consensus s'est établi sur la base des recherches neuroanatomiques, cognitives et psychométriques selon lequel les processus attentionnels et exécutifs interagissent de façon étroite en raison d'associations fonctionnelles et de partage de réseaux neuronaux (Robertson et Murre, 1999). Par ailleurs, de nombreux auteurs constatent que les symptômes d'inattention s'accompagnent d'une constellation de déficits

normalement associés aux mécanismes cognitifs supérieurs. Ces fonctions cognitives et métacognitives reconnues pour être gérées par le lobe frontal impliquent les fonctions exécutives.

### LE TRAITEMENT DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION

Les premières études cliniques sur le traitement pharmacologique du TDA/H révélaient que l'utilisation des stimulants du système nerveux central dans le traitement du TDA/H entraînait une réduction des principaux symptômes dans 70 à 85 % des cas (Armstrong, 1995). Depuis lors, plusieurs molécules ont été introduites pour traiter le TDA/H. Par contre, notre expérience clinique nous démontre que dans la majorité des cas les bénéfices disparaissent dès que la médication est retirée.

Confrontés aux limites du modèle médical, plusieurs chercheurs décident de créer des programmes d'entraînement cognitif. L'un des modèles d'intervention en neuropsychologie clinique s'articule autour de la notion de plasticité cérébrale et vise la restauration ou la réorganisation des fonctions selon des processus 1) de bas en haut, (*bottom-up strategy*) ou 2) de haut en bas (*top-down strategy*) (Robertson et Murre, 1999; Seron, 1984).

Les principes de restauration *bottom-up* ont donné lieu au développement des modes d'intervention directe désignés sous le terme d'« approches spécifiques au domaine ». Ces programmes prennent habituellement la forme d'entraînements intensifs et répétitifs de la fonction lésée (Robertson et Murre, 1999). C'est dans cette perspective que sont apparus la remédiation cognitive, les rééducations assistées par ordinateur, le *neurofeedback*, etc.

Les principes de restauration *top-down* sont, pour leur part, associés aux méthodes de rééducation cognitive ou métacognitive davantage axées sur la prise de conscience des déficits et le développement des capacités d'autorégulation. La logique derrière cette démarche est que l'activation des fonctions supérieures a une incidence sur les systèmes inférieurs qui peut également se traduire en termes de réorganisation corticale (Robertson et Murre, 1999). Les programmes de rééducation du TDA axés sur le modelage, le discours interne et les stratégies de résolution de problèmes font partie de ces stratégies *top-down*.



Institut de formation  
en thérapie comportementale  
& cognitive

Visitez  
notre nouveau  
site Web au [iftcc.com](http://iftcc.com)

Service d'appariement SUPERVISEUR-SUPERVISÉ

Recherchez un superviseur dans votre région

Affichez vos services de supervision ou annoncez des  
groupes d'intervention

ÉTÉ-AUTOMNE 2014

LES GUIDES DE PRATIQUES

[www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)



Dr Jean Goulet, MD, psychiatre

L'insomnie

De 9h à 12h

Coût : 100 \$ + tx - Nb d'heures : 3

Le trouble panique et l'agoraphobie

De 13h30 à 16h30

Coût : 100 \$ + tx - Nb d'heures : 3

MONTRÉAL : 10 OCTOBRE 2014



Apprendre à vivre  
avec la douleur  
chronique grâce à  
l'acceptation et la  
pleine conscience

Dr Frédéric Dionne, Ph.D., psychologue

Québec : 29 août 2014

Montréal : 5 septembre 2014

Coût : 195 \$ + tx - Nb d'heures : 6

LANCEMENT : Tous les  
participants recevront le livre  
*Libérez-vous de la douleur par  
la méditation et l'ACT* (Payot)

[liberezvousdeladouleur.com](http://liberezvousdeladouleur.com)



La fatigue de  
compassion et le  
trauma vicariant :  
mieux les reconnaître  
et mieux s'en  
protéger

Dre Pascale Brillon, Ph.D., psychologue

Québec : 7 novembre 2014

Montréal : 21 novembre 2014

Coût : 175 \$ + tx - Nb d'heures : 6



Dre Thanh-Lan Ngô, MD, psychiatre

L'anxiété sociale

De 9h à 12h

Coût : 100 \$ + tx - Nb d'heures : 3

La dépression

De 13h30 à 16h30

Coût : 100 \$ + tx - Nb d'heures : 3

MONTRÉAL : 21 NOVEMBRE 2014

D'autres formations à venir, surveillez notre programmation 2014-2015

Inscrivez-vous dès maintenant au: [IFTCC.COM](http://IFTCC.COM)



Le modèle de Gagné (2004) a également inspiré le programme d'intervention développé par notre équipe. Ce modèle s'appuie sur la force que peut exercer la métaphore sur l'imaginaire de l'enfant; il a ainsi créé des personnages représentant les fonctions cognitives qui entrent en jeu dans les apprentissages.

Le fait d'intervenir au niveau des fonctions métacognitives (prise de conscience des mécanismes cognitifs et des déficits, adoption de stratégies...) et de solliciter, dans le cadre d'activités ludiques, l'utilisation de divers instruments de pensée réflexive entraîne chez l'enfant, selon nos observations et les commentaires que nous rapportent les parents, une amélioration sensible de la qualité de son attention, de ses fonctions exécutives et métacognitives. Les compétences acquises lors des ateliers sont généralisées ou transférées dans les domaines du comportement et du rendement scolaire grâce aux exercices donnés à l'enfant dans la continuité de ses travaux scolaires.

## \_LE PROGRAMME D'INTERVENTION PIFAM

Le Programme d'intervention sur les fonctions attentionnelles et métacognitives (PIFAM) a donc été conçu dans le but d'actualiser le potentiel métacognitif de l'enfant et de favoriser un meilleur contrôle de l'attention par le développement des habiletés d'autorégulation comportementale et cognitive (discours interne, contrôle de l'impulsivité, résistance à la distraction, exécution séquentielle, méthode de gestion de l'information...). Il vise aussi l'acquisition de stratégies d'apprentissage efficaces et la généralisation à différents types d'activités ou contextes. Les activités se déroulent durant 12 semaines, sous forme d'ateliers de 90 minutes, avec de très petits groupes de quatre à six enfants de 10 à 14 ans<sup>1</sup>, dirigés par deux ou trois intervenants.

Dans un premier temps (atelier 1), l'activité d'introduction décrit la méthode, les règles et les objectifs des ateliers. Les enfants sont donc amenés à prendre connaissance des règles de fonctionnement général des ateliers. Une feuille de route commence chaque atelier. Tout au cours des ateliers, des activités amènent les enfants à découvrir leurs forces et leurs faiblesses. Chaque semaine, un défi et une mission sont proposés aux enfants de manière à consolider le travail fait durant l'atelier et le parent est invité à accompagner son enfant dans sa mission et à lui rappeler régulièrement son défi. Un engagement formel de la part de chaque participant est exigé au cours de cet atelier.

À ce premier atelier, les enfants sont également invités à découvrir et à comprendre les diverses formes de l'intelligence et les mécanismes de la cognition. Le fonctionnement du cerveau est présenté à l'aide de matériel concret, d'analogies et d'expériences directes (jeux d'exploration). Par le biais d'un questionnaire, les participants sont amenés à identifier leurs forces et leurs faiblesses en fonction des personnages qu'ils découvriront au cours des ateliers subséquents.

Au deuxième atelier, les enfants sont sensibilisés à la problématique du TDA/H; ils sont amenés à réaliser que même s'ils en sont affectés ils ont le pouvoir de changer certaines choses. Cette reconnaissance initiale des problèmes et de leurs solutions fait partie du domaine métacognitif et constitue, selon plusieurs auteurs, l'une des principales clés du succès en réadaptation (Ben-Yishay et Diller, 1993; Kurtz et Borkowski, 1984; Reid et Borkowski, 1987; Von Steinbüchel et Pöppel, 1993).

La prochaine phase du plan d'intervention est consacrée à l'entraînement des facultés de visualisation (atelier 3 : élaboration des représentations imagées, création d'images mentales) et de verbalisation (atelier 4 : accès lexical, langage descriptif, développement du discours interne) qui sont souvent affectées par le TDA (Barkley, 1997; Zentall et coll., 2001). Étant donné le poids de ces processus dans l'élaboration des représentations mentales et du discours interne qui, à leur tour, servent de support à plusieurs fonctions exécutives (mémoire de travail, planification, raisonnement, etc.), nous accordons une attention particulière à leur développement.

La suite des activités est dévolue à la compréhension, à l'exploration et à l'entraînement des fonctions exécutives impliquées dans les mécanismes d'autorégulation de la pensée, de l'affect et du comportement par le biais des personnages métaphoriques (ateliers 5 à 11). Les fonctions ciblées par l'intervention sont, dans l'ordre : atelier 5, la gestion du temps et de ses ressources personnelles; atelier 6, l'attention en raison de son rôle fondamental dans le traitement de l'information; atelier 7, la classification et la catégorisation qui prennent toute leur importance dans les stratégies mnémotechniques tellement nécessaires aux apprentissages de tous ordres; atelier 8, la flexibilité cognitive et la créativité qui jouent un rôle primordial dans la recherche de solutions et dans l'adaptation à des situations nouvelles; atelier 9, la planification et l'anticipation, étant donné leur impact sur la réalisation d'une tâche; atelier 10, le traitement séquentiel de l'information et le soin à donner dans la coordination et la réalisation de ses objectifs; atelier 11, les mécanismes d'inhibition comportementale ou cognitive qui sont en général affectés par le TDA.

Chaque fonction cognitive est présentée sous forme de personnages métaphoriques dont plusieurs sont empruntés au modèle Réflecto de Gagné. Les analogies exploitées au cours des ateliers font partie du répertoire des enfants (métiers et professions) et facilitent l'établissement de liens conceptuels ou le transfert des connaissances d'un domaine à l'autre (des métiers aux fonctions cognitives). Notre programme d'intervention utilise les métaphores suivantes : *le contremaître* (gestion du temps et de ses ressources), *le détective* (attention); *la bibliothécaire* (classification, catégorisation et stratégies d'encodage); *l'artiste* (flexibilité cognitive et créativité); *l'architecte* (planification, anticipation); *le menuisier* (traitement séquentiel et réalisation d'un objectif); *le contrôleur* (inhibition).

La présentation et l'exploration de chacun des thèmes sont complétées par des exercices variés destinés à l'acquisition d'outils de gestion mentale adéquats de même qu'à l'établissement de liens concrets entre les fonctions étudiées, les comportements et les mécanismes d'apprentissage et d'interaction sociale.

La dernière partie du plan (atelier 12) est dédiée à la généralisation des habiletés acquises au cours du programme d'intervention dans des contextes beaucoup plus larges et moins structurés. Les participants doivent réaliser un projet collectif (création d'une maquette ou d'une affiche, de jeux...) témoignant de leur expérience aux ateliers. Cet exercice multidimensionnel est axé sur le travail d'équipe, la synthèse et le transfert des compétences.

Chaque semaine, l'intervenant fait le pont entre l'habileté cognitive visée par les activités de l'atelier et la façon de les employer dans une activité à caractère pédagogique pour bien ancrer cette habileté dans le vécu scolaire de l'enfant. De plus, tout au cours des ateliers, un module d'exploration des aptitudes sociales, au cours duquel les enfants sont invités à analyser et à résoudre diverses situations sociales illustrées à l'aide de récits, de mises en scène ou de simulations, sert d'entraînement au transfert des compétences cognitives et métacognitives dans le domaine des relations interpersonnelles.

## Formation continue

# Gestion de la douleur chronique

RA00330-13 / 7 crédits reconnus par l'OPQ

**Formatrice : Marie-Josée Rivard, Ph.D. Psychologue, spécialiste en gestion de la douleur**

- Directrice des services psychologiques, Unité de gestion de la douleur Alan-Edwards (McGill)
- Présidente de la Société Québécoise de la douleur
- Auteure du livre *La douleur de la souffrance au mieux-être*



**Formations 2014**

26 septembre : Montréal  
24 octobre : Québec  
7 novembre : Trois-Rivières  
5 décembre : Boucherville

**Objectifs de la formation**

- Décrire le portrait global de la douleur, ses impacts physiques, fonctionnels et psychologiques,
- Évaluer de façon rigoureuse pour établir un plan de traitement précis et adapté
- Intervenir de façon efficace pour obtenir des résultats concluants

Information et inscription : [www.mariejoseerivard.com](http://www.mariejoseerivard.com)  
514-938-2451 / [mjrivardpsychologie@videotron.ca](mailto:mjrivardpsychologie@videotron.ca)

Frais d'inscription  
200\$ + tx = 229,95\$



La volonté d'établir un climat favorable à la participation active des enfants a présidé aux choix de la configuration des ateliers. Afin de répondre à cette condition préalable, les activités se déroulent essentiellement sur un mode ludique de manière à solliciter l'intérêt et la coopération des participants. Les discussions de groupe et la réflexion viennent toutefois compléter chaque module afin de permettre aux enfants d'établir des liens concrets entre le contenu des ateliers et leurs activités de la vie quotidienne (comportements sociaux, rendement scolaire...). Outre l'aspect d'apprentissage par le jeu, une certaine importance est accordée aux notions de compétition et de travail d'équipe. Cette perspective a été adoptée afin de favoriser la motivation, l'émulation et le transfert des compétences sur le plan des relations interpersonnelles. Chaque enfant est donc assigné à l'un ou l'autre des groupes qui s'affrontent tout au long du plan d'intervention et la performance individuelle de chaque participant contribue à la progression de son équipe.

## \_LE RÔLE DES INTERVENANTS

Le faible ratio enfants/intervenant (2:1) permet un suivi étroit de l'évolution de l'enfant et du groupe à travers le programme. Afin de soutenir le cheminement des participants de manière efficace, les intervenants utilisent bien sûr les métaphores reconnues pour leur pouvoir explicatif et leur participation au développement des schémas cognitifs; ils rappellent régulièrement ces métaphores construites à partir de personnages qui représentent des habiletés cognitives afin de bien camper le rôle de ceux-ci dans les apprentissages. Les intervenants s'appuient sur des stratégies d'auto-instructions et des méthodes d'enseignement par modelage pour amener les enfants à développer l'habitude d'une réflexion intérieure avant la réalisation d'une activité.

Après chaque activité/jeu, l'intervenant questionne l'enfant sur le lien qui existe entre l'habileté requise pour réaliser cette activité/jeu et une situation d'apprentissage qu'il peut rencontrer sur le plan scolaire; l'intervenant démontre toujours le parallèle entre cette habileté et celle du personnage en jeu. Pour stimuler l'effort de chaque enfant, les intervenants font également appel à des techniques de renforcement positif incluant la rétroaction, l'encouragement des pairs et l'émulation par un système de récompenses. Enfin, différents outils de mesure tels que les tableaux des gains et des pertes et les échelles d'autoévaluation sont utiles pour faire un bilan de la participation au cours de l'atelier; un comportement renforcé par une récompense a plus de chance de se reproduire.

Les intervenants rencontrent brièvement tous les parents après chaque atelier pour leur remettre le « Communiqué aux parents » et leur expliquer le « Défi » et la « Mission » de la semaine pour leur enfant (environ cinq minutes).

Après le départ des enfants après chaque atelier, les intervenants discutent de leur note d'appréciation de la participation de chacun des enfants au cours de l'atelier et décident d'un commentaire significatif pour chacun d'eux. Pour chacun des enfants, une feuille de route permettra de décrire son implication, ses forces et ses faiblesses en vue d'une rencontre individuelle finale de chacun des parents (environ 20 minutes) après la fin du programme, au 12<sup>e</sup> atelier, pendant que les enfants réalisent leur maquette et choisissent leurs récompenses au marché des efforts.

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

**Cette offre s'adresse à vous!**

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

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

**Au plaisir de vous accueillir!**

# FORMATION

## Thérapies brèves et psychologie positive

*Toutes ces formations sont reconnues par l'Ordre de psychologues du Québec*

### **Approche orientée vers les solutions : compétences avancées (RA00364-13)**

**1-2 mai 2014 (Montréal)**

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

### **Pourquoi et comment adapter l'intervention auprès des hommes et des garçons (RA00230-12)**

**30 mai 2014 (Montréal)**

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

### **Faire face aux drames de la vie : psychologie positive appliquée (RA00360-13)**

**13 juin 2014 (Montréal)**

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

### **Approche orientée vers les solutions : compétences de base (RA00160-12)**

**28-29 août 2014 (St-Lambert)**

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

### **Approche orientée vers les solutions auprès des jeunes et de leurs familles (RA00687-13)**

**4-5 septembre (Québec)**

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

### **Angles morts du traitement traditionnel de la dépression (RA00275-12)**

**14 novembre 2014 (Montréal)**

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



**Inscriptions : [www.lavoiesolutions.com](http://www.lavoiesolutions.com)**

**Brigitte Lavoie, M.Ps.**

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

## \_CONCLUSION

Ce programme d'intervention sur les fonctions attentionnelles et métacognitives fait partie de nos services aux enfants depuis maintenant plus de 10 ans. Des données ont été cumulées depuis le début de la mise en place de ce programme; ces données, tout comme les commentaires des parents et des enfants, nous ont permis d'apporter des améliorations chaque année jusqu'au produit final tout récemment édité sous forme de trousse utilisable par un plus grand nombre d'intervenants. Actuellement, un groupe de chercheurs québécois, conjointement avec un groupe de chercheurs français, tente de valider scientifiquement l'efficacité de la démarche que nous avons observée empiriquement. Les résultats de la recherche seront alors publiés.

## \_Note

1. Pour l'instant, le type d'activités proposées convient mieux à ce groupe d'âge; notre objectif est d'élargir cette clientèle pour rejoindre les enfants plus jeunes. Une autre approche plus individualisée est offerte en orthopédagogie pour nos jeunes adolescents.

## \_Bibliographie

- Armstrong, T. (1995). *The myth of ADD child*. New York: Dutton.
- Ben-Yishay, Y., et Diller, L., (1993). Cognitive remediation in traumatic brain injury : update and issues. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 74, 204-213.
- Barkley, R. A. (2013). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Gagné, P.-P., et Longpré (2004) *Pour apprendre avec Réfecto*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Kurtz, B.E. et Borkowski, J.G. (1984). Children's metacognition: exploring relations among knowledge, process and motivational variables. *Journal of Experimental Child Psychology*, 37, 335-354.
- Manly, T., Nimmo-Smith, I., Watson, P. Anderson, V., Turner, A. et Robertson, I.H. (2001). The Differential Assessment of Children Attention: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), Normative Sample and ADHD Performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1065-1081.
- Reid, M.K., et Borkowski, J.G. (1987). Causal attribution of hyperactive children: implications for teaching strategies and self-control. *Journal of Educational Psychology*, 3, 296-307.
- Robertson, I. H., et Murre, J. M. J. (1999). Rehabilitation of brain damage: brain plasticity and principles of guided recovery. *Psychological Bulletin*, 25, 544-575.
- Seron, X. (1984). Reeducation strategies in neuropsychology: cognitive and pragmatic approaches. *Advances in Neurology*, 42, 317-325.
- Von Steinbüchel, N. et Pöppel, E. (1993). Domains of rehabilitation: a theoretical perspective. *Behavioural Brain Research*, 56, 1-10.
- Zentall, S.S., Cassady, I.C. et Javorsky, J. (2001). Social comprehension of children with hyperactivity. *Journal of Attention Disorder*, 5, 11-24.

# Cours de déontologie et professionnelisme



Totalisant 45 heures de travail, ce cours s'adresse aux candidats à l'admission et aux psychologues souhaitant rafraîchir leurs connaissances sur le plan déontologique. Plusieurs situations susceptibles de se présenter au cours d'une pratique professionnelle y seront exposées, telles que le conflit d'intérêts, la dangerosité, le témoignage devant les tribunaux, et celles qui sollicitent des compétences entre autres en matière de confidentialité et de consentement libre et éclairé.

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



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

depuis plus de 15 ans. M<sup>me</sup> Michon est également la formatrice du cours sur la tenue de dossiers offert par l'Ordre et enseigne le cours en éthique et déontologie à l'Université de Sherbrooke.

Les participants doivent obligatoirement suivre une série de deux journées complètes.

Horaire de chaque journée : de 9 h à 16 h 30

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

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

PROCHAINES FORMATIONS : À MONTRÉAL

■ 15 août et 12 septembre 2014

# \_ Vient de paraître



1

## 1\_ASSIEDS-TOI ET ÉCRIS TA THÈSE!

La rédaction scientifique est l'entreprise la plus intimidante, décourageante et anxiogène de l'expérience universitaire. Ce livre s'adresse aux étudiants universitaires des cycles supérieurs qui rédigent ou auront à rédiger une thèse, un mémoire ou un essai. Il propose des stratégies pour écrire de façon régulière et se garder motivé.

*D<sup>e</sup> Geneviève Belleville, psychologue*  
Les Presses de l'Université Laval

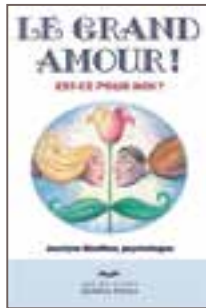
## 2\_LE TDA/H, UNE FORCE À RÉÉQUILIBRER

L'approche proposée dans ce livre est fondée tant sur une vaste expérience clinique que sur les plus récents développements de la recherche sur le TDA/H, en neurosciences et en psychologie de la résilience. Cette perspective ne va aucunement à l'encontre du fait que le TDA/H constitue un réel problème ni ne nie l'existence d'un dérèglement physiologique bien ressenti chez la personne affectée par cette problématique. L'auteure adhère à la valeur du travail interdisciplinaire et c'est dans cette optique que son ouvrage propose au lecteur une nouvelle façon de penser le TDA/H et lui présente de nouvelles pistes de solutions efficaces à investir.

*D<sup>e</sup> Diane Dulude, psychologue*  
Les Éditions du CRAM



2



3

## 3\_LE GRAND AMOUR! EST-CE POUR MOI?

Ce livre permettra au lecteur de se voir d'un œil neuf, de découvrir enfin sa personnalité originale et de la rendre séduisante. En suivant la démarche proposée par l'auteure, le lecteur ira désormais vers des milieux harmonisés avec sa vraie nature et donc fréquentés par la personne avec laquelle il pourra atteindre les plus hauts sommets amoureux.

*Jocelyne Bisailon, psychologue*  
Les Éditions Québec-Livres

## 4\_MALADE ET... HEUREUX?

On a souvent vu des gens se découvrir des forces insoupçonnées devant la maladie. Pour certaines personnes, celle-ci a même servi de révélateur, de tremplin vers une vie plus authentique. D'autres ont compris à quel point une attitude positive pouvait produire des effets remarquables sur leur état physique et psychologique. Qui sont tous ces gens aux parcours extraordinaires et qu'ont-ils à nous apprendre? En s'appuyant sur leurs histoires et sur des données scientifiques récentes, l'auteure met en lumière huit attitudes qui favorisent un retour à la santé et qui permettent de reprendre sa vie en mains.

*Lucie Mandeville, psychologue*  
Les Éditions de l'Homme



4



5

## 5\_CE QUE DIT L'ÉCORCE

Explorer la multiplicité des aspects reliés au thème de la peau, du vêtement au tatouage, de la blessure aux soins, de l'érotisme à la mort, tel est l'objectif de cette entreprise singulière qui confronte deux écritures et deux pratiques de la pensée. Variant de style d'un essai à l'autre, les deux auteurs proposent d'expérimenter la différence.

*D<sup>r</sup> Nicolas Lévesque, psychologue, et M<sup>me</sup> Catherine Mavrikakis*  
Les Éditions Nota bene

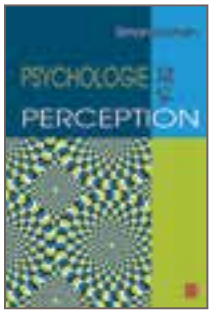
## 6\_AMOUR OU DÉPENDANCE?

Dans ce livre, qui réunit ses chroniques publiées dans le *Journal de Montréal* et le *Journal de Québec*, l'auteur nous rappelle à quel point il est important d'investir dans les aspects positifs de sa relation de couple plutôt que de s'acharner à régler des conflits insolubles. Le lecteur trouvera dans ce cinquième recueil de chroniques des réponses sur l'amour, le couple, le bonheur, les difficultés de la vie à deux et ce qu'on peut faire pour bien les gérer.

*Yvon Dallaire, psychologue*  
Les Éditions Québec-Livres



6



7



8



9



10



11



12

## 7\_PSYCHOLOGIE DE LA PERCEPTION

Ce livre est destiné principalement aux étudiants du premier cycle universitaire inscrits dans un programme en psychologie. Il offre une introduction à l'étude de la psychophysique, de la perception auditive, de la perception visuelle et de l'attention. Il permet à l'étudiant de se familiariser avec la terminologie du domaine de la sensation et de la perception et de se sensibiliser au caractère relatif de la perception. De plus, l'ouvrage fournit à l'étudiant l'occasion de comprendre de nombreux concepts et mécanismes fondamentaux qui lui permettront d'interpréter différents phénomènes perceptifs.

*Simon Grondin, professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval*  
Les Presses de l'Université Laval

## 8\_DE PSYCHOLOGUE À PSYCHOTIQUE

À la fois psychologue et psychotique, l'auteur témoigne de son parcours et se dévoile au grand jour avec l'espoir de conscientiser les lecteurs aux multiples difficultés qu'éprouvent les gens aux prises avec la maladie mentale. Il s'adresse aux personnes sensibles à la souffrance humaine, à celles qui vivent elles-mêmes ce type de problème et aux intervenants qui y trouveront des outils pour soigner les blessures psychiques.

*Serge Tracy, psychologue*  
Les Éditions Québec-Livres

## 9\_LE PROGRAMME VOLTE-FACE

Résultat d'une recherche des meilleurs outils susceptibles d'activer ou de neutraliser les mécanismes subtils du cerveau, le programme Volte-face est fondé sur des méthodes éprouvées. Ses exercices simples sont conçus pour dénouer l'emprise des croyances nocives, de la culpabilité, des peurs et de la souffrance sur le mental. En se libérant de leur pouvoir, le lecteur créera directement le déclic du vrai changement.

*D<sup>r</sup> Richard Gagnon, psychologue*  
Les Éditions de l'Homme

## 10\_BOOMERANG BABY

Ce livre raconte l'histoire de Pénélope, qui s'enlise dans une relation toxique avec un homme de type boomerang, qui ne veut pas s'engager : il la séduit, la prend, la quitte pour une autre et revient, lui demandant pardon à genoux... une fois de plus! Sophie, meilleure amie de Pénélope et témoin privilégié de l'histoire, raconte les péripéties de l'amour tourmenté de ce couple. Fine psychologue, elle fournit tout au long du récit des conseils « SOS » percutants et pertinents, qui s'adressent autant au lecteur qu'à son amie. La fin de l'ouvrage offre un entretien entre l'auteure et François St Père, psychologue spécialisé en thérapie de couple, qui décortique le phénomène et ses répercussions afin que chacune apprenne à éviter les pièges que peut tendre un séduisant boomerang.

*Isabelle Falardeau, psychologue*  
Les Éditions Publistar

## 11\_CURES DE RAJEUNISSEMENT POUR VOS RELATIONS SEXUELLES

Rien de plus naturel et merveilleux que les pulsions du désir. Pourtant, tout comme n'importe quelle expérience intense qui s'inscrit dans la durée, les relations sexuelles monogames peuvent parfois devenir routinières et prévisibles, et perdre ainsi leur pouvoir électrisant. C'est alors que tout se complique. De la même manière qu'une maison a besoin d'un grand ménage de temps à autre, qu'une voiture requiert des entretiens réguliers ou que la garde-robe d'un enfant doit être renouvelée régulièrement, la vie sexuelle des couples nécessite elle aussi des mises à jour ponctuelles si l'on souhaite retrouver l'intensité, le plaisir, la spontanéité et les étincelles des débuts. Ce livre propose un tour d'horizon de la situation actuelle du lecteur et 10 cures inédites qui revitaliseront son désir et donneront à son couple un nouvel essor.

*D<sup>r</sup> Danie Beaulieu, psychologue*  
Les Éditions Québec-Livres

## 12\_LIBÉREZ-VOUS DE LA DOULEUR PAR LA MÉDITATION ET L'ACT

Destiné aux gens souffrant de douleur chronique, ce livre propose une méthode fondée sur la méditation de pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pour apprendre à vivre avec les douleurs.

*D<sup>r</sup> Frédérick Dionne, psychologue*  
Les Éditions Payot & Rivages

## \_Saviez-vous que?

# Il existe une relation entre la détresse psychologique et le niveau de concentration du cortisol

**D<sup>re</sup> Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique**

Une nouvelle recherche<sup>1</sup> met en évidence la relation entre le niveau de concentration de cortisol, une hormone liée au stress, et la détresse psychologique des travailleurs. Pour ce faire, 401 participants issus de 34 milieux de travail différents ont fourni des échantillons de salive cinq fois par jour durant trois jours (deux journées de travail suivies d'une journée de congé). Des questionnaires psychologiques étaient également remplis par les participants afin d'évaluer la présence de détresse psychologique. Les résultats indiquent que le taux de cortisol demeure plus élevé au réveil chez les participants qui rapportent souffrir de détresse psychologique ou de dépression, alors que ce taux demeure très faible 30 minutes suivant le réveil chez ceux qui éprouvent de l'épuisement professionnel. Selon un des auteurs de l'étude, bien que cette hormone ne constitue pas un marqueur spécifique de la santé mentale, la variation du taux de cortisol pourrait constituer un bon indice de la santé psychologique de l'individu. Cette étude permet ainsi d'établir un lien entre des données psychométriques subjectives et des données biométriques et pourrait mener au développement de nouveaux questionnaires psychologiques pour dépister des problèmes de santé mentale en milieu de travail.

## \_Note

- 1 Isabelle Burgun (2014). « Burn-out : votre corps vous parle », Agence Science-Press, [www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2014/03/18/burn-out-votre-corps-parle]. Référence complète : Marchand, A., Durand, P., Juster, R. P., Lupien, S. J. « Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: associations with diurnal cortisol profiles », *Scand J Work Environ Health*. 2014 Jan 27. pii: 3417. doi: 10.5271/sjweh.3417. [Epub ahead of print]



**LIEN D'ATTACHEMENT** **DÉVELOPPEMENT**  
**SEXUALITÉ**  
**EXCITATION GÉNITALE** **DONNÉES PROBANTES**  
**NEUROPHYSIOLOGIE** **RESPIRATION** **SEXOTHÉRAPIE**  
**ÉJACULATION** **DIMENSION PHYSIQUE**  
**IMPLICATIONS CLINIQUES** **RÉFLEXIONS**  
**PROSTATECTOMIE** **MOUVEMENTS** **SCIENCES**  
**EXPÉRIENCE SENSORIELLE** **INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE**  
**TOUCHER & ÉROTISME** **DYSFONCTIONS SEXUELLES**  
**GESTION ÉMOTIONNELLE** **DYSPAREUNIE**  
**CORPS** **APPRENTISSAGES**  
Infos & Inscriptions **www.sexologues.ca** Places limitées



# Le service de référence en ligne en constante évolution

Depuis la campagne publicitaire d'octobre dernier, la popularité extraordinaire que connaît le service de référence se maintient. La fréquentation du service de référence en ligne connaît minimalement une augmentation de 20 % chaque mois. Une vingtaine d'appels de plus par jour est également noté au service téléphonique. Il n'a jamais été aussi clair dans l'esprit de la population que l'Ordre des psychologues est le guichet unique en psychothérapie au Québec.

**TABLEAU 1**  
FRÉQUENTATION SUR LE SITE WEB DU SERVICE DE RÉFÉRENCE

	2013	2014	AUGMENTATION PAR RAPPORT À L'ANNÉE DERNIÈRE
JANVIER	10 792	13 293	23 %
FÉVRIER	10 590	13 064	19 %
MARS	10 133	13 664	35 %

**TABLEAU 2**  
ACHALANDAGE AU SERVICE TÉLÉPHONIQUE

	2013	2014	AUGMENTATION PAR RAPPORT À L'ANNÉE DERNIÈRE
JANVIER	1 743	2 136	23 %
FÉVRIER	1 637	1 842	13 %
MARS	1 451	1 860	28 %

**FIGURE 1**  
CHANGEMENTS APPORTÉS AU SERVICE EN LIGNE



Devenir le guichet unique en psychothérapie comporte de nombreux défis de communication, notamment au service de référence. Depuis la grande refonte du service de référence en ligne l'automne dernier, l'Ordre a reçu plusieurs commentaires des psychologues sur les nouvelles fonctionnalités. Nous entendons ces commentaires et continuons nos réflexions pour raffiner cet outil très utilisé par le public. Voici déjà quelques modifications apportées sur le site Web.

## \_AFFICHAGE PAR LISTE

Nous avons constaté qu'une certaine clientèle avait de la difficulté à manier la carte interactive. Le déplacement de la carte, les zooms, et les clics pour en arriver aux coordonnées des professionnels ne sont pas des actions évidentes pour les non-initiés à « Google Maps ». Nous avons donc décidé d'afficher les résultats de la recherche d'abord par liste. Les Internauts plus confortables avec la recherche par carte peuvent toujours y accéder via le deuxième onglet.

## \_AJOUT D'UN NOUVEAU CRITÈRE

Un nouveau critère de recherche apparaît maintenant au service de référence ligne : celui de rechercher uniquement des psychologues, ou de rechercher parmi tous les professionnels autorisés à pratiquer la psychothérapie. Ce critère est obligatoire; il vise à éviter tout risque de confusion sur les professionnels qui seront affichés dans la liste des résultats. En faisant un choix, le public est conscient que certains professionnels disponibles ne sont pas des psychologues. Dans le doute, les gens cliquent sur « *Quelle est la différence?* », et obtiennent de l'information sur la différence entre un psychologue et un détenteur du permis de psychothérapeute.

## \_LA VISIBILITÉ DES PAGES PERSONNELLES EN RÉFLEXION

Les pages personnelles offrent davantage d'informations sur votre pratique clinique. Nous savons qu'elles sont très appréciées du public, qui aime connaître votre manière de travailler avant d'effectuer son choix. Puisque vous personnalisez chaque rubrique, votre page personnelle livre une information plus juste sur vos services que le tableau des services offerts. Avec une adresse Web personnalisée ([www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom](http://www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom)), il s'agit également d'une excellente vitrine à utiliser comme microsite Web professionnel. Nous réfléchissons actuellement à un moyen d'augmenter la visibilité des pages personnelles.

Même si vous êtes déjà inscrits au service de référence, il est toujours possible de vous inscrire à la page personnelle en cours d'année pour 45 \$. Pour plus de renseignements à ce sujet, consultez le [www.ordrepsy.qc.ca/pagepersonnelle](http://www.ordrepsy.qc.ca/pagepersonnelle)

## LA D<sup>RE</sup> JOSÉE SAVARD, PSYCHOLOGUE, REÇOIT UN PRIX D'EXCELLENCE EN ÉDUCATION

Le prix d'excellence en éducation 2014 de l'Association canadienne en oncologie psychosociale (ACOP) a été remis à Josée Savard, professeure à l'École de psychologie et chercheuse au Centre de recherche du CHU de Québec en oncologie. Ce prix est décerné à des individus ayant apporté une contribution exceptionnelle à l'enseignement et à la formation en oncologie psychosociale au Canada. Le prix lui a été remis lors du congrès de l'ACOP, qui s'est tenu au début de mai 2014 à Winnipeg. Félicitations!



## LA PSYCHOLOGUE RACHIDA AZDOUZ REÇOIT LE PRIX GHISLAINE-COUTU-VAILLANCOURT

L'Association québécoise des enseignants du français langue seconde a remis le prix Ghislaine-Coutu-Vaillancourt à la psychologue Rachida Azdouz pour son engagement dans le rapprochement interculturel et l'éducation au « vivre ensemble en français » depuis plus de 20 ans. M<sup>me</sup> Azdouz travaille au vice-rectorat aux affaires internationales de l'Université de Montréal et est spécialiste en relations interculturelles. Elle a déjà été présidente de l'Association pour l'éducation interculturelle.



equilibios

Formation continue

La Cohérence Cardiaque Professionnelle



eole

**14 heures de formation continue  
accréditées par l'OPQ**

Número de reconnaissance : RA00136-12

Prochaines formations en présence Montréal :

17 & 18 mai 2014 - 6 & 7 septembre

Informations et inscription :

[www.eole.tv/montreal](http://www.eole.tv/montreal)

[info@equilibios.com](mailto:info@equilibios.com) 514-932-4744

La Cohérence Cardiaque est un outil puissant pour tous les intervenants professionnels. C'est un état particulier de la variabilité de la fréquence cardiaque qui permet d'équilibrer le système nerveux autonome et la gestion émotionnelle.

Cette formation présente les possibilités d'apprentissage, d'évaluation et d'accompagnement par un logiciel de Cohérence Cardiaque et l'enseignement d'une pratique personnelle simple et accessible à tous dans des indications cliniques débordant largement le stress.



Formateur, Docteur David O'Hare, médecin, conférencier international et auteur spécialisé en psychothérapie cognitive et comportementale, en gestion du stress, en aide à la prise de décision, et en comportement alimentaire. Le Docteur O'Hare est l'auteur de 6 livres sur la cohérence cardiaque et ses applications.

**Formation disponible en ligne  
aussi accréditée par l'OPQ**

Informations et inscription :

[www.eole.tv](http://www.eole.tv)

[info@equilibios.com](mailto:info@equilibios.com)

514-932-4744

# \_ Colloques et congrès

## 74<sup>E</sup> CONGRÈS DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE

Date : 29 mai au 1<sup>er</sup> juin 2014  
Lieu : Vancouver  
Pour information : [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr)

## \_75<sup>E</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE

Date : 5 au 6 juin 2014  
Lieu : Vancouver  
Pour information : [www.cpa.ca](http://www.cpa.ca)

## COLLOQUE INTERDISCIPLINAIRE - SOINS ET SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES ET À LEURS PROCHES : UNE EXPERTISE À RECONNAÎTRE ET UN AVENIR À ASSURER

Date : 6 juin 2014  
Lieu : Montréal  
Pour information : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)

## CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE POSITIVE

Date : 17 et 18 juillet 2014  
Lieu : Ottawa  
Pour information : [www.positivepsychologycanada.com](http://www.positivepsychologycanada.com)

## 122<sup>E</sup> CONGRÈS ANNUEL DE L'AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Date : 7 au 10 août 2014  
Lieu : Washington, D.C., USA  
Pour information : [www.apa.org/convention](http://www.apa.org/convention)

## CONGRÈS DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Date : 17 et 18 octobre 2014  
Lieu : Montréal  
Pour information : [www.ordrepsy.qc.ca/congres2014](http://www.ordrepsy.qc.ca/congres2014)

## 17<sup>E</sup> COLLOQUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Date : 10 au 12 novembre 2014  
Lieu : Montréal  
Pour information : [aqrp-sm.org/activites-et-evenements/colloques/colloque-xviiie/](http://aqrp-sm.org/activites-et-evenements/colloques/colloque-xviiie/)

## \_ RESTEZ INFORMÉS PAR COURRIEL

En plus du bulletin *OPQ Dernière heure* qui est envoyé à tous les psychologues par courriel, les membres de l'Ordre peuvent également s'abonner pour recevoir gratuitement une revue de presse quotidienne d'articles, de reportages et d'entrevues traitant de psychologie, de santé mentale ou relatant les propos de psychologues du Québec sur des sujets divers. Les membres peuvent également s'abonner aux Alertes emploi de l'Ordre, et ainsi recevoir par courriel toutes les nouvelles offres d'emploi qui sont affichées dans le site Web de l'Ordre.

Pour vous abonner à la revue de presse : [www.ordrepsy.qc.ca/rdp](http://www.ordrepsy.qc.ca/rdp)

Pour vous abonner aux Alertes emploi : [www.ordrepsy.qc.ca/alertesemploi](http://www.ordrepsy.qc.ca/alertesemploi)

## \_ CRÉATION D'UN GROUPE DE SOUTIEN POUR LES PATIENTES ATTEINTES D'ALOPÉCIE

Le psychologue Serge Drolet est à la recherche de collègues qui pourraient l'aider à mettre sur pied un groupe de soutien pour les patientes atteintes d'alopécie. Pour ce faire, communiquez avec lui à [drolet.serge@hotmail.com](mailto:drolet.serge@hotmail.com).

# Tableau des membres

En date du 30 mars 2014

## \_NOUVEAUX MEMBRES

Bernier, Marie-Josée  
Blanchard-Dallaire, Claudia  
Bourdeau, Geneviève  
Côté, Alexandra  
Greffou, Selma  
Guerioune, Samir  
Guimont, Marie-Pier  
Hahler, Eva-Maria  
Keegan, Vanessa  
Laplante, Marie-Ève  
Lara-Carrasco, Jessica

Marchetti, Valérie  
Marcoux, Louis-Alexandre  
Milyavskaya, Marina  
Mondor, Diane  
Packwood, Sonia  
Paterson, Laurel  
Ruel, Marie-Pier  
Sampasivam, Lavanya  
Smith, Nancy  
Thivierge, Stéphanie

## \_DÉCÈS

Cloutier, Réal  
Fortin, Daniel  
Hatto, Richard  
Terrisse, Bernard  
Zeiter Smith, Antoinette


# Registre des psychothérapeutes

En date du 30 mars 2014

## \_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Aquije Bendezu, Luz Nieves  
Azoulay, Liat  
Blais, Simon  
Borduas, Isabelle  
Borgia, Diane  
Bouffard, Lyne  
Caron, Anne-Marie  
Champagne, Bianka  
Chiosa, Cristiana  
Cloutier, Suzanne  
Denesle, Régine  
Drapeau, Martine  
Dupuis-Rail, Louise  
Gauthier, Geneviève  
Gauthier, Karine  
Girard, Marie  
Haineault, Doris-Louise  
Hovey, Nancy  
Kasper, Dana  
Lafond, Claudette  
Lavigne, Danielle

Leblanc, Stéphanie  
Lefebvre, France  
Lessard, Annie  
Li, Nga Lai  
Magny, Sarah-Catherine  
Mailhot, Caroline  
Malinski, Cecilia  
Maltais, Richard  
Marchand, Hélène  
Monk, Beverly  
Moreno, Kathryn  
Potvin, Isabelle  
Provost, Geneviève  
Quesnel, Vincent  
Santerre, Benoit  
Vary, Caroline



## FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

**Formation de base en hypnose clinique et médicale**  
Avec **Dr Claude Verreault**, dentiste,  
et **Michel Landry**, psychologue  
20-21 SEPTEMBRE ET 4-5 OCTOBRE 2014 | À MONTRÉAL  
Cette formation initie les participants-es à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. La méthodologie privilégiée favorise un apprentissage progressif et intensif des habiletés, des techniques et stratégies de base en hypnose clinique.  
Cette formation respecte les standards reconnus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) et de l'International Society of Hypnosis (ISH).  
No. de reconnaissance OPQ : RP00212-12 pour 30 heures

**Intégration et utilisation de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie**  
Avec **Michel Landry**, psychologue  
FORMATION INTERMÉDIAIRE (1<sup>ÈRE</sup> PARTIE)  
31 OCTOBRE ET 1<sup>ER</sup> NOVEMBRE 2014 | À MONTRÉAL  
Cette formation, de niveau intermédiaire, permet de poursuivre l'apprentissage de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. On y propose un modèle intégratif, soulignant les nombreuses options d'utilisation et d'applications de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie.  
No. de reconnaissance OPQ : RA00317-13 pour 14 heures

**LE CONGRÈS 2014 DE LA SQH SE TIENDRA À MONTRÉAL LE SAMEDI 22 NOVEMBRE 2014.**

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

# Être psychologue

## Un congrès pour nous former et nous retrouver

Du 16 au 18 octobre 2014, le prochain congrès de l'Ordre sera assurément l'un des plus grands de son histoire. Le Palais des congrès de Montréal nous permettra d'accueillir pas moins de 1300 psychologues. Le congrès visera à nous rassembler, à nous définir et à exprimer notre singularité autour du thème *Être psychologue*.

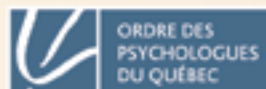
Des ateliers de formation de cinq heures et de trois heures seront offerts, dont une série qui présentera de « Grands maîtres québécois » de la psychologie. Comme lors du congrès 2012, la série « État des connaissances » permettra aux congressistes d'entendre pendant deux heures des chercheurs faire le point sur leurs plus récentes recherches. Une nouvelle série, « Projets innovateurs », présentera des initiatives de prévention ou d'intervention qui ont fait leurs preuves et qui peuvent être reproduites dans d'autres milieux. Les journées commenceront en force avec des conférences matinales inspirantes, livrées par des psychologues qui poseront leur regard sur le thème du congrès, *Être psychologue*.

Le jeudi 16 octobre, un atelier pré-congrès sera offert et l'assemblée générale annuelle aura lieu en fin d'après-midi. La programmation régulière se tiendra le vendredi 17 octobre et le samedi 18 octobre. Un grand banquet sera offert le vendredi en soirée; les Prix de l'Ordre seront décernés à la même occasion et une activité sociale animera la fin de soirée!

Un microsite Web sera dédié exclusivement au congrès. Vous pourrez y consulter la programmation complète, les détails sur la soirée du vendredi, la liste des exposants, les informations sur l'hébergement, etc. Vous y trouverez aussi le formulaire d'inscription.

### Surveillez votre boîte aux lettres!

Le programme du congrès sera inséré dans la prochaine édition de *Psychologie Québec*.



# Petites annonces

## À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

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

**Centre de psychologie René-Laënnec – Bureau à louer** dans polyclinique médicale René-Laënnec à Mont-Royal. Près du métro Acadie; accès routier facile pour toute la clientèle du Grand Montréal. Stationnement. Équipe de psychologues et de professionnels de la psychothérapie. Communiquez avec Jean-Louis Beaulé. Bureau : 514 735-9900. Cellulaire : 514 992-6972.

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

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

**Clinique de psychologie regroupant psychologues et professionnels connexes** (sexologue, conseillère d'orientation, avocat-médiateur et nutritionniste); travailleurs autonomes. Édifice professionnel calme, facile d'accès et au cœur d'un secteur commercial/

professionnel névralgique de l'Est de Montréal. Plusieurs modalités locatives. Climatisé, insonorisé, meublé/décoré, Internet, stationnement, frigo, micro-ondes, etc. 514 903-4420.

**Plusieurs bureaux à louer dans un petit centre professionnel** situé en face du Palais de justice de Saint-Jean-sur-Richelieu. Salle d'attente. Accès à la salle de conférence. Tout inclus : taxes d'affaires, entretien ménager, chauffage et électricité. De 380 \$ À 525 \$/mois. D. Bonin – 438 390-4187 ou 514 277-7233.

**Centre professionnel du Plateau Mont-Royal.** Une équipe d'expérience : psychologues, experts, conseillers d'orientation, avocats, médiateurs et autres. www.cppm.ca ou 514 848-1724.

**Bureau à partager face au métro Laurier.** Spacieux, bien aménagé, clair et insonorisé. Environnement professionnel. Location à la journée. Disponible 1<sup>er</sup> avril. Christiane : 514 303-0961.

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

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

**À Trois-Rivières – Bureau à partager** sur le boul. Jean-XXIII. Facile d'accès, stationnement, salle d'attente, meublé, climatisé, insonorisé. 819 373-0555.

**Bureau à louer – Adjacent à Outremont.** Meublé, décor agréable, insonorisé, climatisé, avec salle d'attente et cuisinette. Libre le lundi et le mardi. 514 274-0012.

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

**Québec – Duberger. Magnifique bureau moderne avec cachet,** climatisation, salle d'attente, coin enfant non visible en entrant. Clientèle enfants, ados et/ou adultes. 581 982-1209.

**Repentigny – Bureau à louer par blocs ou à la journée.** Édifice professionnel. Bien aménagé, meublé, grand, éclairé, chauffé et climatisation. Disponible maintenant. Sylvie : 514 953-7110.

**Vieux-Longueuil – Bureaux à louer,** heure/journée/année. Maison patrimoniale chaleureuse et bien tenue, cuisine équipée avec possibilité de sous-location. Manon Dupuis : 450 646-4443. Aussi à Saint-Hyacinthe.

**Bureau pour psychologue** au 218, boulevard des Laurentides, Laval, dans un centre professionnel. 450 \$/mois. Près station métro Cartier. Raymond A Cyr : 514 755-2024.

**Bureau à louer à LaSalle** sur le boulevard Newman, très bien situé, bel immeuble insonorisé, climatisation, temps partiel. Renseignements : site www.centredpsychologienewman.ca, version anglaise; 514 595-7799.

**Sainte-Thérèse – Beau bureau à sous-louer** à temps partiel ou à temps plein. Psychologues pour adultes. Bureau insonorisé, climatisation, très éclairé. Pascale Petit : 514 236-5638.

**Bureaux à louer ou partager – Métro Iberville,** coin Bélanger/Iberville. Salle d'attente, climatisation, insonorisé. Disponibilités : lundi, jeudi, vendredi. Réal Bédard : 514 862-7852.

**Saint-Sauveur. Beau bureau rénové** près village et pentes. Meublé ou non. Salle d'attente partagée avec psychiatre. Temps partiel/plein; minimum un jour/semaine. Stationnement. 514 949-4779.

**À sous-louer, Laval – Édifice médical sécuritaire et centralisé.** Bureaux meublés avec soin, spacieux, lumineux. Salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Stationnement gratuit. Plusieurs blocs de 4 heures disponibles, de jour et de soir. Bail d'un an. Nouveaux tarifs avantageux. Visitez le allardcadieux.ca ou appelez le 450 663-7222.

**Promenade Fleury – Ahuntsic.** Bureau chaleureux au décor soigné à sous-louer. Diverses modalités de location. Climatisation, code de sécurité à l'entrée, Internet. Possibilité de références. 514 384-5000.

**Métro Vendôme – Bureaux meublés et ensoleillés.** Par journée, demi-journée ou bloc. Atmosphère professionnelle. Aussi : salle de conférence pour groupes et ateliers. 514 244-1290 ou info@montrealtherapy.com.

**Centre de psychologie de la Grande-Côte – Bureaux à louer** dans une maison ancestrale. Fraîchement rénovés, chaleureux, spacieux, éclairés, affluence, salle d'attente, Wi-Fi disponible et cuisinette. Facile d'accès, situés à proximité des autoroutes 13 et 15. Horaire de jour/soir disponibles – possibilité références. Diverses modalités location. Josée Bennett : 450 434-3903.

**Québec, près Cartier et Plaines – Magnifique appartement/bureau,** 6 1/2, rez-de-chaussée, rénové par professionnels, belle lumière, grands espaces, non-fumeurs, sans animaux, solarium, jardins fleuris, 1500 \$. 418 559-7051.

**Montréal – Bureau à louer/partager.** Disponible jusqu'à 20 heures/semaine. Ambiance chaleureuse, bien éclairé, meublé, centre professionnel situé face au métro Beaubien. 438 837-0560, 514 727-2586, nat.aubut@sympatico.ca.

**Petit bureau à louer à Brossard.** Place Portobello. Salle d'attente. Grand stationnement, près du pont Champlain. Pour renseignements, appeler M. Robert Tedeschi au 450 812-2912.

**Québec, angle Robert-Bourassa/chemin Sainte-Foy** – Bureau à louer à l'heure ou bloc d'heures. 418 653-6314 ou 418 653-0611.

**Rosemont – Bureau à partager,** insonorisé et ensoleillé avec mur de brique, dans une clinique multidisciplinaire. Communiquez avec Paul Leduc 514 728-8497. Venez nous visiter sur [www.globesante.com](http://www.globesante.com).

**Vieux La Prairie/Rive-Sud de Montréal.** Édifice patrimonial de prestige. Bureau ensoleillé, insonorisé et climatisé avec salle d'attente. Plafond de 12 pieds. Différentes modalités de location (bloc heures, journée, semaine ou mois) et possibilité de références. 450 444-8700, [www.girouxetessier.com](http://www.girouxetessier.com).

**Gatineau – Bureau à louer/partager,** boul. Saint-Joseph. Bien aménagé et insonorisé. Environnement professionnel et calme. 275 \$ par mois. Possibilité de louer plages horaires spécifiques. 819 351-0764.

**Métro Laurier – Boulevard Saint-Joseph.** Bureau à louer, meublé, tout inclus. Occupation flexible (de jour ou de soir). Prix très avantageux. 514 495-9396.

**La Psycho-Clinique Dubreuil** est une équipe de psychologues et de psychothérapeutes exerçant en bureau privé à Lachine. Nous recherchons des personnes intéressées à sous-louer des bureaux. Diverses modalités de location, possibilités d'échanges et de références. Environnement paisible et agréable. Renseignements : [nathalie.dubreuil@videotron.qc.ca](mailto:nathalie.dubreuil@videotron.qc.ca) ou au 514 894-3827.

**Bureau à louer,** 110 pieds carrés, très éclairé, rue Laurier. Annexé à 2 bureaux occupés par psychothérapeutes. Dans environnement calme, chaleureux, sécuritaire, 2 minutes marche du métro Laurier. Salle d'attente, cuisinette, salle d'eau. Comprend électricité, chauffage, taxes d'affaires, climatisation, entretien ménager. Disponible le 1<sup>er</sup> juillet. Communiquer avec Marie Josée 514 231-8479.

**Outremont – Bureaux à sous-louer.** Nouvelle clinique de psychologie située au cœur de l'avenue Bernard (métro Outremont). Bureaux bien aménagés, éclairés, insonorisés. Équipe dynamique cherchant à créer un climat de travail stimulant et convivial. Sous-location au bloc ou à la journée. Barbara Chalifoux : 514 961-2943, ou Nadine Lussier : 514 550-1737.

**Métro Laurier – Beau bureau insonorisé à partager.** Salle d'attente, cuisinette, climatisation centrale, Wi-Fi. Diverses modalités de location. Possibilité de références. 514 286-2349.

**Bureaux à louer – Clinique multidisciplinaire.** Locaux modernes, bien aménagés et bien insonorisés au cœur du quartier Mile-End. Cherchons différents professionnels (psychologues, conseillère en orientation, psychoéducatrice, orthopédagogue, ergothérapeute...) pour se joindre à équipe dynamique et stimulante. Connaître le TDA/H est un atout pour une possibilité de références. Location par blocs ou à la journée. Loyer inclus : téléphone, fax, photocopieur, salle d'attente, cuisine, Wi-Fi, etc. Visitez notre site Internet : [cliniquedah.com](http://cliniquedah.com). Renseignements : Isabelle Lajoie au 514 800-8324, poste 301. Au plaisir!



**SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'ANALYSE BIOÉNERGÉTIQUE (SQAB)**  
**FORMATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE**  
**DÉBUT DU CYCLE PRÉCLINIQUE DE FORMATION (3 ANS)**  
**ATELIERS RECONNUS POUR LA FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE**

**Le langage du corps : un outil diagnostique précieux**  
Louise Fréchette, B.Péd., B.Sc.Or, M.Ps.  
22-23-24 août 2014 - Inscriptions : 514-739-6737

**L'influence de la respiration et de la circulation énergétique sur la vie émotionnelle et la sexualité - René Racine, B.A., M.Ps.**  
3-4-5 octobre 2014 - Inscriptions : 418-852-1371

**Mobilisation du corps et neurophysiologie des émotions**  
Michel Brien, B.sc., psychothérapeute  
21-22-23 novembre 2014 - Inscriptions : 514-385-6462

**POUR INFORMATIONS: 514-385-3342**  
Courriel : [soqab@videotron.ca](mailto:soqab@videotron.ca) Site Web : [www.soqab.com](http://www.soqab.com)

# Petites annonces (suite)

**Clinique de psychologie Papineau – Bureaux à louer** dans une clinique moderne avec cachet. Située sur l'avenue Papineau entre les rues Saint-Joseph et Laurier. Location par blocs et à la journée. Service clé en main : bureaux meublés et insonorisés, salle d'attente, climatisation, page personnelle sur le site Internet de la clinique, cartes d'affaires personnalisées, accès Internet, imprimante, photocopieur, télécopieur, scanneur, tiroir de classeur, adresse postale, salle de conférence pour réunions cliniques, possibilité de références. 514 578-5299, [www.cliniquepapineau.com](http://www.cliniquepapineau.com).

**Bureaux de professionnels à sous-louer** dans le Vieux Saint-Lambert. Plusieurs possibilités de location (demi-journée, journée, mensuelle). Visitez-nous au [www.orientationstlambert.com](http://www.orientationstlambert.com) ou communiquez avec Caroline Gélinas au 514 972-9858.

**Outremont – Bureau à sous-louer.** Chaleureux, insonorisé, salle d'attente. Dans un bel édifice à deux minutes du métro Outremont. Disponible les mardis, jeudis, samedis au bloc ou à la journée. | **Office to share.** Cosy, soundproofed, waiting room. Available: Tuesdays, Thursdays, Saturdays. Marianne: 514 490-0496, 514 817-1544.

**Bureau de psychologue à partager,** 1 journée par semaine, dans le quartier Rosemont. Situé dans une clinique de psychologie entièrement rénovée, comprenant salle d'attente et cuisine. Bureau avec grande fenêtre, meublé et bien insonorisé. Accès Wi-Fi. Communiquez avec Caroline Roy : 514 917-6997 ou [carolineroy.psy@videotron.ca](mailto:carolineroy.psy@videotron.ca).

**Montréal, 2120, rue Sherbrooke Est.** Édifice avec une pharmacie et un restaurant au rez-de-chaussée. Service de sécurité le soir. Salle d'attente plaisante et paisible. Bureau insonorisé, meublé, climatisation, avec grande fenêtre donnant sur le pont Jacques-Cartier. Roger Bronsard : 514 523-8771, [www.rbronsard.com](http://www.rbronsard.com).

**Bureau et salle de groupe à louer** dans une clinique de psychothérapie située au 1801, boul. Saint-Joseph Est, à Montréal. Immeuble récent, locaux insonorisés, très éclairés, bien aménagés, climatisation. Accessible par transport en commun, stationnement facile. Diverses modalités de location, possibilité de références. Renseignements 514-288-2082.

**Grand bureau à sous-louer – Centre-ville de Montréal.** Meublé. Plusieurs disponibilités, partagé avec d'autres professionnels de la santé. 514 948-0550, <http://montreal.lexesologie.ca/2014/03/bureau.html>.

**Bureau rénové (135 pieds carrés) pour professionnel de la santé** dans une clinique privée, environnement chaleureux, 3 minutes du métro Villa-Maria. Plancher de bois franc, grande fenêtre, salle d'attente et cuisinette partagées, chauffage et électricité inclus, prix avantageux. Disponible le 1<sup>er</sup> juin 2014. Renseignements : 514 346-6451.

**Québec – Haute-ville,** très bien situé, bureau psychologue, décoré, climatisé, insonorisé, ensoleillé, salle d'attente privée. Coin René-Lévesque/Belvédère (Sillery, Québec), métrobus, stationnement. Prix très compétitif, location annuelle deux jours/semaine à partir de mai 2014, occupation journalière flexible à discuter. Inclus : chauffage, climatisation, électricité et stationnement. Marielle Bergeron, 418 456-1642, [mariellebergeron@videotron.ca](mailto:mariellebergeron@videotron.ca).

**Furnished Pointe-Claire office to rent.** Waiting room and private bathrooms. Located close to Fairview shopping mall. Call/Text Andrea at 514-781-7791 or email [amatheson.psychologist@gmail.com](mailto:amatheson.psychologist@gmail.com).

**Superbes bureaux dans un immeuble entièrement rénové** dans le quartier Rosemont à Montréal. 500 pieds carrés, soit 3 bureaux et 1 salle d'attente. Entrée privée, services et surtout références. Parfait pour une équipe, peut se louer individuellement aussi. Responsable : Martine Desroches au 514 596-1110. 4350, Beaubien Est, Montréal.

**Bureau à sous-louer temps partiel – Longueuil.** Un de trois grands bureaux de consultation; cuisine, salle d'attente, stationnement. Plancher bois, lumineux, calme. Trois psychologues présents. 450 465-5311.

## \_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

**Recherchons psychologues** adhérant à des valeurs communautaires. Clinique de psychothérapie à Sainte-Thérèse. 25 \$/entrevue, supervision offerte gratuitement. Visitez [www.rssolleillevant.org](http://www.rssolleillevant.org). Renseignements ou CV : [infocpp@bellnet.ca](mailto:infocpp@bellnet.ca).

**La Clinique des troubles de l'alimentation de la Rive-Nord** est à la recherche de psychologues afin de se joindre à son équipe. Nous sommes une équipe composée de psychologues, nutritionnistes, médecins et infirmières. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec nous au 514 433-5727 ou à [info@cliniquealimentation.com](mailto:info@cliniquealimentation.com).

**Clinique PsychoFamiliale Solution-Santé** (Rive-Sud de Montréal et Vaudreuil-Soulanges) recherche professionnels dynamiques désireux faire partie d'une équipe multidisciplinaire (psychologue, orthophoniste, orthopédagogue, psychoéducateur, sexologue) comme travailleurs autonomes. Clientèle enfants/adolescents, adultes/couples, familles. Entente de services incluant locaux neufs, modernes, réception, papeterie, clientèle, publicité, visibilité, flexibilité horaire selon convenance. 450 633-9222, [info@cpsolutionsante.com](mailto:info@cpsolutionsante.com).

**Rive-Sud de Montréal – Recherchons psychologue(s)** ayant ou désireux développer une pratique autonome pour se joindre à notre équipe. Environnement rénové, agréable, prix concurrentiel. 450 670-5905.



**Institut d'analyse eidétique**

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

### Activités de formation 2014-2015

<b>Imagerie mentale en psychothérapie : fondements et bases d'intervention</b> CPQ # RA00270-12 Louise Caouette, Ph.D. Dolbeau : 19 et 20 septembre 2014 Montréal : 24 et 25 octobre 2014 Québec : 5 et 6 décembre 2014	<b>Intensifier l'expérience de présence en psychothérapie</b> CPQ # RA00280-12 Louise Caouette, Ph.D. Montréal : 1 et 2 mai 2015 Québec : 28 et 30 mai 2015
 <p>Louise Caouette, Ph.D. Psychologue, Directrice de l'IAE</p> <p>Accompagnée de Ludovique Dubourg-Larivée, M.Ps. Grace Mc Colough, M.Ps., psychologues</p>	<b>Programme intégré de formation clinique à la psychothérapie eidétique sur 3 ans</b> CPQ # IN00550-11 Début : 27, 28 et 29 novembre 2014 / Lieu : Québec <a href="http://www.image-eidétique.com">www.image-eidétique.com</a>

Information et inscription : [www.image-eidétique.com](http://www.image-eidétique.com) • [info@image-eidétique.com](mailto:info@image-eidétique.com) • 418 853-0193



**Laval – Centre privé recherche des psychologues et neuropsychologues** d'expérience pour une clientèle pédiatrique et adulte. Nous recherchons quatre (4) professionnels(les) comptant plus de trois années d'expériences pertinentes. Nous fournissons : clientèle, services d'administration/coordination, locaux aérés et ensoleillés, l'archivage et possiblement certains tests. Communiquez avec Daniela au 514 312-7046 ou <http://www.neuropsychologielaval.com>.

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

**Vieux La Prairie – Psychologue recherché** pour clinique privée ayant ou désirant développer une pratique autonome. Possibilité de références et de supervision. 450 444-8700, [www.girouxtessier.com](http://www.girouxtessier.com).

**Saint-Contant – L'équipe de Psycho-Centre Roussillon cherche psychologue** à temps partiel pour enfants et adultes avec ou sans expérience. Références fournies. Suzanne Bibeau : 450 633-0022.

**Servirplus recherche des psychologues** pour œuvrer dans différentes cliniques : Québec, Brossard, Sherbrooke, Rosemère. Beaux bureaux à partager, service complet possible, références. Stéphanie : 450 434-2862, poste 322.

**MuUla, est une clinique privée multidisciplinaire** spécialisée dans le traitement des troubles alimentaires, d'image corporelle et d'obésité. Nous sommes à la recherche de psychologues, membres de l'OPQ, pour la clinique de Montréal. Clientèle fournie par la clinique. Possibilité de supervision. Réunions d'équipe. [info@muula.ca](mailto:info@muula.ca), 514 490-1001.

**Besoin de références de clients?** Clinique de psychologues recherche psychologues et psychothérapeutes (région du Grand Montréal), désirant élargir leur clientèle à leur bureau privé ou/et dans nos locaux. Disponibilités jours et soirées requises et approche adaptée au client. Aussi bureaux à louer disponibles. Renseignements : [amelie.pruneau@videotron.ca](mailto:amelie.pruneau@videotron.ca).

**Nous recherchons** un neuropsychologue, un psychologue enfance et un psychologue adulte pour se joindre à notre équipe. 1-2 jours/semaines. Rive-Sud. 514 571-8871. Location prix abordable.

**Clinique Médicale 2 Tours a un grand besoin d'un psychologue.** 1 jour/semaine. 6 médecins référeront. Située dans une tour à bureaux. Nos patients sont des professionnels. S.V.P., communiquez avec Jean-Philippe Morin : 514 573-5349

**Psychologue pour enfants demandé(e) – Pratique privée temps partiel** à Boucherville. Références fournies. Consultez notre site Web : [www.psychologues-rivesud.ca](http://www.psychologues-rivesud.ca). S.V.P., communiquez au 450 449-3963.

**La Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles** recherche actuellement des psychologues pour combler plusieurs besoins dans différents établissements de la Commission scolaire. Si vous êtes une personne passionnée et motivée à la recherche d'un emploi stimulant qui vous permettra de relever de nouveaux défis, joignez-vous à notre équipe! Pour plus d'informations, visitez notre site Internet au [www.cssmi.qc.ca](http://www.cssmi.qc.ca) ou ouvrez directement votre dossier en ligne à l'adresse suivante : <http://www9.cssmi.qc.ca/candidat/candidat.php>.

## \_SUPERVISION

**Supervision en thérapie cognitivo-comportementale** offerte par Isabelle Boivin, Ph.D., psychologue. Approche intégrative, problématiques et modalités de supervision diverses. Bureau à Québec : 418 580-1558, [isabelle.boivin71@gmail.com](mailto:isabelle.boivin71@gmail.com).

**Supervision clinique. Enfants, adolescents.** Évaluation, thérapie. Approche intégrative. Michèle Houde, M.A., psychologue clinicienne, neuropsychologue. 23 ans d'expérience (école, pédopsychiatrie, CRDP, clinique de développement). Laval. 514 813-2117.

**Supervision clinique – Approche psychodynamique.** 25 ans d'expérience en bureau privé. Brigitte Soucy, psychologue-psychothérapeute : 514 963-9501.

**Supervision en psychothérapie cognitivo-comportementale** de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> vague offerte par Lyne Deschênes. M.Ps, psychologue. 25 ans d'expérience clinique. Formée par Frédéric Dionne, Steven Hayes, Matthieu Villatte, Benjamin Schoendorff et Pierre Cousineau. Supervision en personne ou en ligne. 514 883-0720, [lyne.deschenes@hotmail.com](mailto:lyne.deschenes@hotmail.com), [www.lynedeschenes.com](http://www.lynedeschenes.com).

## \_SERVICES OFFERTS

**Traduction anglais/français**, tarif compétitif, travail impeccable, livraison rapide, référence sur demande. Membre ATA. Rédaction et correction. Courriel : [elle@videotron.ca](mailto:elle@videotron.ca). Téléphone : 450 652-7586.

**Psychothérapie Corporelle Intégrée**

[www.institutpci.com](http://www.institutpci.com)

**Montréal (514) 383-8615**  
**Extérieur de Montréal 1-877-383-8615**

2003 Henri-Bourassa Est,  
Bureau 101 Montréal (Qc)  
H2B 1V3

■ **Reconnu par l'OPQ pour la formation continue**

Des concepts et des outils pour inclure activement le corps dans le processus de psychothérapie

**Introduction aux habiletés de base d'intégration psychocorporelle**

Concepts de base de la PCI  
La conscience corporelle  
Les indices corporels de la présence à soi  
Les indices corporels des enjeux de frontières en lien

**Soirée d'information**

**Formation de 13 heures**

16 mai 2014 - 19h30      **Montréal** 7 - 8 juin 2014

**Formation de 90 heures**

**Montréal** automne 2014

**Développée depuis 1985**

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, reichienne, psychologie du Soi, relations objectives) 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 stimulent et supportent une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant. Ces expériences d'intégration corps-esprit-cœur favorisent une réorganisation du cerveau au sein où le décryptent les neurosciences actuelles.

Programme offert au Québec, en Belgique et en France.

André Duchesne, psychologue, directeur de l'IPC

## La crise du milieu de vie

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

### Le cas clinique

Mère de trois enfants à plein temps, la patiente consulte à la suite d'une rupture conjugale. Son mari l'a quittée subitement pour cohabiter avec une jeune et belle professionnelle de 25 ans. La patiente se sent dévalorisée. Elle n'a pas la jeunesse, la beauté, les diplômes et l'aisance financière de cette rivale. Elle vit la situation comme un jugement définitif de sa valeur comme personne et l'intensité du deuil est associée à plusieurs symptômes dépressifs.

### La recherche le dit

Selon Freund et Ritter (2009), l'existence même de la crise, associée tantôt à la quarantaine, tantôt à la cinquantaine, ne fait pas l'unanimité dans la littérature scientifique. Selon Almeida (2009), seulement 29 % des personnes de plus de 40 ans rapportent avoir vécu une telle crise. Lorsqu'elle survient, elle est plus souvent associée à des situations difficiles (problèmes de santé, perte d'un parent) qu'à l'âge.

Les signes extérieurs interprétés comme indices d'une crise sont souvent plutôt des signes d'aisance matérielle. Les hommes dans la cinquantaine commencent à être plus satisfaits de leurs conditions de vie (Beutel et coll., 2010). La maison est payée. On peut se permettre quelques caprices. L'âge n'est pas nécessairement en cause.

Marano (2011) décrit toutefois cette période de la vie comme une confrontation avec soi-même, une prise de conscience intime parfois déclenchée par des articulations plus raides, une douleur à la poitrine ou la mort d'un proche. La carrière peut stagner, la routine s'installe et la personne se demande : « est-ce tout? » Freund et Ritter (2009) soulignent l'impact de la comparaison entre les attentes sociales et les buts personnels. Certains se remettent en question ou trouvent de nouveaux défis. D'autres recherchent une excitation extérieure et blâment leur partenaire pour l'absence d'excitation dans leur vie.

Beutel et ses collaborateurs (2010) ont étudié un échantillon de 2144 hommes. Ils constatent l'existence d'une crise de la cinquantaine qui se manifeste principalement par des préoccupations au sujet de sa santé, un plus haut niveau d'anxiété, une réduction de l'estime de soi et de la résilience. Il n'y avait toutefois aucun lien entre l'âge et le niveau de satisfaction de sa vie.

Degges-White (2001) souligne que notre culture a une vision très différente des hommes et des femmes en ce qui concerne la crise de la quarantaine ou de la cinquantaine. Selon les clichés populaires, les hommes chauves achètent des autos sport rouges et fréquentent de jeunes filles pendant que les femmes ménopausées recherchent des chirurgies reconstructives après le départ des enfants qui laisse le nid vide. Cette vision négative s'est atténuée depuis que les femmes poursuivent des formations et des carrières autonomes (Thomas et Neugebauer, 2009). Ces professionnelles ont toutefois aussi des attentes et des ambitions plus élevées et un niveau de soutien moindre que leurs prédécesseuses.

Degges-White rapporte que les femmes divorcées de ce groupe d'âge ont besoin que le psychothérapeute aborde le deuil, la dépression et souvent l'estime de soi. À l'approche de la ménopause, et de sa menace à la vision traditionnelle de la féminité et de la sexualité, ces femmes devront consolider leur image d'elle-même et leur identité. Elles auront également à développer les habiletés sociales propres à la possible recherche d'un partenaire et à la négociation des ententes financières consécutives à la séparation.

Lippert (1997) souligne l'importance d'une évaluation individualisée qui permettra d'ajuster les interventions du psychothérapeute à la constellation complexe des variables en jeu. Compte tenu des messages contradictoires que la société envoie aux femmes, il peut s'attendre à certaines ambivalences (tristesse de la perte, soulagement de la liberté) vis-à-vis de cette situation complexe. Cet auteur suggère de laisser la patiente raconter son histoire, de l'inviter à exposer le sens qu'elle donne à cette situation et de l'accompagner dans le processus de construction de sens. Il invite le thérapeute à analyser le contexte socioculturel, à renforcer les ressources personnelles de la patiente et à lui fournir du soutien.

La patiente mentionnée au début de cet article a repris contact avec les valeurs fondamentales qui l'on amenée à une vie bien remplie de mère de famille à la maison. En continuité avec les choix qu'elle a faits au cours de sa vie, elle affirme que c'est elle qui a gardé le trésor familial, se référant à son lien privilégié avec ses trois enfants, que le père avait pour l'instant abandonnés sans scrupule. Elle ne se rendait pas justice en s'évaluant subitement selon des valeurs qui n'ont jamais été les siennes. Redirigeant sa colère vers l'ex-conjoint en fuite, elle conclut que ce départ parlait beaucoup plus de lui, de sa difficulté de vieillir et de sa tendance à fuir vers ce qui brille, dans le rêve et la superficialité. Elle a reconnu et apprécié la profondeur de son propre engagement et de son dévouement à sa famille.

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

### Bibliographie

- Almeida, D. (2009). Is it true that people can have a midlife crisis, or is it a myth? *Scientific American Mind*, 20, 1, 70.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., et Brahler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, March 2010, 13, 1, 32-39.
- Degges-White, S. (2001). Midlife Transitions in Women: Cultural and Individual Factors. *Adultspan Journal*, 3, 1, 4-11.
- Freund, A. M., et Ritter, J. O. (2009). Midlife Crisis: A Debate. *Gerontology*, 55, 582-591.
- Lippert, L. (1997). Women at Midlife: Implications for Theories of Women's Adult Development. *Journal of Counseling & Development*, 76, Winter 1997, 16-22.
- Marano, E. (2011). Behold the midlife crisis. *Psychology Today*, January/February, 2011, 35.
- Thomas, E. et Neugebauer, R. (2009). Supporting women in mid-life. *Therapy Today*, 20, 6, 42.



## LA RELATION D'OBJET EN PSYCHOTHÉRAPIE

Un séminaire théorico-clinique avec Gilles Delisle, Ph.D

« L'ossature théorique et clinique générale que proposent les auteurs classiques de la relation d'objet se trouve très largement soutenue par les connaissances actuelles issues des neurosciences »

Margaret Zelin, Neuroscience of Attachment and Separation Distress,  
VII<sup>e</sup> Conférence de la Société Internationale de Neuropsychanalyse, Pasadena, 2006

Comprendre les grands systèmes théorico-cliniques qui ont placé la relation d'objet au coeur du développement, aide à saisir la complexité de ce qui est en jeu au sein de la relation thérapeutique. Ce séminaire, offert au CIG depuis 15 ans, veut permettre aux professionnels de la santé mentale d'enrichir leur compréhension, tant de la pathogenèse que du processus thérapeutique.

### LE CONTENU DU SÉMINAIRE

Nous étudierons les principaux auteurs classiques de la théorie générale de la relation d'objet, c'est à dire ceux qui ont fait école et dont les contributions continuent d'alimenter les réflexions théoriques et la pratique clinique contemporaine. Leurs contributions seront en outre examinées à la lumière des données de la neurodynamique contemporaine.

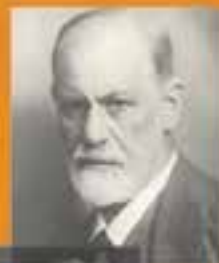
- **Freud** : Narcissisme, dépression et relation à l'objet
- **Klein** : L'identification projective
- **Fairbairn** : La structure endopsychique
- **Winnicott** : Les phénomènes transitionnels
- **Mahler** : Le processus séparation-individuation
- **Kernberg** : Les représentations bipolaires et la coloration affective
- **Kohut** : Le soi bipolaire, le narcissisme, l'intersubjectivité
- **Fonagy** : L'attachement et la mentalisation

### LA FORMULE ET LA MÉTHODE DIDACTIQUE

- Un vendredi par mois, de septembre 2014 à juin 2015, de 9h00 à 16h30.
- Comprendre le système proposé par les auteurs étudiés.
- L'appliquer à des cas issus de la pratique des participants.

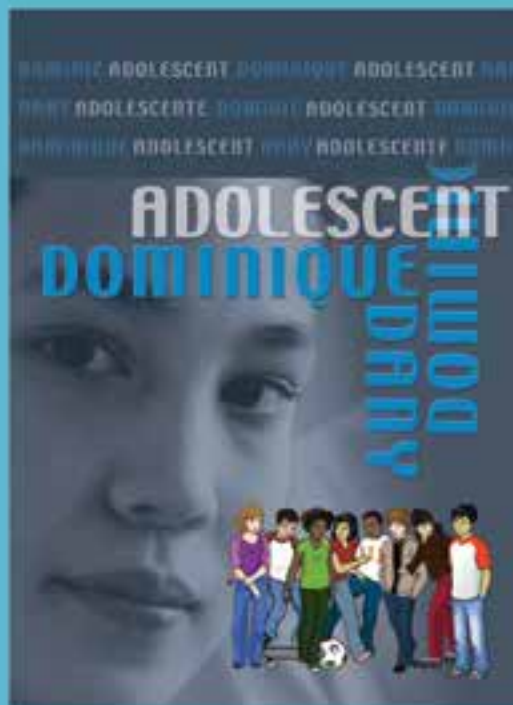
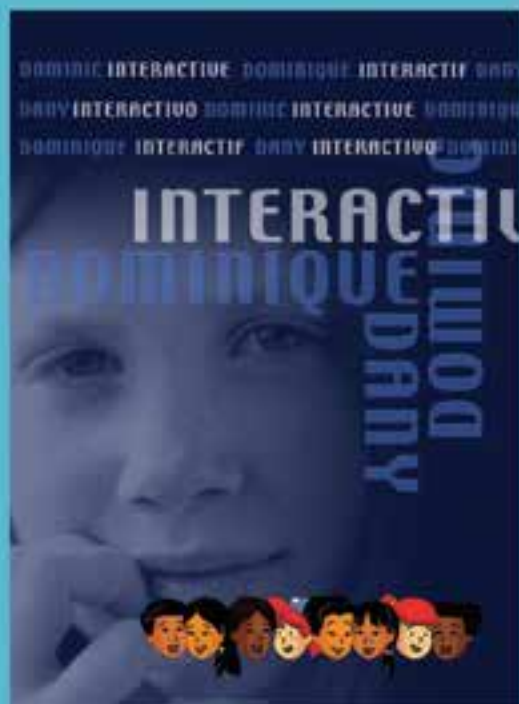
MONTREAL, 1750 \$ (plus taxes)  
QUÉBEC, 2000 \$ (plus taxes)

Nombre de places limité à 16.  
INSCRIPTION au 514 481-4134 ou [administration@cigestalt.com](mailto:administration@cigestalt.com)



# Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer  
les enfants et les adolescents



## Un test:

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

## Le test comprend:

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

## Nous recyclons!

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

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

[WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM](http://WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM)