

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 28
numéro 02
mars 11

QUÉBEC

> L'alliance thérapeutique

Construire,
maintenir et
réparer le lien

ENTREVUE

GILLES DELISLE ET LA COMPÉTENCE AFFECTIVE
DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

AVIS D'ÉLECTION

6 POSTES À COMBLER AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DÉONTOLOGIE

À PROPOS DES HONORAIRES



Dominique Interactif c'est quoi?



Version enfant (6 à 11 ans)



Version adolescent

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

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


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





D.I.M.A.T. INC, C.P. 212, SUCCURSALE VICTORIA, WESTMOUNT, H3Z 2V5
TÉLÉPHONE (SANS FRAIS): 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR: 514 482-0806
VENEZ VISITER NOTRE NOUVEAU SITE : WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM


Formation clinique 3^e promotion Septembre 2011






CIG
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE

 Programmes de
formation clinique

 Ateliers de
perfectionnement

 Groupe
NeuROgestalt

 Les Éditions du CIG

-  Une formation clinique de pointe, strictement réservée aux professionnels de la santé mentale
-  Une théorisation rigoureuse, soutenue par les connaissances actuelles et intégrant :
 - Les connaissances des neurosciences actuelles, en particulier les travaux d'Allan Schore sur la régulation affective
 - Les théories contemporaines du développement de la mentalisation
 - La neurodynamique de l'expérience psychothérapeutique
-  Une formation expérientielle, permettant au participant d'éprouver personnellement les outils d'intervention et d'amorcer une réflexion approfondie sur ses propres enjeux développementaux
-  Des situations structurées de practicum supervisés en direct, permettant la mise en application sous contrôle
-  4 regroupements annuels de 4 jours pendant 3 ans

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

Pour recevoir la documentation complète et le
dossier de candidature :
514-481-4134



> dossier p.20 L'alliance thérapeutique

20_ **L'alliance thérapeutique
Un défi constant pour le thérapeute**
D^{re} Monique Brillon, psychologue

24_ **L'alliance thérapeutique dans les thérapies cognitives
et comportementales contemporaines**
D^r Frédérick Dionne, psychologue

29_ **L'alliance thérapeutique avec les enfants**
Dominique Côté, psychologue

33_ **Pour installer une forte alliance, rejoindre le monde du client**
Yves Gros-Louis, psychologue

36_ **L'alliance thérapeutique en psychothérapie : un art**
Lucie Richer, psychologue

Publicité controversée

RÉCEMMENT, UNE PUBLICITÉ DE LA BANQUE NATIONALE PARUE DANS *PSYCHOLOGIE QUÉBEC* A DÉPLU À UNE PORTION DE NOTRE LECTORAT EN RAISON DE L'UTILISATION, DANS CELLE-CI, D'UNE PLANCHE DU TEST DE RORSCHACH.

Cette publicité faisait partie d'une campagne de promotion développée par la Banque Nationale à l'intention des professionnels de la santé membres de divers ordres. La campagne publicitaire utilise, pour chaque profession, un élément significatif afin que les professionnels puissent s'y reconnaître. En raison des préoccupations exprimées par certains lecteurs, nous avons demandé à notre annonceur de trouver une autre illustration. Nous sommes désolés du mécontentement engendré par la publication de cette publicité.



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

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

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



_sommaire

07_ **Éditorial**

Corporatisme ou intérêt du public?

08_ **Pratique professionnelle**

Les services de santé mentale

10_ **Formation continue**

Le choix des activités de formation continue, un choix rationnel?

12_ **Affaires juridiques**

Exercice de la profession de psychologue en société

14_ **Déontologie**

À propos des honoraires

16_ **Entrevue : Gilles Delisle**

La compétence affective du psychothérapeute

19_ **L'institut national d'excellence en santé et services sociaux**

Pour une utilisation efficace des ressources

40_ **Avis d'élection 2011**

43_ **Vient de paraître**

44_ **Tableau des membres**

48_ **Petites annonces**

50_ **La recherche le dit**

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

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier,
Pierre Desjardins, Yvette Palardy

Rédaction :: Krystelle Larouche

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Conception graphique et production ::

Quatuor Communication / quatuor.ca

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

Non-membres :: 40,87 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Étudiants :: 25,74 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

www.ordrepsy.qc.ca

Psychologie

QUÉBEC

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Mai 2011 : 25 mars 2011

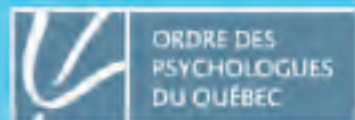
Juillet 2011 : 17 juin 2011

Des privilèges exclusifs : **c'est réglé.**



Spécialement réservé aux membres

Obtenez **10 % de réduction** sur vos primes d'assurance automobile, habitation et véhicules récréatifs.



La Capitale
assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

1 866 551-2641 • Montréal : 514 788-3527 • www.lacapitale.com



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

Éditorial

Corporatisme ou intérêt du public?

Vous le savez, le service de l'aide financière du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ne reconnaît toujours pas l'évaluation du psychologue pour donner accès à la subvention permettant l'achat de portables ou logiciels pour les enfants souffrant de dyslexie. Ceci est un non sens. La ministre elle-même le reconnaît et s'en est excusée par l'entremise de ses représentants. Je vous transmets ses excuses, bien que ce ne soit pas aux psychologues qu'elles devraient s'adresser, mais à tous les parents et enfants qui ont dû essayer ces refus. Quoiqu'il en soit, ce ne sont pas des excuses que nous recherchons, ce sont des solutions. Or, bien qu'on nous dise en chercher au ministère, personne ne peut nous dire quand cette situation sera corrigée.

La loi 90 a créé une certaine confusion et depuis, dans plusieurs milieux, l'orthophoniste est identifié comme le seul professionnel autorisé à conclure à la présence d'une dyslexie chez un enfant. À toutes les fois où cette réalité nous a été rapportée, nous avons réaffirmé que cela n'était appuyé ni par le droit professionnel (voir à ce sujet la chronique de M^e Lorquet dans le numéro de novembre 2010 de *Psychologie Québec*) ni par la clinique. Nous avons fait plusieurs démarches pour tenter de résoudre ce problème. Nous ne prétendons pas être les seuls à pouvoir évaluer et surtout, intervenir auprès des enfants dyslexiques. Le rôle des orthopédagogues est largement reconnu par les psychologues et par l'Ordre. Nous ne contestons pas le droit des orthophonistes à identifier une dyslexie. Nous voulons que l'évaluation faite par le psychologue, dont la compétence en ce domaine n'a jamais été contestée, donne accès aux mêmes services.

Nous recevons quotidiennement des appels de parents, de gestionnaires et de psychologues qui se plaignent de cette situation. Nous leur expliquons que cela n'est pas sous la gouverne de l'Ordre et nous portons ces situations à l'attention des personnes en autorité, au ministère comme au cabinet de la ministre. Mais voilà qu'un discours se répand selon lequel il n'y aurait pas réellement de problèmes dans les milieux, que l'Ordre ferait état de corporatisme, que pour les décideurs (sous-entendu, pas pour nous), c'est le bien-être des enfants qui compte, etc.

Par quelle logique peut-on alors nous accuser d'être corporatistes? Que je sache, le corporatisme vise principalement à exclure les autres pour ne garder le marché que pour soi. Nos revendications ne visent pas à exclure qui que ce soit, ni à protéger aucun marché. Nous voulons que l'enfant ait les mêmes services, qu'il ait été évalué par l'une ou l'autre des professions compétentes. Nous nous faisons le porte-parole des personnes qui nous appellent. Nous nous faisons aussi les gardiens de l'accessibilité compétente, engagement que nous avons pris en même temps que les autres ordres professionnels et l'Office des professions.

Il est temps que plusieurs voix se fassent entendre et non seulement celle de l'Ordre. C'est pourquoi je convie les psychologues qui sont au courant de situations où l'accessibilité aux services est brimée par de telles décisions administratives de manifester leur désaccord et ce, non seulement en communiquant avec l'Ordre, mais avec les directions, les ministères et, pourquoi pas, le cabinet de la ministre. Nous inviterons aussi à le faire les parents qui s'adressent à nous.

J'ai beaucoup de respect pour les politiciens et les fonctionnaires. Ils font un travail difficile et je sais le reconnaître. Il n'en demeure pas moins qu'ils sont au service de la population, dont la voix doit être entendue de différentes manières afin de donner priorité à la recherche de solutions. L'Ordre ne peut jouer d'autre rôle que le sien, soit exercer son mandat de protection du public, ce qui inclut la défense de l'accessibilité aux services. Nous continuerons à le faire avec vigueur et en collaboration avec toutes les instances concernées.

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

Pratique professionnelle

Les services de santé mentale



Pierre Desjardins / Psychologue

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

Le directeur national de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux lançait en 2010 une consultation afin d'évaluer le degré d'implantation sur le terrain du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM). Il a organisé une tournée de 17 régions administratives du Québec qui s'est terminée par une rencontre, en novembre 2010, réunissant des représentants de diverses organisations dont, par ordre alphabétique, l'Association des médecins psychiatres du Québec, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

_LE COMITÉ DE TRAVAIL

Afin de pouvoir présenter à cette rencontre un portrait qui soit le plus juste possible, nous avons au préalable mis sur pied un comité de travail ad hoc constitué de quatre administratrices de l'Ordre, psychologues cliniciennes actives sur le terrain¹, comité dirigé par le soussigné, directeur de la qualité et du développement de la pratique. Le comité était entre autres chargé de recueillir de l'information auprès de psychologues cliniciens issus de différents milieux et de différentes régions et de dégager les principaux enjeux liés aux objectifs que vise la PASM. Il est important de noter que le mandat n'était pas de commenter ou de critiquer le PASM², mais bien de donner notre opinion sur son degré d'implantation.

_LA RENCONTRE DE CONSULTATION : CONVERGENCE DES PERCEPTIONS

Il faut souligner d'entrée de jeu que le directeur national de la santé mentale, le Dr Delorme, et les membres de son équipe, présents à la rencontre de consultation, se sont montrés réalistes et lucides et ils ont fait preuve d'une grande ouverture pour accueillir la critique.

Par ailleurs, malgré la diversité des participants à la rencontre de consultation, la multiplicité de leurs intérêts et l'angle parfois différent à partir duquel chacun de ceux-ci a abordé la question, nous avons constaté que tous, nous traçons un portrait assez similaire de la réalité. Il y a eu convergence de perceptions et d'opinions et correspondance de celles-ci avec l'analyse qu'avait faite la Direction nationale de la santé mentale et dont le directeur nous avait d'ailleurs donné quelques aperçus précédemment, au dernier congrès de l'Ordre des psychologues³.

D'abord, en ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé mentale, le constat a été fait des efforts déployés pour la mise en place de structures comme les guichets uniques et les équipes de santé mentale de première ligne. Toutefois, il y aurait encore beaucoup à faire pour uniformiser et standardiser autant que possible les guichets uniques, pour s'assurer qu'ils ne contribuent pas au goulot d'étranglement et pour harmoniser leur fonctionnement avec les différentes autres portes d'entrée existantes. Quant aux équipes de santé mentale de première ligne, il y a eu une migration d'effectifs en provenance de la deuxième ligne et cela pourrait expliquer l'impact constaté sur la nature des services offerts en première ligne et sur l'accessibilité et la qualité des services de deuxième ligne, étant donné les pertes d'effectifs à ce niveau. Le directeur national de la santé mentale du Québec, dans le cadre du dernier congrès de l'Ordre, avait d'ailleurs relevé que la migration vers le nouveau modèle de soins n'est pas encore totalement actualisée et que les longs délais d'attente pouvaient être en partie attribuables au fait que les travers de l'ancien système étaient en train de réapparaître en première ligne.

De plus, les équipes de santé mentale ne sont pas encore toutes en place; elles ne sont pas toutes, non plus, constituées de tous les professionnels requis. On a d'ailleurs rapporté que l'accès aux psychologues de même qu'aux services de psychothérapie (au sens du PL 21) demeure difficile, pour ne pas dire très problématique, dans certaines régions. Dans le même sens, on a soutenu l'importance d'intégrer des psychologues et des travailleurs sociaux dans les groupes de médecine familiale (GMF), d'où ils sont actuellement absents.

Le PASM préconise l'efficacité et l'efficience pour traiter un maximum de personnes. Toutefois, il y aurait une certaine fragmentation des soins au sens où on se trouve souvent à traiter non pas des personnes, mais des pathologies, ce qui peut donner lieu à des ruptures de continuité. De plus, en matière d'efficience et d'efficacité, on veut s'appuyer sur la recherche et les données probantes, mais malheureusement il y a encore beaucoup d'éducation à faire auprès des dirigeants et des intervenants sur le sens et la portée des recherches et des données probantes. En fait, très peu sont en mesure de faire une juste analyse de ce que rapporte la recherche, ce qui implique certains risques dans les choix de services à offrir.

Enfin, le PASM s'appuie sur l'incontournable collaboration interdisciplinaire, mais on a souligné que trop souvent, en matière de santé mentale, on confond les intervenants dits psychosociaux vers lesquels on oriente indistinctement la clientèle sans tenir compte de la spécificité des compétences de chacun. Le directeur national de la santé mentale a d'ailleurs déploré que lorsqu'on embauche du personnel en santé mentale au Québec, on semble ne pas tenir compte du fait que cela doit se faire en considérant la présence de compétences particulières. Il a, à cet égard, sollicité la collaboration des ordres professionnels concernés pour mieux informer les employeurs sur les compétences qui doivent être requises pour poser les gestes appropriés auprès de la clientèle en santé mentale.

_EN PARALLÈLE, CHEZ NOS COLLÈGUES CANADIENS

Le Dr Martin Drapeau, psychologue et vice-président de l'Ordre, a participé récemment à un forum organisé par la Table de la santé mentale⁴ à Ottawa et il a constaté que les défis quant à l'accès aux services en santé mentale au Québec ne sont pas sans rappeler ce qui se passe chez nos collègues canadiens. Lors de ce forum, plusieurs représentants d'organismes œuvrant dans le domaine de la santé, y compris des cliniciens, chercheurs, usagers et gestionnaires, ont tenté de faire le point sur les barrières à l'accès aux services en santé mentale. Parmi celles-ci, on a notamment souligné la méconnaissance que peuvent avoir les professionnels d'une discipline des compétences des professionnels d'une autre discipline. Ceci a certainement un impact sur l'efficacité et l'efficience des services offerts dans la mesure où la clientèle se trouve orientée vers des professionnels qui risquent de ne pas pouvoir répondre à leurs besoins. Les participants ont par ailleurs souligné que, de plus en plus, chacune des professions en santé mentale se spécialise, si bien qu'il est illusoire d'imaginer qu'un seul professionnel, quel qu'il soit, puisse répondre à toutes les demandes et prendre toutes les décisions.

La question de l'interdisciplinarité a ainsi été soulevée à maintes reprises, tout comme d'ailleurs celle de la participation active des clients dans le choix et l'offre de services. Comme le notait Howard Chodos, conseiller spécial pour la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, il importe de délaisser les modèles traditionnels et plutôt opter pour des modèles collaboratifs, à la fois entre les différents professionnels, mais aussi entre les professionnels et les clients. Cette façon de faire pourrait aider à offrir aux clients les soins et services qu'ils requièrent, en fonction des meilleures pratiques et aussi en fonction de leurs préférences.

_CONCLUSION

On aurait pu croire que de regrouper ainsi différents professionnels dont les intérêts peuvent diverger ne permettrait pas vraiment de dégager des consensus. Or ces deux événements rapportés ici nous ont prouvé le contraire. Les consensus sont possibles en santé mentale et en relations humaines quand nous nous centrons tous sur les intérêts des clients, ce à quoi d'ailleurs nous convie notre Code de déontologie.

_Notes

- 1 Il s'agit de M^{mes} Linda Gold-Greenberg, Marie-Rose Grenier, Marie-Josée Lemieux et Hélène Vincent.
- 2 En février 2005, l'Ordre avait déposé un avis sur le PASM 2005-2008. Cet avis faisait état de nos réactions, commentaires et suggestions, cette version du PASM a ensuite été modifiée pour devenir le PASM 2005-2010. L'avis de l'Ordre se trouve dans notre site à l'adresse suivante : http://www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2005_02_Avis_OPQ_plan_action_sante_mentale.pdf
- 3 Lire à ce sujet l'article publié dans *Psychologie Québec*, édition janvier 2011 (vol. 28, no 1, p. 23-24).
- 4 Constituée en 2009, la Table de la santé mentale est composée de délégués de 12 associations nationales canadiennes représentant les principaux professionnels œuvrant en santé mentale, y compris la Société canadienne de psychologie. Pour plus d'information, visiter : <http://www.cpa.ca/praticiens/accesstoservice/TSM/>

_NOMINATION À LA DIRECTION DE LA QUALITÉ ET DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE

Le 31 janvier dernier, la D^{re} Nathalie Girouard, psychologue, s'est jointe à l'équipe de la direction de la qualité et du développement de la pratique en acceptant le poste professionnel de conseillère. Elle travaillera en étroite collaboration avec le directeur, M. Pierre Desjardins, qui lui confiera principalement la responsabilité d'élaborer des documents-cadres (guides explicatifs, cadres de pratique, lignes directrices et autres). Elle pourra également contribuer aux affaires professionnelles et siéger à différents comités. Elle répondra de plus aux besoins des autres directions à l'Ordre en ce qui concerne la recherche documentaire. Enfin, elle exercera un rôle de vigie des tendances relatives à la pratique professionnelle et aux compétences requises pour celle-ci.

Avant d'occuper ce poste à la permanence de l'Ordre, la D^{re} Girouard a travaillé comme clinicienne en pratique privée, en centre de réadaptation DI-TED et en centre hospitalier universitaire. Jusqu'à tout récemment, elle occupait un poste de conseillère clinique cadre en CSSS. Sa formation, ses expériences professionnelles et son vif intérêt pour le développement de la pratique clinique en feront un atout majeur pour les dossiers de l'Ordre.

Souhaitons-lui le meilleur des succès à l'Ordre!



Formation continue

Le choix des activités de formation continue, un choix rationnel?



Charles Demers / Psychologue

Responsable de la formation continue

cdemers@ordrepsy.qc.ca

La formation initiale en psychologie permet d'acquérir un cursus de connaissances prédéterminé face à la pratique de la psychologie. Cette formation initiale requiert de 7 à 10 ans de cours universitaires afin de bien préparer l'étudiant à devenir psychologue et exercer de manière compétente sa profession. Malgré ces longues études, la durée de vie des connaissances scientifiques deviendrait obsolète de 10 à 12 ans après l'obtention du diplôme de doctorat en psychologie¹. C'est ce que nous appelons le concept de « demi-vie » des connaissances. Aussi, afin de continuellement demeurer à jour dans notre domaine, des programmes de formation continue ont été développés par différents organismes. Plus de 43 États américains exigent de leurs psychologues une mise à jour obligatoire de leurs connaissances par l'entremise d'un nombre d'heures de formation continue obligatoire². Le projet de loi 21 vient également confirmer l'importance de la formation continue obligatoire dans le secteur de la psychothérapie. Cette exigence se traduira par un minimum de 90 heures de formation continue sur une période de 5 ans afin de pouvoir continuer d'exercer la psychothérapie.

_LES EXIGENCES DE LA FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE

Existe-t-il des différences entre les psychologues qui ont une obligation d'accumuler des heures de formation continue et ceux qui n'en ont pas? Un sondage, réalisé par Neimeyer, Taylor et Philip en 2010³ auprès de 1146 psychologues, a révélé que les psychologues non obligés accumulaient un tiers de moins de crédits d'heures de formation continue que les psychologues obligés à le faire. Près de 25 % des psychologues non obligés accumuleraient 5 crédits ou moins de formation continue annuellement, en comparaison à seulement 1,4 % des psychologues obligés. Compte tenu de ces différences importantes, les auteurs de l'article concluaient que l'obligation d'accumuler des heures de formation continue permettait d'assurer un développement professionnel adéquat pour l'ensemble des psychologues.

Bon nombre de ces programmes sont accrédités par divers organismes de certification (APA, CPA, collège de psychologues ou l'équivalent d'un ordre professionnel, etc.). Ceci permet d'assurer la qualité du contenu des formations offertes aux psychologues. Mais contrairement à la formation initiale où le cursus de formation est prédéterminé, la formation continue en cours d'emploi repose essentiellement sur le principe d'autorégulation par le psychologue. Selon ses intérêts et ses besoins, de manière individualisée, celui-ci déterminera la nature des activités de formation continue à suivre (lecture, supervision, congrès, cours, etc.) ainsi que son contenu.

Évidemment, nous serions tentés de croire que le choix de formation devrait normalement tenir compte des habiletés professionnelles à acquérir en cours d'emploi et de la capacité du psychologue à bien reconnaître ses forces ainsi que les compétences qu'il doit développer dans son champ de pratique et milieu de travail. Peu d'études permettent de confirmer que le choix de formation continue par le psychologue seraient avant tout un choix rationnel qui tiendrait compte de tous ces facteurs. L'étude de Neimeyer, Taylor et Wear (2010)⁴ a cependant permis de conclure que les choix de formation faits par les psychologues se distinguaient selon les milieux de travail. À titre d'exemple, les psychologues oeuvrant dans les milieux hospitaliers avaient davantage tendance à privilégier les formations traitant de l'évaluation, de la psychopharmacologie, de la neuropsychologie, des troubles cognitifs, de la santé et des comportements, des maladies chroniques et de la gestion de la douleur. Ceci traduit une spécificité des choix de formation continue qui tient compte des exigences du milieu de travail dans la pratique professionnelle.

_SUR QUOI REPOSENT NOS CHOIX DE FORMATION CONTINUE

L'intérêt du sujet et la mise à jour du sujet sont d'ailleurs les principaux facteurs qui influenceraient les choix d'une formation continue⁵. Selon l'étude, peu de psychologues ont eu tendance à sélectionner leur formation continue en tenant compte de leurs faiblesses professionnelles. Des considérations secondaires non négligeables seraient également présentes dans les choix d'une formation, notamment son coût et son aspect pratique (ex. : formation donnée dans son milieu de travail ou accessible sur internet, formation qui se donne la fin de semaine, etc.). Cependant, l'importance du réseautage professionnel, la prévention de l'épuisement professionnel ou le désir de « développer » sa pratique n'ont pas semblé être des facteurs secondaires très significatifs.

_LA PERTINENCE D'UNE APPROCHE RÉFLEXIVE

Le maintien et le développement des compétences sur le plan professionnel sont au cœur d'un processus continu tout au long de la carrière du psychologue (30 à 40 ans). Bien qu'il s'avère judicieux de bénéficier régulièrement de diverses activités de formation continue, il est tout aussi opportun de se questionner sur la pertinence de nos choix et de considérer le processus qui nous amènera à sélectionner une formation plutôt qu'une autre. À titre d'exemple, l'Ordre des psychologues de l'Ontario a développé au bénéfice de ses membres un guide d'autoévaluation et de développement professionnel afin d'évaluer leurs compétences et habiletés. Suite à cette autoévaluation, les psychologues sont invités à sélectionner des activités de formation susceptibles d'améliorer les aspects lacunaires spécifiques de leur pratique professionnelle. Une telle approche réflexive est susceptible d'améliorer nos choix quant à la nature des activités de formation continue à privilégier au cours de notre carrière.

_Notes

- 1 Wise E.H., Nutt, R.L., Schaffer, J.B., Sturm, C.A., Rodolfa, E. and Webb, C. (2010). Life-long learning for psychologists: current status and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 41 (4), p. 288-297
- 2 Neimeyer, G.J., Taylor, J.M. and Wear, D. (2010). Continuing education in psychology : patterns of participation and aspects of selection. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 41 (4), p.281-287.
- 3 Neimeyer, G.L., Taylor, J.M. and Philip, D. (2010). Continuing education in psychology : patterns of participation and perceived outcomes among mandated and nonmandated psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, Vol. 41 (5), p.435-441.
- 4 Neimeyer, G.J., Taylor, J.M. and Wear, D. (2010). Continuing education in psychology : patterns of participation and aspects of selection. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 41 (4), p.281-287.
- 5 Neimeyer, G.J., Taylor, J.M. and Wear, D. (2010). Continuing education in psychology : patterns of participation and aspects of selection. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 41 (4), p.281-287

Société Québécoise d'Hypnose inc.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Formation en hypnose clinique
FORMATION DE BASE - 5, 6, 19 ET 20 MARS 2011
À MONTRÉAL

Cet atelier initie les participants(es) à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

La méthodologie privilégiée favorise un apprentissage progressif et intensif des habiletés, des techniques et stratégies de base en hypnose clinique.

Cette formation respecte les standards retenus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH).

Résonance / Cohérence cardiaque et hypnose
Avec David O'Hare, MD
FORMATION INTERMÉDIAIRE - 15 ET 16 AVRIL 2011
À MONTRÉAL

Pauline Bézier et Michel Landry, psychologues, responsables du programme de formation de la Société d'Hypnose du Québec.

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

Affaires juridiques

Exercice de la profession de psychologue en société : le point sur la réglementation à venir



M^e Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire
du conseil de discipline

elorquet@ordrepsy.qc.ca

Plusieurs psychologues nous demandent s'ils peuvent exercer leur profession en société par actions (SPA) ou en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL), comme le font certains autres professionnels, par exemple les médecins, les comptables et les avocats. Nous vous confirmons qu'un règlement de l'Ordre des psychologues vous y autorisera probablement en mars, selon certaines conditions et modalités.

Rappelons que conformément à l'article 95.3 du Code des professions, un projet de règlement vous a été soumis pour consultation en avril 2010. Nous n'avons reçu aucun commentaire. Il a ensuite été présenté pour adoption au conseil d'administration de l'Ordre à sa séance du 11 juin. Après son adoption, il a été transmis à l'Office des professions à des fins de publication à titre de projet de règlement dans la *Gazette officielle du Québec*. À la suite de cette publication, l'Office des professions a recommandé son adoption et transmis le projet de règlement au cabinet du ministre responsable de l'application des lois professionnelles pour décision par le Conseil des ministres. Nous en sommes à cette étape du processus. Une fois cette étape réalisée, le règlement entrera finalement en vigueur après sa publication dans la *Gazette officielle du Québec*. Nous vous en informerons par l'envoi d'un numéro d'OPQ *Dernière heure*.

Il vous est toutefois possible de commencer à vous préparer dès maintenant en prenant connaissance du projet de règlement qui a été publié à la *Gazette officielle du Québec* ainsi que de sa version annotée. Ces documents se retrouvent également dans la section des membres du site web de l'Ordre, sous l'onglet *Centre de documentation – Projet de règlement*.

Lorsque le règlement sera en vigueur, un guide d'instruction expliquant les démarches obligatoires à effectuer auprès de l'Ordre sera disponible. M^e Cindy Decarie et moi nous ferons un plaisir de répondre à vos questions. Il est à noter cependant que l'Ordre ne donnera pas de conseils juridiques ou fiscaux en lien avec ce règlement et votre pratique professionnelle : c'est l'analyse de votre situation personnelle par un expert (comptable, avocat, notaire, fiscaliste) qui vous permettra de faire un choix éclairé quant au véhicule législatif vous convenant le mieux.

Par ailleurs, pour en savoir davantage sur ces deux nouveaux véhicules juridiques, je vous invite à prendre connaissance des chroniques publiées à ce sujet dans *Psychologie Québec*, mai 2007 (vol. 24, no 3) et septembre 2007 (vol. 24, no 5).

Il vous est également possible de consulter deux documents traitant de ce sujet et qui ont été publiés par le Barreau du Québec¹, lequel a consenti à ce que vous y ayez facilement accès.

_HABILITATION POUR L'ÉVALUATION DES TROUBLES NEUROPSYCHOLOGIQUES : LE PROJET DE RÈGLEMENT A ÉTÉ TRANSMIS À L'OFFICE DES PROFESSIONS POUR ADOPTION.

Le projet de loi 21 prévoit qu'un psychologue peut évaluer les troubles neuropsychologiques lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre des psychologues dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe 0 de l'article 94.

Bien que le projet de loi 21 ne soit pas encore en vigueur, l'Ordre a préparé un projet de règlement que nous vous avons soumis pour consultation en avril dernier. Plusieurs membres et universités nous ont fait parvenir leurs commentaires et nous les en remercions sincèrement. Nous avons procédé à leur analyse et adressé des questions à notre comité d'experts constitué des psychologues suivants : M. Gilles Biron, le D^r Gilbert Desmarais, la D^{re} Maryse Lassonde, la D^{re} Francine Lussier, la D^{re} Michelle McKerral, la D^{re} Isabelle Rouleau et la D^{re} Alexandra Schiavetto.

C'est fort de leur expertise que le conseil d'administration de l'Ordre a apporté des modifications au projet qui vous avait été initialement soumis. Il a ensuite été transmis à l'Office des professions pour adoption. C'est à cette étape du processus que nous en sommes rendus. Dans cette chronique, j'attire votre attention sur les principales modifications apportées, mais tout d'abord, je vais tenter en quelques mots de résumer les façons d'obtenir l'attestation.

Trois trajectoires sont possibles : une pour le détenteur de diplôme comprenant un profil, une option ou une concentration en neuropsychologie, une autre pour le psychologue qui n'est pas détenteur d'un tel diplôme, mais dont le profil académique (formation initiale, continue, perfectionnement) et clinique (stage, internat, supervision, expérience de travail) répond en tout ou en partie aux exigences du règlement et, finalement, une autre pour le psychologue qui n'a ni le diplôme ni le profil lui permettant d'exercer cette activité, mais qui souhaite obtenir l'attestation. Rappelons que le projet de règlement prévoit explicitement la trajectoire à suivre selon la situation dans laquelle vous vous trouvez.

Ces trajectoires n'ont pas été modifiées à la suite de notre consultation, mais nous avons toutefois ajouté pour le psychologue en exercice suivant la formation pratique, la possibilité d'obtenir, en cours de stage, l'autorisation d'en écourter la durée sur recommandation motivée du superviseur. Ce sera alors au psychologue de demander à l'Ordre, selon la procédure prévue au règlement, une dispense de poursuivre la formation. Ceci nous amène à traiter de la formation prévue à l'annexe I du projet de règlement, la principale section modifiée à la suite des commentaires reçus et des recommandations de notre comité d'experts.

En ce qui concerne la formation théorique, une exigence a été ajoutée, à savoir que les formations offertes aux membres dans les milieux autres qu'universitaire soient approuvées par l'Ordre selon les critères suivants : le respect du cadre et des sujets visés dans le contenu de la formation, la présence et la nature des objectifs de formation, la compétence et les qualifications du formateur en lien avec le sujet traité, la nature ou la structure du cadre pédagogique, la qualité du matériel fourni et la reconnaissance de la participation et de la réussite de la formation. Cela répond aux craintes exprimées quant au contrôle de la qualité de l'enseignement donné en milieux autres qu'universitaires, tout en assurant aux psychologues que la formation exigée sera accessible, et ce, à tous les stades de leur vie professionnelle. Par ailleurs, un psychologue qui ne suivrait pas une formation préalablement approuvée par l'Ordre pourra toujours, au moment de sa demande d'attestation ou de dispense, demander à ce qu'une formation suivie soit reconnue, donc jugée équivalente. Elle sera alors évaluée en fonction des critères énumérés précédemment.

Compte tenu du fait que l'Ordre approuvera les formations données dans les milieux autres qu'universitaires et que l'un des critères de cette reconnaissance est la vérification du lien entre la compétence et les qualifications du formateur et le sujet traité, l'Ordre n'exigera pas que ce formateur soit membre de l'Ordre des psychologues ou du Collège des médecins. Ceci évitera que des psychologues soient privés de formateurs de qualité, par exemple un anatomiste.

Pour ce qui est du niveau de cours exigé, l'équivalent à un cours de niveau maîtrise/doctorat demeure l'exigence réglementaire. Les cours de niveau baccalauréat seront toutefois pris en considération dans le cadre de l'évaluation globale d'un psychologue qui demande une dispense de suivre la formation en lien avec d'autres facteurs, comme son expérience professionnelle.

En ce qui concerne la formation pratique, l'Ordre a haussé le nombre d'heures requis à 1500. Les autres exigences (contacts

clients, supervision) ont été augmentées dans les mêmes proportions que ce qui est prévu dans la formation initiale. Tous les commentaires reçus, et ils ont été nombreux, convergeaient vers cette augmentation. De plus, selon le comité d'experts consulté, sur les 2300 heures de stage effectuées actuellement en neuropsychologie, les deux tiers de cette formation pratique seraient spécifiquement consacrés à l'apprentissage de compétences reliées à l'évaluation des troubles neuropsychologiques.

L'Ordre a éliminé l'exigence d'avoir procédé à l'évaluation de 20 clients, étant donné que l'atteinte de cet objectif n'est pas toujours réaliste dans certains milieux de stage et que ce facteur serait peu fiable, puisqu'il ne garantit pas nécessairement que le stagiaire détient les compétences cliniques requises. Il maintient toutefois l'exigence que les stages/internats se réalisent dans des milieux actifs de pratique où se trouve une clientèle souffrant de troubles neuropsychologiques. Rappelons que ce milieu devra être supervisé par un psychologue détenteur de l'attestation et qu'un service de neuropsychologie comme tel ne sera pas nécessaire, une exposition suffira.

Le projet de règlement tel que modifié est disponible dans la section des membres du site web de l'Ordre, sous l'onglet *Centre de documentation – Projet de règlement*. Il est à noter qu'il ne pourra être en vigueur avant que le projet de loi 21 ne le soit et que celui-ci doit d'abord être approuvé par l'Office des professions. D'ici là, vous pouvez communiquer avec nous si vous avez des questions à ce sujet, étant entendu que la réception et l'étude des dossiers ne débiteront que lorsque les critères auront été approuvés par l'Office des professions.

_Note

1. <http://www.barreau.qc.ca/pdf/publications/exercice-avec-autres.pdf>
<http://www.barreau.qc.ca/pdf/publications/2003-sencrl-spa.pdf>.

COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



POUR QUI ?

Les psychologues et les candidats à l'admission.

POURQUOI ?

Réfléchir sur plusieurs situations impliquant une prise de décision éthique susceptibles de se présenter dans le cadre d'une pratique professionnelle telles que :
la confidentialité; les conflits d'intérêts;
la dangerosité; les tribunaux.

QUAND ?

Le cours requiert la présence des participants à **deux journées complètes de formation de 9 h à 16 h 30**.

À MONTRÉAL

- 8 et 29 avril 2011
- 13 mai et 10 juin 2011

COMBIEN ? 282,19 \$ (taxes incluses)

LA FORMATRICE : Élyse Michon, psychologue

Les personnes intéressées à s'inscrire doivent le faire via le site Internet de l'Ordre :

www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/formation-continue/cours-de-deontologie-et-professionalisme.sn

Déontologie

À propos des honoraires



Bernard Poulin / Psychologue

Syndic adjoint

bpoulin@ordrepsy.qc.ca

Cet article va intéresser les psychologues en pratique privée, mais également les membres employés des secteurs public et parapublic. Il n'est généralement pas question d'honoraires dans leur cas, mais plutôt de traitement ou de salaire dont l'application est régie par des conventions collectives. Il en va de même pour les cadres de ces secteurs, dont le traitement est établi par des ententes avec les associations de cadres concernées. Toutefois, il est intéressant de mentionner qu'environ 25 % d'entre eux consacrent chaque semaine une partie de leur temps à offrir des services de psychothérapie. L'information présentée ici pourra donc se révéler également utile pour eux..

_LA DÉTERMINATION DES HONORAIRES

Il arrive fréquemment que les psychologues qui entreprennent leur pratique se demandent comment déterminer de façon réaliste le montant de leurs honoraires. Les paramètres dont ils devraient tenir compte sont ceux définis au Code de déontologie : leurs compétences particulières ainsi que la difficulté ou l'importance des services professionnels à fournir. Par ailleurs, des services fournis en urgence ou qui demandent une rapidité d'exécution particulière peuvent donner lieu à des honoraires plus élevés¹. À titre indicatif, il peut être intéressant pour les psychologues qui ouvrent un cabinet de consultation de s'informer auprès de collègues qui œuvrent dans un domaine similaire au leur des honoraires demandés par ces derniers. En outre, il faut tenir compte des variations dans les honoraires en fonction du lieu d'exercice. En milieu urbain, les honoraires sont souvent un peu plus élevés.

En janvier 2011, au Québec, considérant les facteurs qui viennent d'être identifiés, les honoraires varient en général de 80 \$ à 120 \$ l'heure.

_MODALITÉS DE PAIEMENT

Une fois la situation clarifiée pour le psychologue à ce sujet, il s'agit ensuite de la communiquer clairement au client², ce qu'il convient généralement de faire dès la première entrevue ou prise de contact, par exemple dans un contexte de psychothérapie ou de supervision. Les modalités de paiement des honoraires peuvent varier. Bien que la plupart des psychologues acceptent le paiement comptant ou par chèque, certains, tout particulièrement au sein de cliniques où travaillent plusieurs professionnels, pourraient faire en sorte, au terme d'ententes, que le paiement soit effectué par carte de crédit. La confidentialité à ce chapitre comporte les mêmes limites que celle qui prévaut lors du paiement par chèque sur lequel le nom du client est également inscrit. Il arrive aussi que d'autres acceptent un paiement mensuel. Dans ce cas, il faut être conscient que le défaut de paiement peut entraîner des conséquences, le client risquant de ne pas être en mesure de compléter sa démarche si sa situation financière se détériore.

Il est généralement conforme aux règles de l'art que chaque service soit rémunéré aussitôt qu'il a été rendu, notamment à la fin de la séance de psychothérapie.

Il semble utile d'apporter une précision dans le cas où le psychologue augmente ses honoraires en cours de traitement. Il convient alors d'aviser suffisamment tôt afin d'éviter que cette décision affecte la qualité de l'alliance thérapeutique ou pour éviter des imprévus pour le client.

_LES ABSENCES

La question des absences en psychothérapie se pose inévitablement. Plusieurs psychologues informent leurs clients dès la première rencontre que des frais seront facturés ou réclamés advenant des absences. Cette question doit être incluse dans un formulaire de consentement signé³. En pareil cas, il faut déterminer le montant à payer à titre de frais administratifs. Il faut rappeler que le législateur s'est préoccupé de la dimension administrative liée aux absences, voulant dédommager l'impact monétaire lié à l'absence du client

3^e édition

Salon Emploi de la santé et des services sociaux

PLUS DE 35 EMPLOYEURS !

ENTRÉE GRATUITE ! Apportez plusieurs copies de votre CV !

Une carrière à votre mesure

Venez rencontrer des recruteurs chevronnés pour un face-à-face professionnel ou tout simplement pour recueillir de l'information sur les établissements en recrutement. Les psychologues sont en demande ! Ne ratez pas ce rendez-vous !

CHSLD | CSSS | CRDI | Centres hospitaliers universitaires
Agences de recrutement spécialisées en santé

Palais des congrès de Montréal

Mardi 19 avril 2011 de 12h à 19h
Mercredi 20 avril 2011 de 10h à 17h

Place-d'Armes

Info et inscription au www.ecarrieres.com

à l'entrevue planifiée pour lui, notamment les frais de location et la réserve de l'heure. La plupart des psychologues définissent 24 heures comme le délai d'avis d'absence sans pénalité. Antérieurement, il avait été recommandé aux membres d'établir des frais administratifs s'il y avait eu une entente écrite à propos d'un rendez-vous annulé dans un délai de moins de 24 heures. Depuis 2008, il revient au psychologue d'établir, par entente écrite, les conditions convenues.

Dans certains cas, un psychologue jugera opportun de considérer comme acceptables uniquement les « cas de force majeure », qui devraient au demeurant être bien expliqués au client (décès d'un proche, enfant malade, autre situation exceptionnelle).

_LES CONVENTIONS D'HONORAIRES

Certaines activités, comme les évaluations et les expertises psychologiques, nécessitent un investissement de temps plus important. Le paiement des honoraires, tel qu'il est pratiqué en psychothérapie ou en supervision, est difficilement applicable ici. Le psychologue, une fois son mandat clarifié auprès de son client, procède généralement à une estimation des heures nécessaires à son accomplissement et en fait part à son client. Bien que le conseil de discipline n'ait pas eu à se prononcer sur ce sujet, il apparaît qu'il serait difficile d'évaluer comme non conforme aux règles de l'art la pratique consistant à estimer le nombre d'heures anticipées et demander en conséquence un paiement partiel à son client avant le début du travail (lorsqu'il faut d'emblée prendre connaissance de la documentation apportée par le client), un autre à la moitié du travail complété, et le paiement final avant la remise du rapport. Concrètement, les chèques postdatés confirmeraient les différentes étapes de réalisation du mandat.

Autant dans le cas des absences en cours de thérapie que dans celui des avances sur un travail d'expertise, suffit-il de s'entendre clairement avec ses clients sur ces modalités et de les consigner dans les notes évolutives? La réponse est clairement non. En effet, il s'agit d'un rare cas où si le psychologue convient d'une entente particulière avec son client, il est explicite que cette convention doit faire l'objet d'une entente écrite avec le client⁴. Cette pratique a l'avantage, au demeurant, de viser à s'assurer de l'obtention du consentement libre et éclairé du client face à ces modalités, et de les rappeler au besoin, par exemple si les interventions s'étalent dans le temps. Il faut cependant retenir que le psychologue ne peut facturer des frais supérieurs à ceux des honoraires convenus au départ⁵.

Il arrive parfois que des clients proposent un échange de services en guise de paiement. Certains clients détiennent des compétences dans un domaine qui peut être utile, par exemple, en mécanique automobile ou en informatique. Toutefois, pour des raisons évidentes de conflit de rôles et d'intérêts, il n'est pas possible de se livrer au « troc »⁶ sans affecter le lien de confiance et la qualité du travail que réalise le psychologue auprès de son client. Qu'il suffise de rappeler que l'article 34 du code stipule qu'« à l'exception de la rémunération à laquelle il a droit, le psychologue s'abstient de recevoir, de verser ou de s'engager à verser tout avantage [...] ».

_LES REÇUS

Le psychologue qui perçoit des honoraires doit la plupart du temps remettre des reçus à ses clients, que ce soit pour des remboursements d'assurances, à des fins fiscales ou tout simplement parce que le client en demande.

Le psychologue peut-il acquiescer à la demande d'une cliente qu'il reçoit en thérapie individuelle de remettre les reçus au nom de

son conjoint, celui-ci étant détenteur d'une assurance couvrant le paiement d'honoraires professionnels? Si le paiement est effectué en argent par Madame, il serait important pour le psychologue de produire un reçu reflétant la situation, à savoir qui paie les honoraires, considérant qu'il peut tenir pour acquis normalement qu'il s'agit d'une situation entre tiers de bonne foi. Il lui revient d'apprécier les faits pour respecter ses obligations⁷. Par contre, si le client est mineur et que les services de psychothérapie sont payés par un de ses parents, le reçu pourrait être fait au nom de ce dernier. Par ailleurs, si le paiement est effectué par chèque signé par le conjoint ou un des parents, le psychologue peut faire le reçu à son nom, mais en précisant que les services ou les soins ont été dispensés à la personne suivie en psychothérapie.

Autre cas : si l'assureur ne rembourse que les frais de psychothérapie et que c'est d'une évaluation qu'il s'agit? Il faut toujours partir du principe de ne pas rédiger un faux document. On peut indiquer de façon générale, en restant conforme à l'exigence d'intégrité⁸, que des services psychologiques ont été dispensés. Si cela ne suffit pas à l'assureur, il deviendra nécessaire de préciser la nature des services eux-mêmes.

_LES MAUVAIS PAYEURS

Pour diverses raisons, il arrive que des clients ne puissent payer immédiatement les honoraires de psychothérapie. Pour les oublis ponctuels, la situation se règle généralement à l'entrevue suivante. Dans le cas où le client éprouve des problèmes financiers, il est possible qu'il propose au psychologue de le payer plus tard, car il tient à continuer sa thérapie. Le psychologue peut-il alors facturer des intérêts pour paiement différé? Et s'il n'était finalement pas payé? Peut-il s'adresser à la Cour des petites créances pour récupérer son dû? Ici la réponse est clairement oui. Par contre, il est souvent recommandé aux membres de procéder en mettant en place une gradation de moyens. Il s'avère que les recours judiciaires demeurent exigeants, sans garantie d'obtenir le montant dû, ce qui devrait amener les psychologues à considérer, comme le prescrit le code, qu'il s'agit d'une option de dernier recours⁹. Le psychologue peut commencer par facturer des intérêts en se référant au taux légal¹⁰, encore là, en avisant préalablement le client de son intention par écrit¹¹. Et bien entendu, s'il veut procéder ainsi, il convient de discuter de cette situation avec son client avant que cette mesure soit appliquée.

Dans le cas d'un rapport devant être déposé en cour, comme c'est le cas en matière d'expertise relativement à la garde d'enfants, si le psychologue ne reçoit pas les paiements convenus, il a le loisir de déposer le rapport au tribunal et d'informer le juge qu'il n'a pas été payé. Dans ces conditions, il peut ne pas remettre le rapport aux parties ou à leurs procureurs, et le juge peut ordonner le paiement¹².

_Notes

- 1 Code de déontologie des psychologues, art. 52, alinéa 5.
- 2 *Ibid.*, art. 53.
- 3 *Ibid.*, art. 54, alinéa 3.
- 4 *Ibid.*, art. 54.
- 5 *Ibid.*, art. 54, alinéa 3.
- 6 *Ibid.*, art. 34.
- 7 *Ibid.*, art. 55.
- 8 *Ibid.*, art. 7.
- 9 *Ibid.*, art. 57.
- 10 Il est établi à 5 % par année en janvier 2011.
- 11 *Ibid.*, art. 56.
- 12 Code de procédure civile, 2009-2010, 13^e édition, art. 422.

Entrevue

La compétence affective du psychothérapeute selon Gilles Delisle

Empathie, habiletés relationnelles, connaissances théorico-cliniques : ces qualifications du psychothérapeute sont-elles suffisantes pour favoriser le changement chez les clients? Pas toujours, croit le psychologue Gilles Delisle. Fondateur du Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) et professeur associé au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, le lauréat 2010 du prix Noël-Mailloux nous partage sa vision des ressources personnelles et affectives dont devrait disposer tout thérapeute qui s'aventure dans l'univers complexe du traitement des pathologies de la personnalité.

_CHANTIERS EN FRICHE ET MICROCLIMATS

« Les thérapeutes sont des gens qui ont du cœur », affirme Gilles Delisle. Ceux-ci se retrouvent parfois devant des clients pour qui être en relation représente d'emblée quelque chose d'anxiogène, voire de pathogène. « Pour ces personnes, danser c'est faire trébucher l'autre », illustre le psychologue. « Le thérapeute qui s'approche, en contexte clinique, armé uniquement de sa bienveillance et de sa générosité aura du mal à faire face aux aspects plus sombres et plus durs de la relation thérapeutique », ajoute-t-il. Ce qui s'annonçait comme une danse avec le client risque de se transformer en sport de combat!

Le Dr Delisle voit les patients souffrant de perturbation de la personnalité comme les porteurs inconscients de microclimats résultant de l'inachèvement d'un ou de plusieurs des trois grands chantiers développementaux que sont : le chantier de l'attachement (l'établissement de relations dites sécurées), le chantier de l'équilibre narcissique (se voir, et voir l'autre, comme naturellement limité, imparfait et digne), et le chantier d'éros et d'éthos (l'équilibre entre ses désirs et la loi). Selon lui, la thérapie consiste à aider les patients à compléter ces chantiers laissés en friche. Pour y parvenir, le thérapeute devra plonger au cœur de ces microclimats jusqu'à sentir sur lui cette « petite pluie d'affects », pour reprendre l'expression de Gilles Delisle qui considère que cela ne peut se faire sans préparation.

_LES TROIS CHAMPS DE COMPÉTENCES DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Depuis la fondation du CIG en 1981, Gilles Delisle et ses collègues ont formé plus de 500 professionnels de la santé mentale au Québec. Actuellement directeur scientifique de la formation au CIG, le psychologue s'appuie sur un modèle théorique évolutif qui intègre notamment des composantes de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO) et de la théorie neuropsychanalytique de la régulation affective d'Allan Schore. Le perfectionnement proposé au CIG vise le développement de la *compétence réflexive*, de la *compétence interactive* et de la *compétence affective* des thérapeutes. Gilles Delisle privilégie ce vocable à celui de la triade *savoir*, *savoir-faire* et *savoir-être* pour, dit-il, « se distancier de cette conception d'un savoir qui serait en amont de tout le reste ».

Pour lui, la compétence réflexive ne correspond pas au fait d'avoir des connaissances approfondies sur le DSM, sur la théorie freudienne ou sur la théorie des schémas, par exemple. C'est

plutôt la capacité d'avoir accès à ces connaissances en temps utile, c'est-à-dire en cours de séance. « Il faut pouvoir penser en action », résume Gilles Delisle. Or cette même logique s'applique à la notion de compétence affective.

_LA COMPÉTENCE AFFECTIVE : AU-DELÀ DES QUALITÉS HUMAINES

« Il ne suffit pas qu'un thérapeute soit un être sensible, empathique, généreux; il va falloir qu'il soit capable de le rester quand ça va mal », explique le psychologue. Le thérapeute devra être capable de prendre appui sur son expérience immédiate en cours de séance, croit Gilles Delisle. Car selon lui, en acceptant le défi d'aider un patient souffrant d'un trouble psychologique, le thérapeute s'expose à un certain risque de déstabilisation. « Les troubles mentaux sont contagieux », dit-il. En d'autres mots, un thérapeute qui ose s'approcher de la détresse de son client sera possiblement concerné par cette détresse, puisque ses propres deuils et ses propres souffrances pourraient être stimulés par ce contact avec la douleur d'un autre.

Dans le modèle thérapeutique préconisé au CIG, la compétence affective a notamment pour fonction de permettre au thérapeute de s'approcher suffisamment du client pour *manier* ce qui fait mal. « Quand une personne saigne, il ne faut pas craindre le contact avec le sang pour parvenir à la traiter », illustre Gilles Delisle. Suivant son raisonnement, le thérapeute doit donc apprendre à dépasser cette peur qui l'empêche d'accéder à l'origine de la souffrance du client.

_ÉVITER L'ÉVITEMENT : UNE ILLUSTRATION

Le thérapeute aime bien se voir comme étant quelqu'un de bon, de généreux et de bienveillant, avance Gilles Delisle. Cependant, un thérapeute qui aurait trop besoin de cette reconnaissance risque, selon lui, d'extorquer à son client – même inconsciemment – des manifestations de gratitude. Et même de s'en nourrir. « En faisant cela, il prive son client d'accéder aux affects qui font mal », prévient le psychologue.

Gilles Delisle propose l'exemple d'une cliente qui consulte en raison de tensions conjugales importantes. Selon lui, dans un tel contexte, il sera assez aisé pour le thérapeute de se faire apprécier de cette cliente : en gros, il suffira de lui manifester qu'elle est une bonne personne et que c'est son conjoint qui pose problème. « La cliente se sentira validée », résume Gilles Delisle. Au fil des séances, la relation de cette cliente avec le thérapeute risque,

selon lui, d'aller de mieux en mieux alors que la relation conjugale de celle-ci risque d'aller... de mal en pis.

Selon le psychologue, la manière d'éviter ce piège est de porter attention, au sein de la relation thérapeutique, à la présence de ferments du problème qui permettraient de comprendre comment les choses commencent à aller mal entre cette patiente et son conjoint. Il s'agit donc de capter ces manifestations, aussi infimes puissent-elles être, et de les utiliser.

_CES AFFECTS QUI FONT FUIR

Gilles Delisle explique qu'à l'instar du sang et des déjections humaines, certains sentiments provoquent un mouvement de recul chez la plupart des gens. « Les trois grands affects avec lesquels les thérapeutes ont du mal sont : la colère, la peur et le désir », précise-t-il. Selon lui, cela s'expliquerait par le fait que d'un point de vue neurodynamique, ces sentiments génèrent une réponse de stress. « Il existe des données qui montrent que la majorité des psychologues s'estiment très peu formés ou mal formés pour traiter ces affects négatifs », souligne le D^r Delisle.

Or si la compétence affective suppose une capacité à s'approcher suffisamment de ces affects négatifs, elle suppose également la capacité à ne pas les « attraper ». Gilles Delisle utilise la métaphore de l'œnologue pour expliquer de quelle façon le thérapeute peut développer sa capacité à se protéger des affects négatifs activés chez le client en cours de thérapie : le spécialiste regarde le vin, il le hume, il en prend une gorgée, il y goûte... puis le recrache. Suivant cette analogie, le thérapeute doit apprendre à s'imprégner du discours du client, à « goûter » en quelque sorte à ces affects négatifs, tout en étant capable de reprendre une distance réflexive salutaire. Un mouvement s'installe.

_LA COMMUNICATION IMPLICITE

Deux formes de communication coexistent lors de la thérapie, soutient le D^r Delisle : il y a la communication explicite, par laquelle s'échangent des données faisant appel à la raison et à l'hémisphère gauche du cerveau (aspect formel et linéaire du message, sens des mots, etc.) et il y a la communication implicite, qui est prise en charge par l'hémisphère droit et qui concerne la dimension non verbale de l'échange (rythme de la voix, tonalités, etc.). Bien que subtile, cette communication implicite représenterait néanmoins une partie importante du contenu transigé entre deux interlocuteurs. « Allan Schore conclut qu'elle compte pour au moins 60 % de ce qui se dit », précise le fondateur du CIG.

Selon le modèle proposé par Gilles Delisle, la compétence interactive entre alors en jeu. Celle-ci permet non seulement au thérapeute d'écouter son client dans deux modalités, c'est-à-dire écouter « en hémisphère gauche » ou « écouter en hémisphère droit », mais elle lui permet aussi de communiquer dans plus d'une modalité. « Lorsque je parle à mon client et lorsque je l'écoute, ce qu'il peut voir dans ma présentation l'informe de mon état relatif de réceptivité et l'encourage ou le décourage à poursuivre », explique le D^r Delisle. D'ailleurs, selon lui, des données indiquent que 65 % des clients s'abstiendraient d'aborder certains contenus avec leur thérapeute.



D^r Gilles Delisle, psychologue

_« PERSONNE NE M'ÉCOUTE JAMAIS »

D'après le D^r Delisle, le thérapeute qui traite un patient anxieux ou dépressif en raison d'une perturbation de la personnalité aura, tôt ou tard, accès à un exemplaire de ce qui se passe hors du cabinet de consultation, dans les relations avec le conjoint ou le patron, par exemple. « Imaginons qu'une patiente se plaigne du fait que personne ne l'écoute jamais alors que vous, comme thérapeute, êtes justement là à l'écouter attentivement », suggère le psychologue. Il pose ensuite la question suivante : que se passerait-il si, après avoir reflété ce constat à votre cliente, celle-ci vous répondait quelque chose comme « mais vous, vous êtes payé pour m'écouter »?

La réaction qu'aura le thérapeute face à ce qu'il décrit comme une « petite gifle » est déterminante, croit Gilles Delisle. « C'est là que la compétence affective est cruciale : il faut que je sois entraîné à me questionner », affirme-t-il. Il évoque alors l'image d'un « scan affectif » afin d'illustrer ce regard que le thérapeute tourne à l'intérieur de lui-même pour y détecter des sensations, des émotions, etc.

_LA COMPÉTENCE AFFECTIVE AU SERVICE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

La clé consisterait donc à développer sa capacité, comme thérapeute, à syntoniser régulièrement ses propres affects en cours de séance et à traduire judicieusement, dans la communication thérapeutique, le produit de cette information affective et des connaissances théoriques issues de la compétence réflexive. Au CIG, cet entraînement s'acquiert notamment dans le cadre de practicums où les concepts et les méthodes enseignés sont mis en application sous l'observation attentive d'un formateur-superviseur et des autres étudiants. Par exemple, lors de jeux de rôles, on demandera au thérapeute stagiaire de s'interrompre au beau milieu de l'interaction et d'évaluer ce qu'il éprouve : de la colère? de la peur? de la tristesse?

L'étape suivante consiste à donner de la place à cet affect et à lui donner un sens. « On prend appui sur la compétence *affective* et on la met à l'épreuve de la compétence *réflexive* », explique le psychologue. Par exemple, dans le cas de cette patiente qui demande à être écoutée et qui, par ses propos, disqualifie la capacité d'écoute du thérapeute, celui-ci pourrait prendre appui sur la tristesse qu'il ressent afin de l'analyser : « se pourrait-il que cette cliente soit en train de me traiter comme jadis on l'a traitée? », suggère Gilles Delisle comme piste de réflexion possible.

_CHEMINS DE TRAVERSE ET INSTANTS DE GRÂCE

Pour Gilles Delisle, la compétence affective du thérapeute constitue l'une des clés du processus thérapeutique dans la mesure où celle-ci permet au patient de *reproduire* les motifs problématiques en présence du thérapeute, ce qui constitue selon lui le point de départ du traitement. Suivront la phase de la *reconnaissance* du motif à travers différents événements de la vie et la dernière phase de la thérapie, celle de *réparation*, qui consiste à dénouer les vieilles habitudes en créant de nouveaux chemins de traverse et de nouveaux circuits neuronaux, explique Gilles Delisle. Encore une fois, la compétence affective serait cruciale : « La présence d'affects régulés potentialise la solidité des nouveaux circuits neuronaux », affirme le psychologue féru de psychoneurobiologie.

Selon lui, le thérapeute doit être en mesure d'avoir un affect à la fois mobilisé (« ça me fait de la peine ») et régulé (« ... mais pas trop de peine »). « Quand l'affect est régulé, la mentalisation devient possible », soutient le psychologue. Et c'est la même chose pour le patient. Puis, quand l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche fonctionnent ensemble, quand l'affect n'empêche plus de penser, survient alors ce que Gilles Delisle appelle un « petit instant de grâce ».

Pendant toutes les étapes de la relation thérapeutique, le thérapeute sera donc plus ou moins sollicité dans l'un ou l'autre des trois grands champs de compétences. Pour Gilles Delisle, ce n'est pas l'approche théorique qui doit dicter la compétence qui sera mise en action, mais bien le contexte clinique. Et celui-ci évolue constamment. Gilles Delisle, qui est depuis peu le président du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie insiste : « Il n'y a pas de psychothérapie sans psychothérapeute. Il faut remettre le psychothérapeute au centre de la psychothérapie; le psychothérapeute n'est pas un dispensateur de traitement, il EST le traitement. La relation n'est pas le véhicule : c'est l'essence. »

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

> En bref

_L'ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE A 50 ANS

L'École de psychologie de l'Université Laval a célébré ses 50 ans lors d'une cérémonie riche en émotions le 15 janvier dernier, cérémonie à laquelle la présidente de l'Ordre a participé. Plusieurs activités se sont déroulées pour souligner l'histoire de l'École, ses expériences et le cheminement de ceux et celles qui y ont poursuivi leurs études ou enseigné. Un doctorat honorifique a été remis à l'infirmier de la rue bien connu des citoyens défavorisés de la ville de Québec, M. Gilles Kègle. M. Kègle, qui a reçu le Prix de la santé et du bien-être psychologique de l'Ordre en 2000, poursuit toujours sa mission auprès des malades et des démunis. Le recteur de l'Université Laval lui a remis un doctorat honorifique en psychologie soulignant son travail auprès des personnes isolées et dans le besoin.

L'École de psychologie a aussi profité des cérémonies du 50^e pour procéder au lancement d'un livre sur l'histoire de l'école fondée en 1961. *L'École de psychologie se raconte* a été écrit par deux auteurs qui visitent différents moments de la vie de l'école. La première partie de l'ouvrage couvre toute l'histoire de l'enseignement de la psychologie à l'Université Laval, du début du siècle jusqu'à l'an 2000. Cette partie a été écrite par le Dr Jean-Yves Lortie, professeur aujourd'hui retraité de l'École de psychologie. La deuxième partie, qui raconte les moments plus récents de l'École, depuis l'an 2000 jusqu'à nos jours, est l'œuvre du Dr Janel Gauthier, professeur de l'École de psychologie qui est aussi membre du conseil d'administration de l'Ordre. Le livre est disponible aux Presses de l'Université du Québec.





L'Institut de formation
en thérapie comportementale
& cognitive

**La thérapie d'acceptation
et d'engagement (ACT)**

Invités internationaux
Jean-Louis Monestès et
Matthieu Villatte, Ph.D.

Montréal – 16 et 17 mai 2011
Québec – 18 et 19 mai 2011

375 \$ + taxes

**Troubles dépressifs
avec ou sans
complication suicidaire**

Réal Labelle, Ph.D., psychologue
clinicien et professeur à l'Université du
Québec à Montréal (UQAM) et chercheur
au Centre de recherche et d'intervention
sur le suicide et l'asthme (CIRSA)

Montréal – 2 et 3 juin 2011
Québec – 27 et 28 mai 2011

300 \$ + taxes

**Intervention fondée sur la pleine
conscience (mindfulness) pour la
réduction du stress**

Dr Claude Fournier, MD

Québec – Du 29 avril au 17 juin
(groupe de huit semaines)

Les vendredis de 13h30-16h au
Parc du Bois-de-Coulonge

485 \$ + taxes

Inscrivez-vous au : IFTCC.COM

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux

Pour une utilisation efficace des ressources



D^r Martin Drapeau / Psychologue

Vice-président de l'Ordre, il siège à titre de représentant au comité consultatif sur les guides de pratique de l'INESSS, auquel participent aussi des représentants d'autres ordres professionnels et de différents organismes œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Il y a à peine quelques semaines, l'entrée en vigueur du décret 6-2011 a officialisé la création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), lequel succède au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Largement inspiré à la fois du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et du Social Care Institute for Excellence (SCIE) en Grande Bretagne, l'INESSS s'est vu donné comme mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Plus précisément, la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (projet de loi 67¹) stipule que l'INESSS aura entre autres comme mandat :

- d'évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;
- d'élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal de ces technologies, médicaments et interventions en santé et en services sociaux personnels;
- de déterminer, dans ses recommandations et guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de suivi de ceux-ci, conformément aux meilleures pratiques de gouvernance clinique;
- de maintenir à jour ses recommandations et guides, les diffuser aux intervenants du système de santé et de services sociaux et les rendre publics, accompagnés de leurs justifications et des informations utilisées pour leur élaboration;
- de favoriser la mise en application de ses recommandations et guides par divers moyens de sensibilisation, d'information et de transfert de connaissances.

Comme le faisait valoir l'Ordre dans un mémoire² déposé à la Commission de la santé et des services sociaux en janvier 2010 au moment de la consultation portant sur la création de l'INESSS, il était souhaitable de procéder ainsi à une fusion du Conseil du médicament et de l'AETMIS en un seul et même organisme qui verrait de plus son mandat élargi aux services psychologiques et sociaux offerts à la population québécoise. En effet, les missions du Conseil du médicament et de l'AETMIS étaient complémentaires, d'autant que les interventions que les deux organismes étaient appelés à évaluer sont parfois de possibles

compléments, et parfois de possibles substituts. Il est par exemple difficile de nier que pour certains patients, il est préférable d'offrir une psychopharmacologie en conjonction avec une psychothérapie, pour d'autres, soit une thérapie médicamenteuse ou une psychothérapie, les deux ayant dans certains cas un effet clinique comparable, et pour d'autres encore, l'une plutôt que l'autre. Il a été abondamment démontré que les interventions psychologiques, y compris la psychothérapie, peuvent être non seulement efficaces, mais elles permettent aussi de réduire les coûts sociaux liés aux troubles mentaux. La vaste majorité des recherches démontrent une réduction significative, de l'ordre de 20 à 30%, des coûts associés à la santé grâce aux interventions psychologiques. En santé mentale, pour certains troubles thymiques ou anxieux par exemple, la psychothérapie peut être moins coûteuse qu'un traitement pharmacologique. Une réduction des coûts grâce à des interventions psychologiques a également été soulignée en santé physique, notamment dans le cas de problèmes cardiaques, d'obésité, d'hypertension, de diabète et de douleurs chroniques. De plus, différents types d'intervention psychologique peuvent réduire de façon significative les habitudes de vie malsaines et les complications associées à la maladie physique.

On ne peut donc que se réjouir de la création d'un institut qui aurait le pouvoir d'accorder au bien-être et à la santé psychologique la même importance que la santé physique, évitant ainsi de se limiter aux seuls déterminants biologiques de la santé, et ouvrant de ce fait la porte à une approche véritablement biopsychosociale. Mais encore faudra-t-il nous assurer que chacune des parties d'un tel modèle tripartite, soit le modèle biopsychosocial, soit justement et équitablement considérée et mise à contribution, ce qui implique qu'elle doit être respectée dans les méthodes et démarches tant cliniques que scientifiques sur lesquelles elle s'appuie, dans les réponses et solutions qu'elle met de l'avant, et, plus globalement, dans sa façon de concevoir l'individu. C'est cette mission que s'est donné l'Ordre lorsqu'il est appelé à représenter la psychologie sur les comités de l'INESSS.

_DEUX PSYCHOLOGUES AU C. A. DE L'INESSS

Deux psychologues ont été nommés parmi les neuf membres qui forment le conseil d'administration de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux par le Conseil des ministres le 8 décembre dernier. Il s'agit du D^r Carl Lacharité professeur et chercheur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et de la D^{re} Louise Nadeau qui est professeure et chercheure à l'Université de Montréal et directrice scientifique au Centre Dollard-Cormier.

_Notes

- 1 **Le projet de loi 67 est disponible à l'adresse suivante:** <http://inesss.qc.ca/fileadmin/public/inesss/loi%2067%20sanctionnée.pdf>
- 2 www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/lettres-et-memoires.sn

> L'alliance thérapeutique



D^{re} Monique Brillon / Psychologue

Monique Brillon est docteure en psychologie. Elle pratique la psychothérapie psychanalytique depuis 1975. Elle s'intéresse principalement à la question de l'identité de même qu'à la mentalisation et aux rapports entre le corps et l'esprit. Ce dernier champ d'intérêt l'a amenée à s'intéresser aux récentes découvertes des neurosciences et elle a pour souci de rapprocher les théories psychanalytiques de ces dernières. Elle nous livre ici sa réflexion personnelle concernant l'alliance thérapeutique.

_ L'alliance thérapeutique Un défi constant pour le thérapeute

Notre profession traverse actuellement un moment historique avec l'instauration de la loi 21. La recherche sur l'efficacité des psychothérapies connaît un essor considérable et les données probantes proposent de plus en plus de balises à l'intervention. Ces changements d'importance ont un impact considérable sur la pratique clinique de tout un chacun et obligent à une réflexion approfondie sur celle-ci, particulièrement sur ce qui en constitue l'essence. Repenser l'importance de l'alliance thérapeutique m'apparaît comme un biais intéressant pour amorcer cette réflexion, celle-ci étant un élément primordial de notre travail.

_ LA RELATION THÉRAPEUTIQUE : L'ESSENCE MÊME DU TRAVAIL CLINIQUE

L'intervention psychologique vise un changement chez la personne qui nous consulte. Pour ce faire, nous disposons d'outils, de techniques et de référents théoriques divers. Mais toutes les approches, si différentes soient-elles, ont un point en commun : le changement recherché l'est dans le cadre d'une *relation* entre un thérapeute et un client, laquelle est, pour cette raison, qualifiée de *thérapeutique*. Les recherches et les données probantes nous apportent des éclairages intéressants, mais ne devraient pas nous faire oublier cet aspect fondamental de notre travail. D'ailleurs, nombreuses sont les études qui démontrent que, indépendamment de l'approche et des techniques utilisées, c'est avant tout la qualité du lien thérapeutique qui garantit le succès de l'entreprise.

Qui dit qualité de la relation thérapeutique met tout de suite en avant la question de la motivation du client, son ouverture à collaborer au traitement, la nature de sa demande, mais également les capacités du thérapeute à entrer en relation avec celui-ci, à créer un climat de confiance et surtout à faire face aux situations imprévues susceptibles de survenir à chaque instant du déroulement d'une thérapie. Tous ces aspects contribuent à nouer l'alliance thérapeutique, elle-même garante du succès de la démarche. De quoi est faite cette alliance? Comment en reconnaître les manifestations? Comment la développer? Qu'est-ce qui peut l'entraver? Et comment la reconstruire lorsqu'elle connaît des ratés? Voilà autant de questions qui alimentent ma réflexion.

_ QU'EST-CE QUE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE?

L'alliance est constituée d'aspects cognitifs et d'aspects affectifs. Pour bien les distinguer, on peut parler d'alliance de travail et d'alliance thérapeutique. L'*alliance de travail* est une disposition mentale positive face au traitement, une intention sincère d'y collaborer qui s'appuie sur les aspects logiques et rationnels du client, sur sa motivation consciente à s'engager dans le processus, motivation soutenue par un désir de sortir d'un état de souffrance. C'est donc dire que même si l'alliance de travail prend assise sur la raison, elle comporte déjà un versant émotionnel dans les affects inhérents à cet état de souffrance. On en reconnaît la présence aux efforts conscients que fait le client pour collaborer, s'auto-observer, explorer les divers aspects de ses difficultés, répondre aux questions du thérapeute, se montrer réceptif à ses propositions et interventions. L'*alliance thérapeutique*, pour

Les liens entre l'alliance thérapeutique et la réussite d'une psychothérapie ont été pressentis bien avant de faire l'objet de recherches systématiques. Nous pouvons affirmer sans plus de doute que tous les psychologues sont sensibilisés tant à l'importance qu'aux écueils que représente l'instauration d'une alliance thérapeutique qui soit saine et aidante pour le client. Des collègues de diverses allégeances théoriques ont accepté de nous transmettre tant le fruit de leurs expériences cliniques, des résultats de la recherche dans ce domaine que leurs réflexions personnelles sur cette notion clé de l'intervention psychologique.

Pierre d'angle de la psychothérapie autour de laquelle s'élabore le traitement, l'alliance thérapeutique nous renvoie une fois de plus à l'importance du thérapeute, facteur commun clairement identifié dans les différentes recherches comme condition de l'atteinte des objectifs de traitement convenus avec un client. Qui plus est, les différents textes présentés indiquent la richesse des angles adoptés et leur complémentarité. Ils peuvent s'avérer pour le lecteur une source de réflexion utile afin de viser une compétence ajustée aux besoins des diverses clientèles.

D^{re} Yvette Palardy, psychologue, membre du comité de rédaction du dossier sur l'alliance thérapeutique

sa part, est le désir de collaborer au traitement qui s'appuie sur les sentiments positifs du client envers le thérapeute (sympathie, attachement, sentiment d'être compris, reçu, etc.). C'est surtout celle-ci qui témoigne de la qualité du lien. Elle suppose chez le client une capacité à faire confiance, une aptitude à se laisser guider, une détermination à aller jusqu'au bout de la démarche malgré les difficultés rencontrées en cours de route. On devine tout de suite que sa personnalité va influencer sa capacité à nouer une alliance thérapeutique.

Tout le monde s'entend pour reconnaître l'importance d'établir un climat de confiance en début de thérapie afin de maximiser la collaboration du client. Mais une fois l'alliance thérapeutique établie, son maintien n'est pas assuré pour autant. Selon les étapes à franchir et les difficultés inhérentes à toute démarche thérapeutique, elle subira des hauts et des bas et, pour la bonne marche de la thérapie, le psychologue devra en surveiller les aléas tout au long du processus. Établir et surtout maintenir une bonne alliance représente donc un défi constant pour le clinicien dans le quotidien de sa pratique.

Les deux types d'alliance sont nécessaires pour qu'un changement se produise, car c'est la conjonction des deux qui garantit la participation concertée du rationnel et de l'affectif chez le client. Or pour qu'un changement significatif se produise, il importe que ces deux aspects soient sollicités. L'idéal est donc de pouvoir atteindre un juste équilibre entre les deux types d'alliance. Cependant, la réalité clinique nous confronte au fait que cela ne va pas toujours de soi, car tous les clients, on s'en doute, ne sont pas aptes à créer et à maintenir ces deux types d'alliance en même temps. Par exemple, un individu présentant des troubles majeurs de la personnalité peut avoir une difficulté à faire confiance ou encore à accepter les interventions du thérapeute, surtout celles qui le confrontent. Certains peuvent développer un attachement fusionnel au thérapeute et exiger de lui des gratifications affectives. Leurs sentiments intenses et leurs demandes exagérées finissent par nuire au travail, car ils éprouvent de la difficulté à mobiliser leur côté rationnel et surtout à accepter de voir leurs attentes frustrées par le psychologue. D'autres clients, au contraire, vont résister à toute forme d'attachement et repousser toute manifestation de sympathie envers leur thérapeute. Ils vont s'accrocher à l'aspect rationnel et ne considérer le thérapeute que comme un professionnel non impliqué dans la relation. Cette manière de tenir le thérapeute à distance cache une résistance à s'impliquer émotionnel-

lement dans la démarche et celle-ci risque alors de s'enliser dans une intellectualisation infructueuse, inapte à susciter un changement.

Mais la personnalité du client n'est pas la seule en cause dans la difficulté à développer et à maintenir l'alliance. Mettre en place les conditions nécessaires au développement des deux types d'alliance exige des compétences différentes de la part du thérapeute. L'établissement de l'alliance de travail est favorisé par la présentation claire du traitement, les explications données au client sur le déroulement de celui-ci. Certains thérapeutes se sentent à l'aise dans cet aspect alors que d'autres le sont moins. En supervision, j'ai souvent eu l'occasion d'observer un tel malaise particulièrement chez les thérapeutes d'approches non directives où la présentation du traitement dans ses dimensions ouvertes et exploratoires, sans balises définies au préalable, exige du thérapeute une solide assurance intérieure, une bonne connaissance de son approche et une confiance en sa méthode, confiance qui ne s'acquiert qu'avec l'expérience.

L'alliance de travail domine au début de la consultation, mais sans sa contrepartie affective, elle risque d'être mise à rude épreuve dans les moments difficiles du traitement. L'alliance thérapeutique s'amorce dès l'instant où le client expérimente dans la relation une écoute différente de celle à laquelle il est habitué, une écoute qui l'aide à identifier la vraie nature de sa demande. En effet, bien souvent, la demande initiale reflète imparfaitement la véritable souffrance de l'individu. Alors qu'il ressent bien cette dernière, qu'il l'éprouve dans tout son être, les mots pour l'exprimer lui échappent. L'art du thérapeute lors des premiers entretiens est d'aider le client à formuler sa demande là où elle se situe véritablement. Lorsque ce dernier y parvient, il se sent compris profondément et éprouve une gratitude à l'endroit de l'intervenant, ce qui favorise sa confiance et son attachement à la personne du thérapeute. La capacité à susciter le développement de l'alliance thérapeutique s'appuie sur les capacités relationnelles du thérapeute : son ouverture, son authenticité, sa capacité d'écoute et d'accueil, son assurance personnelle. En cours de traitement, lorsque des difficultés surgissent, le maintien de l'alliance exige de lui une capacité à contenir ses réactions émotionnelles devant une attitude du client qui le déstabilise, les contenir le temps nécessaire pour élaborer une compréhension de ce qui se joue dans leur relation au moment présent. Plusieurs éprouvent des difficultés ici, car cette aptitude relationnelle ne s'acquiert ni dans les livres ni avec le maniement des techniques.

Narcissisme et Estime de Soi

aspects **neurodéveloppementaux** et implications pour la
psychothérapie

avec **Gilles Delisle, Ph.D.**

- De l'attachement à l'estime de soi : trajets théoriques et cliniques
- Narcissisme et relations d'objet : les classiques à l'épreuve des neurosciences
- Neurodynamique des affects narcissiques et pathologies de la personnalité
- La régulation thérapeutique des affects narcissiques
- Mémoire narrative et herméneutique de l'estime de soi
- La compétence affective du psychothérapeute et les transferts narcissiques



L'humanité de la conscience n'est pas du tout dans ses pouvoirs mais dans sa responsabilité. Dans l'obligation à l'égard d'autrui : c'est l'autre qui est premier

Emmanuel Levinas

Québec, les 21 et 22 avril 2011, 325 \$ (plus taxes)

Montréal, les 5 et 6 mai 2011, 300 \$ (plus taxes)

Les places sont limitées

CIG

CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE

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

Elle est affaire de personnalité d'abord, de tact ensuite, cette sorte de flair clinique qui se développe avec l'expérience. La supervision devient ici un outil précieux pour aider le praticien.

_UN DÉTRACTEUR DE L'ALLIANCE : LE TRANSFERT

Tenant compte de tout ce qui précède, on le voit, maintenir un climat de collaboration optimal tout au long du processus thérapeutique n'est pas chose simple. Souvent, lorsqu'une thérapie stagne, que le client ne semble pas répondre aussi bien qu'on le voudrait à nos interventions, on peut soupçonner un problème dans le bon dosage des deux alliances. Toute thérapie se déroule dans le cadre d'une relation unique qui a ses spécificités propres. Or les techniques et les données théoriques, quelle que soit l'approche utilisée, ont été élaborées à partir d'une généralisation des points communs observés entre plusieurs clients. Elles posent comme hypothèse de travail que si un client X présente suffisamment de traits semblables à ceux d'une catégorie diagnostique reconnue, il devrait en principe réagir au traitement proposé selon les résultats des données probantes. Mais en réalité, chaque personne est unique et aucune ne peut se réduire aux seuls critères généraux, même celle qui semble les cumuler tous. Il y a toujours des traits personnels qui la distinguent de la masse et qui l'amènent à réagir de manière toute personnelle. Ces facteurs individuels sont la plupart du temps responsables des réactions imprévues qui prennent le thérapeute par surprise et le déstabilisent. On parle ici, bien sûr, des réactions transférentielles du client qui mettent l'alliance à rude épreuve. Ici réside tout l'art de l'intervention : savoir s'adapter à toute situation imprévue dans l'ici et maintenant, savoir composer avec la subjectivité de chaque individu. Lorsque cela arrive, nos techniques et données théoriques ne sont plus des guides infallibles, parce que l'attitude du client suscite en nous une réaction affective. S'installe alors entre lui et nous une modalité de communication qui risque de mener à une incompréhension réciproque si on ne parvient pas à comprendre ce qui se passe. Il importe donc d'identifier et de comprendre cette modalité de communication si on veut éviter de s'y enliser. C'est par son contre-transfert que le thérapeute pourra y parvenir. Dans ces situations, nous n'avons que nos propres ressources affectives et relationnelles pour dénouer l'impasse.

Je n'ai pas l'intention ici de m'étendre longuement sur la question du transfert et du contre-transfert, qui n'est pas directement l'objet de cet article. Cependant, je voudrais prendre quelques lignes pour souligner la fréquente mésinterprétation de ces termes, et ce, parfois même chez certains thérapeutes d'allégeance psychanalytique. Avec la recherche et la réflexion engendrée par les difficultés des cures de patients atteints de troubles sérieux de la personnalité, la compréhension de ces phénomènes a beaucoup évolué ces dernières années. De plus, les découvertes des neurosciences, particulièrement celles concernant les phénomènes de mémorisation des situations affectives, ont aussi contribué à repenser la définition de ces termes. Je ne ferai pas ici l'historique de l'évolution des concepts ni l'exposé de ce qui l'a entraînée. Je me contenterai de dire qu'aujourd'hui, l'on considère le transfert non plus comme la simple projection

sur le thérapeute d'un conflit infantile, mais comme une modalité relationnelle inconsciente constamment à l'œuvre dans toute relation. Celle-ci s'est développée à partir des expériences relationnelles et émotionnelles vécues durant l'enfance avec les premières figures d'attachement. Les traces inconscientes laissées par ces dernières sont réveillées par toute situation qui les rappelle de près ou de loin et la personne y réagit de la même manière que durant l'enfance. La relation thérapeutique est particulièrement susceptible de réveiller cette modalité relationnelle inconsciente en raison de ses particularités¹ et de ses buts qui visent justement à modifier ces apprentissages inconscients. L'approche psychanalytique travaille à mettre à jour ces modalités relationnelles alors que d'autres approches choisissent de ne pas les travailler. Mais cela n'empêche pas pour autant leur présence dans la relation. Il ne faut donc pas se surprendre de les voir surgir inopinément et venir menacer l'alliance à un moment ou à un autre. Le thérapeute peut choisir de ne pas les mettre à jour, mais il n'a pas le choix d'en tenir compte et de trouver une manière de les contourner afin de retrouver la collaboration du client.

_EN GUISE DE CONCLUSION

La réflexion pourrait continuer ainsi et s'ouvrir sur des discussions de cas précis, mais le manque d'espace m'oblige à m'arrêter ici. J'espère cependant avoir contribué à relancer la vôtre. La reconnaissance d'actes réservés est un grand pas pour la crédibilité accordée à notre profession. En contrepartie, nous avons l'obligation de travailler à améliorer constamment notre compétence. Les recherches sur l'efficacité des traitements nous apportent des balises quant aux diverses connaissances et techniques pertinentes, mais l'aspect relationnel de notre travail demeurera toujours fondamental. C'est pourquoi je voudrais, en terminant, formuler le souhait qu'en tant que groupe, nous évitions de tomber dans le piège qui a nuï à la médecine. Devant le développement rapide et étendu des connaissances médicales scientifiques, celle-ci a mis l'accent, tant dans la formation que dans la recherche, sur la maladie comme phénomène au détriment de l'écoute du malade. Devant une médecine de plus en plus technicisée et déshumanisée, plusieurs se sentent traités comme des objets et se tournent vers des approches alternatives capables de les entendre dans leur globalité et en tant qu'êtres uniques. Je souhaite que, tout en ayant le souci de tenir compte des éléments que la recherche peut nous apporter, nous sachions toujours prioriser l'accueil et l'écoute du client et lui subordonner nos connaissances scientifiques et techniques, si précieuses soient-elles pour nous guider dans notre travail.

_Note

- 1 La thérapie est une situation qui évoque d'emblée une relation d'autorité en raison de la position différente des deux protagonistes, l'un en besoin d'aide, l'autre qui s'offre pour aider. De plus, la durée et la régularité des entrevues, les honoraires, le cadre, contribuent à accentuer cet aspect d'autorité.



Dr Frédéric Dionne / Psychologue

Psychologue au Centre d'expertise en gestion de la douleur du Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval, le Dr Dionne pratique en bureau privé et est directeur de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (www.iftcc.com).

L'alliance thérapeutique dans les thérapies cognitives et comportementales contemporaines

La compréhension des interactions entre le psychothérapeute et le client est au centre des approches humanistes et psychodynamiques, mais a été généralement reléguée au second plan dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC) traditionnelles. Les thérapies de la « troisième vague » de TCC (voir Dionne, 2009; Dionne & Neveu, 2010) soulèvent des questions qui concernent autant les thérapeutes que les clients et accordent un rôle plus central à l'alliance thérapeutique. Cette alliance fait référence à la qualité du lien affectif entre le psychothérapeute et le client ainsi qu'à leur accord mutuel sur les tâches et objectifs de la thérapie (Safran & Muran, 2000). À l'aide du cas d'Alain, cet article vise à présenter les façons de concevoir l'alliance thérapeutique en TCC selon trois modèles thérapeutiques contemporains importants.

_LE CAS D'ALAIN

Alain est un homme de 45 ans en traitement pour une lombalgie chronique associée à un épisode dépressif majeur. Ce client présente de surcroît des traits de personnalité évitants. Il a de la difficulté à s'affirmer avec les gens et a un pauvre réseau social. En entrevue, Alain esquive le contact visuel et exprime peu ses émotions. Il a également tendance à se plaindre de sa douleur physique et à ruminer ses difficultés pendant les séances. Ce comportement irrite le psychothérapeute. Dans la vie de tous les jours, sa tendance à ressasser continuellement ses problèmes fait également l'objet de conflits avec sa conjointe qui rapporte en avoir assez de n'entendre que du négatif.

_LA THÉRAPIE ANALYTIQUE FONCTIONNELLE

La Thérapie analytique fonctionnelle (*Functional analytic psychotherapy*, abbréviation « FAP »; Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2008) est une approche hautement interpersonnelle fondée sur le conditionnement opérant de B. F. Skinner, particulièrement appropriée pour les individus présentant une problématique de la personnalité (axe 2). Rappelons que pour le conditionnement opérant, un comportement est déterminé par ses conséquences (p. ex. renforcement, punition). Dans l'interaction entre psychothérapeute et client, en fait, le psychothérapeute constitue à la fois l'antécédent (le stimulus déclencheur ou discriminatif amenant une réponse chez le client) et la conséquence (renforçante ou punitive) des comportements du client. Cette thérapie cherche

ainsi à influencer les comportements du client à partir de principes d'apprentissage comme le façonnement, le renforcement, la généralisation, l'extinction, etc.

La FAP part de la prémisse que le changement se produit à l'intérieur de la relation psychothérapeute-client et vise majoritairement à intervenir sur les problèmes qui se produisent dans la séance au lieu de parler de difficultés survenant à l'extérieur des rencontres. Cette approche s'intéresse aux interventions *in vivo*, par lesquelles le psychothérapeute amène le client à porter attention à ce qu'il fait au moment présent et à ce qu'il pense et ressent au sujet de la thérapie, du psychothérapeute et de la relation thérapeutique.

Les comportements cliniquement significatifs

Les comportements cliniquement significatifs (CCS; *clinically relevant behaviors*) sont de riches opportunités d'apprentissage pour le client. Ces comportements sont susceptibles de se produire dans le contexte de la thérapie et sont étroitement reliés à l'histoire du client. De ce fait, dans l'entrevue d'évaluation initiale, l'anamnèse de l'individu se voit accorder une importance particulière. Trois types de comportements particuliers sont à prendre en considération.

Les CCS1 sont des comportements problématiques dans la vie de tous les jours et qui se manifestent durant la séance. Dans le cas d'Alain, il est probable que ses comportements, ruminer, se plaindre, éviter le contact visuel, font partie de ce registre.

Les CCS2 sont des progrès ou améliorations, c'est-à-dire des comportements ciblés dans le contexte de la thérapie. Faire des demandes au psychothérapeute (affirmation de soi), maintenir le regard et parler des aspects positifs de sa vie constituent certainement des CCS2 pour ce client.

Enfin, les CCS3 sont les interprétations du client quant aux variables affectant ses comportements. Ces interprétations doivent associer les comportements adoptés à l'intérieur de la thérapie avec ceux adoptés à l'extérieur des séances.

Les cinq règles à suivre

La thérapie consiste en l'application des cinq règles fondamentales, présentées au Tableau 1, en lien avec les CCS du client.

Règle 1 : Observer les CCS

La première règle consiste à être observateur des CCS lorsqu'ils se produisent en thérapie. Quelques questions clés peuvent aider le psychothérapeute : est-ce que ce comportement est

un problème ou un progrès pour ce client? Quelle est ma réaction en tant que psychothérapeute face à ce comportement? Est-ce que ma réaction risque d'être semblable à celle des proches de mon client (p. ex. la conjointe d'Alain)? Le fait de conscientiser la présence des CCS dans l'ici et maintenant permettra au psychothérapeute de réguler son comportement en fonction de ceux-ci et ainsi apporter un renforcement adéquat. Dans la séance, il arrive fréquemment qu'Alain se plaigne ou rumine à propos de sa situation du moment. Le psychothérapeute, saisissant ces comportements au vol, ajuste sa réponse à ce comportement et choisit de ne pas offrir de renforcement (il évitera par exemple les « hmm, hmm »).

Règle 2 : Susciter les CCS

Une relation idéale entre le psychothérapeute et son client promeut l'émergence de CCS1 afin de favoriser l'apparition de CCS2. Il y a trois façons de susciter ces opportunités d'apprentissage chez le client. D'abord, les éléments inhérents à la thérapie, comme la durée d'une séance, les vacances du psychothérapeute, les coûts, la suggestion d'un devoir, les silences, vont d'eux-mêmes engendrer des CCS. Ensuite, des méthodes thérapeutiques évocatrices comme l'association libre, des exercices d'écriture, la technique de la chaise vide peuvent être utilisées afin de cibler des comportements spécifiques chez le client. Puis, le psychothérapeute utilise sa personne comme instrument de changement en préconisant une relation intense, validante et compatissante, plus profonde qu'une relation thérapeutique habituelle. Une attitude dite « courageuse » décrit le psychothérapeute qui repousse ses propres limites sur le plan émotionnel afin de créer des moments intenses pouvant être thérapeutiques chez le client. Sachant qu'Alain a manqué de reconnaissance et d'affection dans son enfance, le psychothérapeute lui reflète à quel point il l'apprécie comme personne et voit en lui quelqu'un avec un fort potentiel. Cette intervention amène Alain à se refermer sur lui-même (CCS1), ce qui mène aussitôt à une discussion cruciale autour de ce comportement d'évitement (CCS2).

Règle 3 : Renforcer naturellement les CCS2

Lorsqu'un CCS2 (progrès) se présente en thérapie, il faut le renforcer immédiatement et de façon contiguë dans le temps et l'espace (un principe de base du conditionnement opérant). Il est aussi essentiel de renforcer les manifestations d'un progrès de façon naturelle (p. ex. avec de l'attention ou un partage d'émotions de la part du psychothérapeute pour le client), et non artificielle (comme un « bravo » ou tout autre élément extrinsèque), celles-ci ont en effet plus de chances de se généraliser à l'extérieur de la thérapie, puisqu'elles se rapprochent d'une « vraie relation ». À un moment dans la thérapie, Alain refuse un exercice à la maison proposé par le psychothérapeute. Dans une TCC plus traditionnelle, le psychothérapeute choisirait d'interroger le client sur les croyances (dysfonctionnelles) motivant son refus. Dans la FAP, le psychothérapeute juge qu'il s'agit d'un CCS2 (affirmation de soi) et décide alors de renforcer aussitôt ce comportement (règle 3) en approuvant spontanément et respectueusement ce refus (un renforçateur naturel).

Règle 4 : Observer l'effet renforçant de vos interventions

Il importe pour le psychothérapeute d'être conscient de son impact. Ce qui est renforçant pour un client peut ne pas l'être pour un autre. La règle 4 suggère de remarquer l'effet renforçateur du comportement du psychothérapeute en relation avec les CCS. Dans la thérapie comportementale, une intervention est efficace si elle produit un effet désiré chez le client (p. ex. l'amélioration de l'humeur) et une augmentation du comportement cible (p. ex. une meilleure affirmation). Le psychothérapeute remarque qu'au fil des rencontres, Alain parle de plus en plus des aspects positifs de sa dernière semaine, ce qui confirme qu'accorder une plus grande attention à ce comportement donne de bons résultats.

En relation avec les CCS du client, le psychothérapeute a également son propre répertoire de comportements cibles et problématiques, ses T1 (p. ex. éviter la colère du client) et T2 (p. ex. demeurer présent face à des émotions désagréables) desquels il doit être conscient. En fait, les habiletés que le psychothérapeute doit acquérir dans l'application de cette forme de thérapie sont bien plus personnelles et expérientielles que théoriques. Il doit connaître ses propres enjeux interpersonnels susceptibles d'intervenir dans le contexte de la thérapie.

Règle 5 : Fournir des interprétations au client et favoriser la généralisation des comportements

Contrairement à d'autres formes de thérapies, le psychothérapeute FAP apprend au client à formuler des interprétations avec un langage fonctionnel, c'est-à-dire en abordant les antécédents, réponses et conséquences de ses comportements. Par exemple, Alain pourrait apprendre à formuler une interprétation en ces termes : « Lorsque le psychothérapeute me reflète mes qualités (antécédent), j'ai tendance à me replier sur moi-même (réponse), ce qui m'éloigne de lui et des gens en général (conséquences). »

La règle 5 favorise également la généralisation du comportement cible (CCS2) à l'extérieur de la thérapie. Suite à un comportement d'affirmation de soi, il peut être suggéré à Alain de tenter ces comportements avec les personnes de son entourage.

Tableau 1. Cinq règles de la Thérapie analytique fonctionnelle

Règles	Interventions
1	Observer les CCS (Soyez conscient)
2	Susciter les CCS (Soyez courageux)
3	Renforcer naturellement les CCS2 (Soyez aimant)
4	Observer l'effet renforçant de vos interventions (Soyez conscient de votre impact)
5	Fournir des interprétations et favoriser la généralisation

Une approche intégrative qui optimise les résultats thérapeutiques

Les principes de la FAP peuvent s'intégrer à la Thérapie cognitive traditionnelle (Beck, Ellis), aux approches de la troisième vague ou à toute autre forme de psychothérapie dans le but d'en optimiser l'efficacité. La FAP présente en ce sens des résultats thérapeutiques



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

► NOUVELLES FORMATIONS

■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

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

Montréal 150 \$ (taxes incluses)
le 14 juin 2011

■ Intervention en situation de crise et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses)
les 22 et 23 mars 2011

■ Réadaptation physique et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses)
les 5 et 6 avril 2011
le 31 mai et le 7 juin 2011

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Montréal 400 \$ (taxes incluses)
Groupe C les 12, 13 et 14 mai 2011

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

Montréal 150 \$ (taxes incluses)
le 7 avril 2011

► FORMATION DE 3 ANS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Voyez le programme détaillé sur notre site web.

► ATELIERS D'APPROFONDISSEMENT D'UNE JOURNÉE

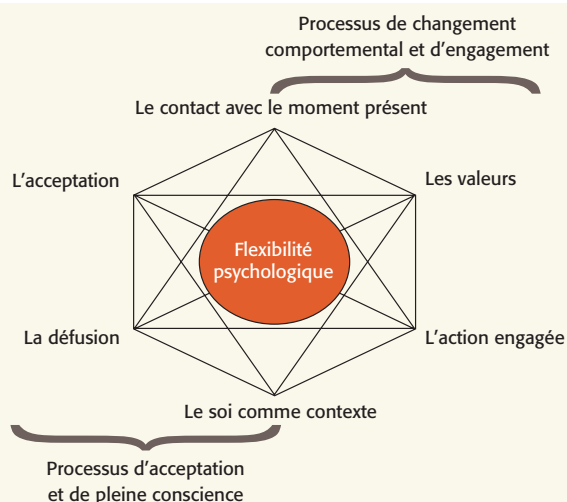
Consultez notre site web pour connaître les différents ateliers disponibles.

prometteurs (pour une revue, voir Ferro García, 2008). En bref, plus le psychothérapeute effectue des interventions *in vivo*, plus cela améliore les résultats thérapeutiques, notamment le fonctionnement interpersonnel des clients. La FAP procure également une grille d'analyse pour la supervision d'étudiants et de professionnels (Tsai *et al.*, 2008).

_LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT

Parmi les approches de la troisième vague de TCC, la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ou « ACT », à prononcer comme « acte »; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) est prédominante. Depuis la parution du *Piège du bonheur* (Harris, 2009), notamment, elle connaît un essor considérable au Québec. L'ACT vise à développer une meilleure flexibilité psychologique chez le client afin qu'il puisse agir en direction de ses valeurs personnelles. Le modèle de l'Hexaflex, illustré à la Figure 1 (voir Neveu & Dionne, 2009; 2010) résume ses principales cibles d'intervention en sept facettes : l'acceptation, la défusion, le moment présent, le Soi contexte, les valeurs, l'action engagée et la flexibilité psychologique.

Figure 1. L'Hexaflex de la Thérapie d'acceptation et d'engagement



Étant donné que les processus langagiers et cognitifs chez l'humain sont à la genèse de la souffrance et des troubles psychologiques, selon l'ACT, la relation thérapeutique est fondamentalement égalitaire. En d'autres mots, dans ce contexte où la souffrance est normalisée, le psychothérapeute est également aux prises avec ses propres luttes. Ainsi, le modèle de l'Hexaflex s'applique non seulement au client, mais également au psychothérapeute et aux processus impliqués dans la relation thérapeutique (Pierson & Hayes, 2007). Par exemple, dans l'interaction avec Alain, le psychothérapeute doit faire une place (accepter) à ses propres émotions désagréables en réaction aux comportements du client et développer sa capacité à « défusionner » de ses propres pensées

et jugements négatifs à son égard et à l'endroit de son client, et ce, au service de ses propres valeurs en tant qu'aïdant.

_LA THÉRAPIE COGNITIVE FONDÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

La méditation en pleine conscience (présence attentive ou *mindfulness* en anglais), définie comme l'habileté à porter attention délibérément, sur le moment présent sans porter de jugement (Kabat-Zinn, 2009), connaît une popularité indéniable en psychothérapie. Dans un sondage récent mené aux États-Unis, 41,4 % des psychothérapeutes rapportent effectuer, au moins à l'occasion, de la thérapie fondée sur la pleine conscience (Simon, 2007).

La Thérapie fondée sur la pleine conscience pour la réduction du stress (MBSR; Kabat-Zinn, 2009) et la Thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience pour la dépression (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2006) sont les interventions de groupe (d'une durée de huit semaines) les plus connues. Ce sont des approches validées empiriquement dans le traitement de divers troubles psychologiques et physiques (voir en outre la méta-analyse de Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010). La pratique de la méditation en pleine conscience est certes bénéfique pour les clients, mais cette pratique est-elle bénéfique pour le psychothérapeute (ou enseignant)? Est-ce qu'un psychothérapeute pleinement conscient (*mindful therapist*) peut augmenter l'efficacité thérapeutique?

Pour plusieurs, les qualités cultivées par la pratique de la méditation en pleine conscience ont le pouvoir de solidifier l'alliance thérapeutique (p. ex. Hick & Bien, 2008). Parmi ses qualités, on retrouve la capacité à diriger son attention, la compassion, l'empathie, la présence « moment après moment », l'acceptation, l'attitude de non-jugement, la distanciation par rapport aux pensées, la tolérance à la détresse et le non-attachement à un résultat (Fulton, 2005). Des approches thérapeutiques comme la MBCT et la MBSR recommandent d'ailleurs fortement que le psychothérapeute ait une pratique personnelle de méditation (voir Crane, Kuyken, Hastings, Rothwell & Williams, 2010). Cet accent sur le psychothérapeute représente un changement de paradigme considérable dans la formation professionnelle en TCC.

Actuellement, la pratique de la méditation en pleine conscience chez le psychothérapeute bénéficie d'un appui qui est plus théorique qu'empirique. Il existe néanmoins quelques travaux de recherche dans le domaine. En outre, au sein d'une étude randomisée, des psychothérapeutes en formation (N=18) sont divisés en deux groupes : l'un pratiquant la méditation avant les séances de psychothérapie et l'autre ne la pratiquant pas. Avec environ 60 patients par groupe, le groupe de psychothérapeutes pratiquant la méditation obtient une plus grande diminution de symptômes chez leurs patients (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, Rother & Nickel, 2007).

_CONCLUSION

L'importance des facteurs reliés au psychothérapeute et à l'alliance dans l'efficacité thérapeutique ne fait nul doute. Cet article présente un regard « behavioral » nouveau sur des questions soulevées traditionnellement par d'autres écoles de pensée. Un tel intérêt n'est pourtant qu'une continuité logique en thérapie cognitive et comportementale, car les interactions entre le psychothérapeute et le client sont nécessairement soumises aux mêmes principes d'apprentissage fondamentaux qui la sous-tendent.

_Bibliographie

- Crane, R. S., Kuyken, W., Hastings, R. P., Rothwell, N., Williams, M., F. (2010). Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. *Mindfulness*, 1, 74-86.
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26 (6), 20-24.
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 15-36.
- Ferro García, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.
- Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 55-72). New York: Guilford Press.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients : A randomized double-blind, controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76, 332-338.

- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New-York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Hick, S. F., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience*. Paris: De Boeck.
- Kolhenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New-York: Plenum Publishers.
- Neveu, C., & Dionne, F. (2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement : une approche novatrice. *Psychologie Québec*, 26 (6), 29-31.
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. Dans P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.
- Safran, J., & Muran, C. J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Belgique: De Boeck.
- Simon, R. (2007). The top ten. *Psychotherapy Networker*, March/April, pp. 24,25,37.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

Santé, spiritualité et thérapies

Venez réfléchir à ces questions en compagnie de spécialistes, notamment, d'anthropologie médicale, de psychosomatique et de psychologie religieuse.

École d'été du 2 mai au 10 juin 2011
Formation intensive de 2^e cycle

USherbrooke.ca/fater/ecole-ete

Quel est le rôle de la spiritualité dans la guérison?

Comment est-elle intégrée à la thérapie?

Où se situe la responsabilité du malade? Celle du thérapeute?

Inscrivez-vous à la séance d'information

Campus de Longueuil

Le lundi 21 mars 2011 à 18 h 30

1 800 267-8337, poste 63512



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE



Dominique Côté / Psychologue

Dominique Côté est psychologue clinicienne auprès d'une clientèle pédopsychiatrique à l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Ses intérêts portent particulièrement sur l'intervention précoce, notamment auprès d'enfants et d'adolescents présentant des symptômes psychotiques et auprès d'enfants d'âge préscolaire.

L'alliance thérapeutique avec les enfants

L'alliance thérapeutique est un facteur déterminant dans l'efficacité des interventions, indépendamment de la clientèle et de l'approche théorique utilisée (Martin, Garske et Davis, 2000). Bien qu'elles ne soient pas suffisantes au bon déroulement de la psychothérapie, la qualité et la force du lien entre le client et le thérapeute influencent positivement l'évolution, les résultats et l'adhésion (Garcia et Weisz, 2002; Martin et al., 2000). Si l'alliance thérapeutique demeure complexe et difficile à définir, une majorité se réfère aux travaux de Bordin (1979) pour la décrire. Selon cet auteur, l'alliance thérapeutique repose sur trois caractéristiques de la relation entre le thérapeute et son client : l'entente sur les buts du traitement, l'entente sur les tâches à effectuer et le lien de confiance.

L'alliance thérapeutique a surtout été étudiée auprès d'une clientèle adulte. Récemment, des études portant sur l'alliance thérapeutique auprès des enfants font ressortir qu'elle comporte des particularités et soulève certains défis pour le psychologue. Ce texte présente d'abord les spécificités de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle pédiatrique. Il offre ensuite quelques pistes de solution afin de promouvoir l'établissement d'une alliance avec cette clientèle. Enfin, quelques repères permettant d'évaluer la qualité du lien avec son client sont présentés.

_PARTICULARITÉS ET DÉFIS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PÉDOPSYCHIATRIE

Tout comme chez l'adulte, l'alliance thérapeutique avec l'enfant se révèle déterminante dans les résultats de la psychothérapie (Green, 2006). Toutefois, contrairement à l'adulte, l'enfant se retrouve souvent en thérapie à la volonté d'un tiers, comme un parent ou un enseignant, et il a souvent des capacités d'introspection plus limitées (Digiuseppe, Linscott et Jilton, 1996). Dans ce contexte, l'enfant ne perçoit pas toujours ses difficultés, ce qui peut être source de conflit avec ses proches et entraîner une faible motivation au changement.

L'alliance thérapeutique chez l'enfant devrait être considérée dans une perspective systémique. Lorsque le psychologue intervient auprès des enfants, il est crucial qu'une « alliance partagée » s'établisse avec les parents, les enseignants ou les autres intervenants significatifs (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005). La collaboration de l'entourage est importante, puisque c'est souvent celui-ci qui consolide et généralise les interventions

proposées par le psychologue. L'entourage détermine également si les services doivent être maintenus ou interrompus. D'ailleurs, il semble que l'alliance auprès des parents est particulièrement influente dans l'issue des interventions avec les enfants (Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero et Liddle, 2006; Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander et Kogan, 2006). Le psychologue doit ainsi s'appliquer à développer un lien de confiance avec les parents et les proches de l'enfant dès le début de la psychothérapie et porter une attention particulière à leurs besoins tout au long de celle-ci (Kabuth, De Tychey et Vidailhet, 2005).

En pédopsychiatrie, les enfants présentent souvent des défis sur le plan de l'attachement, certains d'entre eux ayant fait face à l'adversité très tôt dans leur vie. Les enfants ayant vécu des traumatismes peuvent avoir construit des schémas dysfonctionnels dans leurs relations avec autrui (Bowlby, 1988). Ces représentations négatives des relations interpersonnelles sont souvent associées à des difficultés dans la construction de l'alliance thérapeutique (Bachelor, Meunier et Laverdière, 2010).

_FAVORISER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PÉDOPSYCHIATRIE

Il apparaît d'abord crucial d'établir un consensus avec l'enfant et ses parents concernant les buts et les tâches qu'implique l'intervention psychologique (Bordin, 1979). Les buts de la psychothérapie devraient être déterminés en lien avec les souffrances et les difficultés de l'enfant et de sa famille. Pour développer l'alliance thérapeutique, le psychologue doit aussi tenir compte du niveau développemental et des préoccupations de l'enfant. Ainsi, la quête d'autonomie peut servir de levier de changement et susciter la motivation chez un adolescent aux prises avec des troubles du comportement. Digiuseppe et ses collaborateurs (1996) recommandent d'utiliser les techniques de l'entretien motivationnel pour définir les buts et favoriser la motivation au changement en psychothérapie. S'il n'y a pas consensus entre l'enfant et ses proches, ces auteurs suggèrent de choisir des objectifs visant le meilleur intérêt des deux parties.

POUR
LES PARENTS
ET LES
ENSEIGNANTS

Des outils pour aider les enfants en difficulté

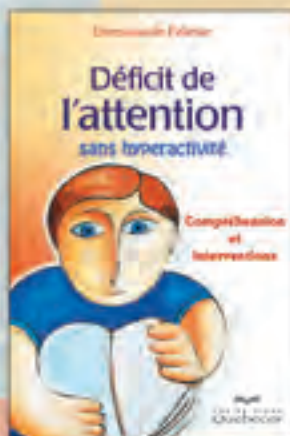
Déficit d'attention sans hyperactivité

Emmanuelle Pelletier

Traitements et les
interventions
recommandés.



9 782764 014844



Mieux comprendre la dyslexie

Évelyne Pannetier,
neuropédiatre

Guide pour les parents
et les enseignants.



9 782764 015384



Guide du langage de l'enfant de 0 à 6 ans

Sylvie Desmarais,
orthophoniste

Outils pour stimuler ou
corriger la parole.



9 782764 015353

Ces parents à bout de souffle

Suzanne Lavigreur,
Ph.D.

Livre conçu pour venir à la
rescousse des parents.



9 782764 014103



Mon cerveau a besoin de lunettes

D'Annick Vincent,
psychiatre

Pour l'enfant souffrant
du trouble du
déficit d'attention.



9 782764 015407



Mon cerveau a ENCORE besoin de lunettes

D'Annick Vincent,
psychiatre

Pour l'adulte souffrant
du trouble du
déficit d'attention.



9 782764 015414

LES ÉDITIONS
Quebecor

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

Téléphone: 514 270-1746

Courriel: simard.jacques@quebecoreditions.com

Pour en savoir plus: www.quebecoreditions.com

Une fois les objectifs définis de façon consensuelle, la communication avec la famille concernant les moyens utilisés pour l'atteinte des objectifs est cruciale pour l'alliance thérapeutique (Garcia et Weisz, 2002). Dans le cas d'enfants ou de familles résistants au changement, le fait de nommer ces résistances peut s'avérer bénéfique. L'utilisation d'un plan d'intervention individualisé permet de définir et clarifier les buts, les tâches et les rôles de chacun. La révision des objectifs et des tâches doit se faire régulièrement avec l'enfant et sa famille afin de s'ajuster aux besoins et à l'évolution de l'enfant et de ses proches.

L'importance du lien thérapeutique et de ses conséquences devrait être discutée avec l'enfant et ses proches dès le début de la psychothérapie. Ainsi, dans une perspective systémique, il est important d'examiner la qualité du lien de confiance de l'enfant et de sa famille avec le psychologue, mais également l'alliance entre les membres du groupe afin que chacun poursuive des buts communs (Friedlander, Bemadi et Lee, 2010). Lorsque la construction de l'alliance est difficile avec l'enfant, des rencontres conjointes avec l'enfant et un adulte avec qui il a un bon lien de confiance peuvent être envisagées.

Le psychologue peut représenter un modèle de figure d'attachement pour les enfants ayant vécu un trauma. Ainsi, il n'est pas rare que les difficultés d'attachement créent des résistances dans la construction de l'alliance avec le psychologue en début de thérapie (Paivio et Patterson, 1999). Avec des clients plus difficiles, il demeure essentiel de favoriser un attachement sécurisant en définissant des limites claires, en nommant les craintes et les réticences ainsi qu'en privilégiant des techniques d'intervention visant l'acceptation et la validation (Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi et Rouillon, 2009). À ce sujet, l'observation des comportements de l'enfant en relation avec le thérapeute peut être utile pour identifier les représentations de la relation issues des expériences passées (Cheval *et al.*, 2009).

Garcia et Weisz (2002) soulignent que l'alliance thérapeutique avec la famille doit tenir compte de certains facteurs environnementaux, comme la situation économique et monétaire. Par exemple, le revenu familial peut entraver les capacités de paiement ou de déplacement lors de la psychothérapie. Les croyances familiales peuvent également faire obstacle à l'établissement de l'alliance thérapeutique. Par exemple, le traitement d'un trouble mental par pharmacothérapie peut susciter des résistances dues aux croyances culturelles. Dans ce cas, il semble essentiel d'informer la famille à partir des données probantes tout en reconnaissant la souffrance et la détresse rapportées.

Le psychologue détient évidemment une responsabilité dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Ackerman et Hilsenroth (2003) soulignent qu'un thérapeute se montrant flexible, honnête, respectueux, fiable, confiant, chaleureux, intéressé et ouvert favorise l'établissement et le maintien de l'alliance. Ces auteurs soulignent aussi que des techniques comme l'exploration, le reflet, la capacité d'interpréter justement les propos, l'encouragement à l'expression d'affect et la mise en valeur des succès du client favorisent l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique varie au fil de la thérapie et doit donc être évaluée régulièrement. Les ruptures de l'alliance sont fréquentes et leur résolution nécessite parfois de s'interroger sur les buts et les tâches préalablement identifiés. Ainsi, la construction de l'alliance thérapeutique nécessite du temps, particulièrement avec une clientèle qui présente des troubles mentaux plus sévères (Barber *et al.*, 2009). Cette dernière manifeste parfois une amélioration plus modeste de la symptomatologie en début de traitement, ce qui affecte le lien de confiance. Dans cette situation, la qualité des informations fournies a un impact considérable sur l'établissement de l'alliance avec la famille (Smerud et Rosenfarb, 2008).

Enfin, il apparaît important de souligner que la qualité de l'alliance thérapeutique a certes une importance dans le cadre de l'intervention, mais qu'elle est tout aussi déterminante dans le cadre de l'évaluation en pédopsychiatrie. En effet, l'alliance avec les parents et l'enfant a un impact sur la qualité des informations recueillies lors de l'évaluation.

_ÉVALUATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Le psychologue possède une connaissance implicite de l'alliance et l'évalue souvent de façon subjective. Par ailleurs, à cause de la désirabilité sociale, l'enfant surévalue souvent la qualité et la force de son lien avec le thérapeute (Hervé, Paradis, Legras et Visier, 2006). Il incombe au psychologue d'évaluer la force et la qualité du lien avec son client même s'il peut y avoir une résistance à cette évaluation (Guay, 2009). L'utilisation d'instruments de mesure peut être pertinente. Toutefois, à notre connaissance, il n'existe actuellement aucun outil francophone validé pour l'évaluation de l'alliance thérapeutique chez l'enfant et sa famille (pour une revue des outils d'évaluation de l'alliance thérapeutique, se référer à Elvins et Green, 2008).

_CONCLUSION

En somme, la construction de l'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie implique d'abord de bien déterminer les objectifs et les tâches qu'implique la psychothérapie auprès de l'enfant et de ses proches. Ensuite, l'évaluation de l'alliance et des objectifs doit s'effectuer de façon continue en tenant compte de l'alliance entre les membres de la famille, du niveau développemental de l'enfant, des difficultés de celui-ci ainsi que de la situation économique et culturelle de la famille. Enfin, le psychologue doit porter une attention particulière aux enfants ayant vécu des traumas ou présentant des troubles de santé mentale sévères. Actuellement, l'alliance thérapeutique a fait l'objet de peu d'études en pédopsychiatrie, et ce, malgré la reconnaissance de son importance dans le bon déroulement de la psychothérapie. Il serait donc souhaitable que ces résultats préliminaires ouvrent la voie à l'élaboration d'outils de mesure pertinents pour l'évaluation de l'alliance thérapeutique auprès des enfants et de leurs proches ainsi qu'à des études sur l'impact de l'alliance thérapeutique dans le cadre de l'évaluation psychologique.

Bibliographie

Ackerman, S. J., et Hilsenroth, (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Bachelor, A., Meunier, G. et Laverdière, O. (2010). Client attachment to therapist: relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy, Research, Practice, Training*, 47, 454-468.

Baillargeon, P., Pinsolf, W.-M. et Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique/Systemic model of the therapeutic alliance. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55, 137-143.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. et Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.

Bowlby (1988). *A secure base*. London: Routledge & Kegan Paul.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Cheval, S., Mirabel-Sarron, C., Gueffi, J.-D. et Rouillon, F. (2009). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 347-354.

Digituseppe, R., Linscott, J. et Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 85-100.

Elvins, R. et Green, I. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187.

Friedlander, M. L., Bernadi, S. et Lee, H.-H. (2010). Better versus worse family therapy sessions as reflected in clients' alliance-related behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 198-204.

Garcia, J. A. et Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439-443.

Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance-a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 425-435.

Guay, J. (2009). *Les clientèles récalcitrantes: comment réussir l'alliance thérapeutique*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

Hervé, M.-J., Paradis, M., Legras, S. et Visier, J.-P. (2006). À propos d'une recherche sur l'alliance thérapeutique dans les consultations précoces. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 38-44.

Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J. et Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 121-129.

Kabuth, B., De Tychey, C. et Vidailhet, C. (2005). Alliance thérapeutique avec les mères et évolution clinique des enfants d'un hôpital de jour/Mothers' therapeutic alliance and children outcome in a day hospital. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 486-492.

Martin, D. J., Garske, J. P. et Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Paivio, S. C. et Patterson, L. A. (1999). Alliance development in therapy for resolving child abuse issues. *Psychotherapy*, 36, 343-354.

Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F. et Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. 20, 108-116.

Smerud, P. E., et Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 505-510.

IMO

Intégration par les mouvements oculaires
Le monde évolue;
nos outils d'intervention également.

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

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 répercussions IMO avec les enfants. IMO pour des douleurs ou maux 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 clientèle psychiatriques. Protocole évité pour accélérer l'IMO. Questions-réponses.



Vos formateurs:
Danie Beaulieu, Ph. D.
Annie Perreault, psychologue, superviseuse IMO accréditée
Stéphane Migneault, psychologue, superviseur IMO accrédité.

IMO-1 QC: 17-18 mars 2011
 MTL: 1-2 fév. 2011 15-16 sept. 2011

IMO-2 QC: 28-29 avril 2011
 MTL: 9-10 juin 2011

8h30 à 17h, les deux jours
Régulier: 695\$ / pers. * Réinscrit deux semaines avant la tenue de la formation.
Réservation*: 575\$ / pers.

Il y a 10 heures de supervision sont nécessaires après le niveau 1 et 6 heures après le niveau 2 pour obtenir la certification.



**Académie
IMPACT**
PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE

C.P. 1051, Lac-Beauport, Québec, G3B 2B8
T: 418 841-3790 • 1-888-848-3747
F: 418 841-4491
www.academieimpact.com
info@academieimpact.com



Yves Gros-Louis / Psychologue

Yves Gros-Louis agit depuis 1996 comme conférencier et formateur, sur l'approche orientée vers les solutions et sur la motivation au changement. Il est intéressé par les données probantes et les facteurs qui favorisent le succès de l'intervention.

— Pour installer une forte alliance, rejoindre le monde du client

« Avant de juger quelqu'un, chausse ses mocassins pendant trois lunes. »

Proverbe des Premières Nations

Depuis la parution d'un article dans *Psychologie Québec* en 2003¹, les chercheurs et les cliniciens reconnaissent davantage qu'il y a un match nul entre les approches tel que le confirment plus de 60 ans de recherche¹⁻¹¹. En outre, il est généralement admis que les facteurs communs sont curatifs même s'ils ne sont pas essentiels à la théorie de changement prônée par les diverses écoles de psychothérapie¹⁻³⁻⁵⁻⁷⁻⁸⁻⁹. Dans un effort sans précédent pour pondérer ces variables, Lambert¹⁰ a chiffré les facteurs communs en quatre groupes : le client (40 %), la relation thérapeutique (30 %), l'espoir (effet placebo) (15 %) et la méthode d'intervention (15 %). Cet article vise à rappeler quelques données concernant l'alliance et à proposer des stratégies et des outils pour installer une alliance de qualité inspirée de la recherche et de notre pratique.

Le dernier congrès de l'Ordre a permis de renforcer l'idée que l'approche du traitement est une composante peu importante dans le succès de l'intervention. La thématique de ce numéro sur l'alliance arrive à point, car nous croyons qu'il est essentiel de s'intéresser aux facteurs qui influencent le succès de l'intervention. La formation en psychothérapie devrait porter principalement sur l'apprentissage de moyens pour stimuler les facteurs communs³⁻⁵⁻⁸⁻¹⁴. À cet égard, installer une qualité de l'alliance est de première importance pour le psychologue.

— QUELQUES DONNÉES

Selon plusieurs auteurs, la qualité de la relation thérapeutique prédit le mieux le succès de l'intervention⁵⁻⁸⁻⁹⁻¹⁴. Il n'est donc pas étonnant qu'elle explique 30 % du changement thérapeutique¹⁰. Dans une tentative pour définir les principales composantes de ce concept, Gaston¹⁵ a proposé les quatre éléments suivants : a) la relation affective du client avec le thérapeute; b) la capacité du client à travailler dans une direction précise en thérapie; c) la compréhension empathique et l'implication du thérapeute; d) l'accord entre le client et le thérapeute sur les buts et les tâches de la thérapie.

Il y a un large consensus scientifique selon lequel l'alliance amène le succès de l'intervention plutôt que l'inverse¹⁻³⁻⁵⁻⁷⁻⁹⁻¹¹. La période critique pour jeter les bases de l'alliance se situe au début du traitement, car elle ne tendra pas à s'améliorer par la suite¹⁻²⁻⁹⁻¹⁴. C'est en effet, la qualité de la relation entre la troisième et la cinquième rencontre qui présente la meilleure corrélation avec le succès¹⁻³⁻⁹⁻¹⁴. Les thérapeutes et les clients perçoivent différemment la relation¹⁻⁴⁻⁸⁻⁹⁻¹²⁻¹⁴. Toutefois, la perception du client est plus pertinente que celle du thérapeute et d'un observateur indépendant¹⁻⁴⁻⁹⁻¹⁴. Pour assurer le succès de l'intervention, il est donc nécessaire de mesurer la perception du client régulièrement en thérapie, en particulier lors des premières rencontres¹⁻⁴⁻⁸⁻⁹⁻¹³⁻¹⁴.

La contribution du client et du thérapeute est nécessaire au succès de l'alliance. En ce qui concerne le client, son implication à participer et à collaborer prédit mieux le succès que n'importe quelle technique ou attitude du thérapeute¹⁻²⁻⁴⁻⁸⁻⁹⁻¹⁴. Sa motivation au changement tel qu'évaluée par lui-même⁸ de même que l'accord entre le client et le thérapeute sur les buts de l'intervention⁸⁻⁹ sont également associés au succès.

Quant au thérapeute, celui qui démontre plus de comportements positifs (chaleur, empathie et respect) et moins de comportements négatifs (blâme, jugement, ignorance, critique) tels que perçus par le client est le plus apte à développer une bonne alliance¹⁻³⁻⁹⁻¹⁴. D'ailleurs, la contribution du thérapeute au succès de l'intervention est beaucoup plus importante que n'importe quelle technique ou approche⁶⁻⁹. Il est probable que certains thérapeutes possèdent de meilleures habiletés pour stimuler les facteurs communs¹⁻⁴⁻⁸⁻⁹⁻¹⁴. Lorsque le client rapporte une relation insatisfaisante, le thérapeute doit aborder la situation directement pour éviter la rupture¹⁴. La personnalité du thérapeute plutôt que ses techniques est alors déterminante pour corriger et maintenir une bonne relation⁹⁻¹⁴.

— STRATÉGIES POUR INSTALLER UNE FORTE ALLIANCE

Quand on demande aux clients ce qui les a le plus aidés dans la thérapie, ils rapportent rarement la technique d'intervention, ils parlent principalement de la qualité de la relation thérapeutique². Voici, selon nous, les principales stratégies issues de la recherche et de notre pratique clinique.

1. Installer un climat motivationnel optimal

La première condition pour créer une forte relation consiste à mettre en place des conditions optimales de collaboration dans la relation. La motivation à changer a une meilleure valeur prédictive de résultats que plusieurs variables : âge, statut socio-économique, sévérité du problème, buts et attentes, sentiment de compétence personnelle, soutien social². La motivation n'est pas un élément statique à l'intérieur du client, mais un processus dynamique et interactionnel où le thérapeute a un grand rôle de catalyseur. Nous croyons que le psychologue devrait adopter une vision plus propice à la mobilisation : croire que les clients sont tous motivés, mais qu'ils présentent chacun leur style particulier de collaboration¹⁶.

En 2006, nous avons développé un programme de formation très populaire inspiré de l'approche orientée vers les solutions sur l'intervention auprès de clients peu motivés ou non volontaires. À la différence du modèle Prochaska et DiClemente¹⁷, qui propose de faire passer le client d'un stage de changement au suivant, nous croyons que chaque client peu motivé ou non volontaire est motivé dès qu'il se présente en consultation. Il est fort probable que sa motivation est loin de ce que désire habituellement le psychologue (reconnaître son problème et se sentir responsable de le résoudre). Selon nous, la tâche du thérapeute consiste à trouver ce qui motive le client, à amplifier sans jugement cette motivation et à la mettre en objectif de changement.

Prenons comme exemple une mère poussée à consulter par la DPJ qui diagnostique un manque d'encadrement parental. Cette femme ne reconnaît aucun des problèmes évalués par un psychologue en privé (séances sexuels dans l'enfance, abus d'alcool, déficit d'autorité parentale et problèmes conjugaux); pourtant, elle nous est apparue très motivée à faire des efforts sérieux pour sortir la DPJ de sa vie. Après une acceptation inconditionnelle de sa motivation et quelques rencontres, nous avons trouvé ensemble un objectif de travail qui permettrait de fermer le dossier de la DPJ : avoir une entente avec le conjoint sur les

conséquences à donner aux enfants lorsqu'ils ne respectent pas les consignes. Suite à cinq rencontres ayant permis d'atteindre cet objectif, nous avons contacté l'intervenant social de la DPJ qui a confirmé le changement radical des enfants qui écoutent leurs parents.

Même si ce modèle est simple, il n'est pas facile à appliquer, car il exige une forte dose d'acceptation de la part du psychologue. Il suppose une attitude de doute au sujet de ses connaissances et une grande plasticité face au monde du client. Cependant, travailler avec le cadre du client élimine pratiquement toute résistance et facilite une forte alliance dès les premières minutes de l'intervention.

2. Se conformer aux buts du client

La recherche démontre que le traitement est plus efficace lorsque les buts du client sont acceptés dans son langage et lorsqu'ils déterminent la cible et la structure de l'intervention². De plus, l'adaptation du traitement aux buts du client fait que celui-ci entre en traitement plus tôt et qu'il va maintenir sa collaboration plus longtemps². Enfin, la recherche établit que la formulation d'objectifs petits, spécifiques, concrets et comportementaux double la probabilité du succès thérapeutique².

En respectant les principes énoncés précédemment, il est évident que les buts doivent coller aux mots et aux aspirations du client plutôt qu'à ceux du thérapeute. Sans renier son expertise, le psychologue efficace sait qu'il est préférable de prioriser la vision du client sur la sienne. Il va poser des questions directes sur les résultats attendus à la fin de la thérapie. Il va s'assurer que les objectifs soient suffisamment concrets et observables, qu'il serait possible de les filmer. Cette direction précise donnée à l'intervention va permettre de cimenter l'alliance et d'engager davantage le client.

Psychologie Corporelle Intégrative
www.institutpci.com

Montreal (514) 383-8615
Extérieur de Montréal 1-877-383-8615
2503 Henri-Bourassa Est, Bureau 101, Montréal (Qc) H2B 1V3

- Spécialisation d'intégration psychocorporelle pour professionnels
- Ateliers de développement personnel
- Ateliers thématiques
- Soirées d'information gratuites

Début de la formation
Montreal 24 mars 2011

Maître Rêveur
Atelier I - 29-30 octobre 2011
Atelier II - 26-27 novembre 2011

Soirée d'information
Montreal Jeudi, 3 mars 2011

Développée depuis 1985
Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, recherche, 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 sens où le décrivent les neurosciences actuelles.
Programme offert au Québec et en Belgique.
André Duchesne, M. Ps., directeur de l'IPC

3. Adopter le langage du client

Les études démontrent que les clients les plus satisfaits de leurs rencontres sont ceux qui expérimentent une similarité de langage client-thérapeute (choix de mots, complexité, profondeur, sens)². De plus, prioriser le langage du client permet d'entrer davantage dans son monde, ce qui l'aide à se sentir compris et à mettre en évidence sa contribution. Cela évite aussi d'enfermer le client dans le langage du thérapeute et de nuire à la généralisation dans son milieu de vie.

4. Se conformer à la théorie du changement du client

La théorie du changement est constituée des croyances du client sur le problème et sur le processus de changement avant le début du traitement. La recherche a démontré que l'accord entre le traitement offert et la théorie du changement du client favorise l'alliance, la durée et le succès de la thérapie¹⁴. Afin de maintenir une forte alliance, le psychologue a intérêt à explorer les opinions du client sur la cause et la résolution du problème et à proposer une approche qui colle à sa théorie et à sa méthode habituelle de changement.

5. Demander l'avis du client

La recherche a démontré que l'établissement d'une bonne alliance n'est pas une chose simple². Elle établit que c'est l'évaluation du client de la relation thérapeutique plutôt que celle du thérapeute qui prédit le mieux le succès¹⁻³⁻⁵⁻⁹⁻¹⁴. Chaque client a sa façon particulière de voir l'empathie, le respect, l'authenticité, la chaleur, et le thérapeute doit chercher à démontrer ces qualités selon les critères du client plutôt que les siens. La validation est aussi décrite comme l'acceptation, la chaleur et le regard positif du thérapeute. Cette qualité perçue par le client est fortement liée au succès de la thérapie²⁻⁵⁻¹¹⁻¹⁴.

Pour améliorer la qualité de l'alliance, le psychologue ne peut se fier à sa perception et doit plutôt demander au client d'évaluer l'alliance. D'ailleurs, cette stratégie permet de réduire l'abandon thérapeutique de 50 % et d'améliorer l'efficacité de 65 %¹¹. Ces résultats se comparent à ceux des meilleurs thérapeutes¹¹. Ces outils simples, rapides et validés sont disponibles en français et peuvent être téléchargés gratuitement¹⁸.

En somme, pour créer une forte alliance qui contribue largement au succès de l'intervention, le thérapeute ne peut se fier à sa propre opinion¹⁻⁴⁻⁹⁻¹¹⁻¹⁴. Il devrait mesurer régulièrement la perception que le client a de la relation, surtout en début de thérapie¹⁻⁴⁻⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹³⁻¹⁴. Ainsi, il pourrait construire une alliance qui convienne au client²⁻⁴⁻⁸⁻¹⁴, adopter des comportements positifs favorisant la collaboration et la motivation de ce dernier¹⁻²⁻⁴⁻¹¹⁻¹³, mieux s'entendre avec son client sur les objectifs de l'intervention¹⁻²⁻⁴⁻¹¹⁻¹⁴, réparer rapidement les bris d'alliance¹⁴ et devenir un meilleur thérapeute¹¹.

_Bibliographie

1. Gros-Louis, Y. (2003) *Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : les facteurs communs*. Psychologie Québec, sept. 26-31.
2. Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997) *Escape from Babel*. New-York : Norton.
3. Asay, T.P. & Lambert, M.J. (1999) The empirical case for the common factors in therapy. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
4. Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000) *The Heroic Client : Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. San-Francisco : Jossey-Bass.
5. Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.)*. New-York : Wiley.
6. Ogles, B.M., Anderson, T. & Lunnen, K.M. (1999) The contribution of models and techniques to therapeutic efficacy : Contradictions between professional trends and clinical research. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
7. Orlinski, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994) Process and outcome in psychotherapy-nach einmal. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.)*. New-York : Wiley.
8. Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999) The client as a common factor : Client as self-healers. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
9. Wampold, B. E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.
10. Lambert, M.J. (1992) Implications of outcome research for psychotherapy integration. Dans J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds) *Handbook of psychotherapy integration*. New-York : Basic Books.
11. Duncan, B. (2010) *On Becoming a Better Therapist*. *Psychotherapy in Australia*, Vol 16, no 4: 42-51.
12. Garfield, S.L. (1994) Research on client variables in psychotherapy Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.)*. New-York : Wiley.
13. Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997) *Psychotherapy with « Impossible » Cases*. New-York : Norton.
14. Bachelor, A. & Horvarth, A. (1999) The therapeutic relationship. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
15. Gaston, L. (1990) The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
16. Gros-Louis, Y. (2000) *Les attitudes favorisant une thérapie brève et efficace*. Conférence donnée au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
17. Gros-Louis, Y. (2000) *Les attitudes favorisant une thérapie brève et efficace*. Conférence donnée au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
18. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
18. www.centerforclinicalexcellence.com



Lucie Richer / Psychologue

Psychologue au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, centre de traitement spécialisé dans le traitement des dépendances, Lucie Richer travaille auprès d'une clientèle ayant des problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard. Depuis plus de trente ans, elle travaille comme clinicienne dans un programme de traitement de psychothérapie de groupe intensif court-terme. Elle offre aussi du traitement en psychothérapie individuelle, ainsi que de la supervision de pairs et d'étudiants. Elle est membre de l'ÉFQ (École freudienne du Québec), et du Gifric (Groupe interdisciplinaire freudien de recherches et d'interventions cliniques).

L'alliance thérapeutique en psychothérapie : un art

L'alliance thérapeutique est indispensable au travail du clinicien.

Cette alliance s'appuie sur la confiance donnée par le patient au clinicien posé en « supposé savoir » (Lacan, 1964), c'est-à-dire comme celui qui détient un savoir à son sujet. Investi de cette façon, le thérapeute est vu comme celui qui saura remédier à ses tourments.

Étant son propre outil de travail, le psychologue doit avoir une connaissance approfondie de lui-même pour guider ses interventions et utiliser à bon escient les techniques et connaissances acquises durant sa formation (Freud, 1918, p. 67). En ce sens, les premiers échecs cliniques de l'apprenti psychologue ont tôt fait de lui démontrer que ce qui construit l'alliance avec son patient relève surtout de l'art avec lequel il utilise ses techniques. Cet art est façonné par le « désir de savoir » du clinicien au sujet de l'individu souffrant. Pour cela, une véritable position d'ignorance, de « docte ignorance » (Lacan 1954 p.306), le guide dans son acte clinique, le choix des interventions à privilégier et l'évaluation du moment opportun.

Généralement confus ou en crise au moment de sa demande, le patient se présente comme ignorant du mal qui l'afflige. Son discours en témoigne : « Pouvez-vous me dire ce qui m'arrive? Je ne me comprends plus »; ou « Vous devriez savoir, c'est vous le psychologue. » Cependant, le psychologue, « médecin de l'âme », sait que la vérité est portée par le sujet, même si le moi, lui, prétend ne pas savoir. Le premier atout pour bâtir l'alliance est le profond respect pour la singularité de chacun devant la souffrance et devant le sens qu'il lui donne. En effet, avoir la conviction que chacun porte en soi ce qu'il faut de créativité pour composer avec le manque dans l'Humain oriente toute la façon de s'adresser à l'autre.

LE SENS DE LA SOUFFRANCE

Depuis les débuts de la profession, le psychologue est confronté à la détresse humaine et à l'urgence de l'autre de s'en voir soulagé. Aujourd'hui ce sentiment d'urgence est encore plus criant, alors que l'individu est devenu impatient devant une souffrance qui n'a plus de sens pour lui. On ne cesse de lui faire croire que le bonheur est un dû. Donc, il le veut, et tout de suite. Alors que jadis la culpabilité reliée à un idéal moral pouvait entraîner l'individu dans la dépression, aujourd'hui c'est le sentiment d'insuffisance personnelle ressentie devant un « tout est possible » qui l'accable (Ehrenberg, 2000, p. 276-292).

Mais qui est là aujourd'hui pour le soutenir dans les moments de désarroi? Qu'est-ce qui donne un sens à sa détresse? L'expression « endurer son mal pour gagner son ciel » n'a guère de résonance en 2011. L'Église, la famille et l'État n'arrivent plus à offrir ce cadre qui savait contenir les pulsions de ses enfants en leur inculquant les idéaux et les interdits du bien-vivre. Même la planète, avec l'intensité de ses bouleversements climatiques (tsunamis, tremblements de terre ou autres catastrophes écologiques) trouble la confiance qu'on lui a toujours vouée. Tout cela n'est en rien rassurant pour l'individu déjà inquiet et fragile. Pour ajouter à ce désarroi, le phénomène de la mondialisation confronte l'Humain à tout ce qui jusque-là était perçu comme fiable et recevable dans la culture (Apollon, 2010-2011). Comment se positionner devant le recevable, l'acceptable et le non recevable lorsque ce qui est inacceptable dans une culture donnée est tout à fait acceptable dans le continent voisin?

Enfin, le travail du psychologue n'est pas non plus facilité par le fait que de plus en plus on lui demande des résultats rapides. Les organismes publics ont des listes d'attente de plus en plus imposantes, forçant d'importantes réductions dans le nombre de séances accordées. En bureau privé, le payeur, patient ou assureur attend aussi des résultats rapides. Même si l'âme souffrante ignore ces calculs, ces éléments de réalité se retrouvent au cœur de la demande et ont des effets indésirables sur la pratique clinique. Nous souhaitons tous être soulagés rapidement d'un mal, surtout s'il s'agit d'un mal de vivre. C'est donc dans ces conditions que le psychologue d'aujourd'hui dispense ses services. Qu'il en soit bien au fait l'aidera à demeurer réaliste quant à son pouvoir auprès de la personne souffrante.

STRATÉGIES DE L'ALLIANCE

Accueil

Après un accueil qui se veut chaleureux mais sans familiarité, l'invitation à dire, voire à redire la souffrance ou l'objet du mal de vivre, ainsi qu'à nommer le déclencheur de la demande d'aide est l'amorce de l'alliance.

Accueil inconditionnel, écoute du discours, repérage des ruptures dans ce discours et attention particulière aux mots de l'autre sans en suggérer s'avèrent de bonnes stratégies pour gagner la confiance du patient. Être à l'affût de tout ce qui détonne dans la présentation qu'il fait de son problème et de la crise traversée; noter les silences, les redites ou les expressions qui semblent sortis de nulle part; tout cela est utile au clinicien. C'est là en effet

que la vérité du sujet se trouve, tue ou cachée dans les « trous du récit ». Le psychologue soucieux de bâtir une saine alliance est attentif à tout ce qui relève ainsi du non-dit.

L'individu qui se sent écouté et entendu est porté à accorder sa confiance à celui qui l'accompagne dans ce besoin capital de dire l'objet de son tourment. C'est ainsi que des mots surgissent, parfois avec une résonance d'étrangeté pour le patient lui-même. Ces mots provenant de lui apportent un éclairage sur les enjeux de sa souffrance. Ce type d'écoute entraîne chez le patient l'émergence d'une parole nouvelle sur ses difficultés. Et puisque ces mots sont les siens propres, ils ont une portée insoupçonnée. Lorsque le patient réussit à établir des liens qui donnent une certaine logique à ses difficultés, une certaine détente apparaît et un apaisement s'ensuit. La confiance envers le traitement s'en trouve augmentée.

Conseils et interprétations

Le psychothérapeute qui vise des résultats durables prodigue ses conseils avec parcimonie, dans des contextes choisis, et il évite de donner des interprétations. C'est plutôt l'ingéniosité de la personne à inventer ses solutions qui a un véritable effet sur elle. Un conseil qui ne donne pas le résultat attendu ou que le patient ne suit pas risque de lui faire vivre un sentiment d'échec et de confirmer sa crainte qu'il n'y a rien à faire.

Une interprétation, aussi juste soit-elle, peut s'avérer un cadeau empoisonné. Dans un premier temps, le patient la reçoit comme un cadeau, car enfin on lui livre une vérité à son sujet. Il se montre content d'être éclairé. Cependant, le plus souvent, les effets constatés dans l'après-coup sont l'augmentation de ses résistances et la propension à se taire. Il y a des vérités difficiles à assumer pour le moi, ses défenses bien rodées en témoignent. La demande de savoir du patient s'entremêle de craintes et d'hésitations quant à ce qu'il pourrait découvrir sur lui-même. Aussi le clinicien qui serait tenté de donner une interprétation de ce qui se passe doit d'abord se demander si cela sert le traitement ou le thérapeute. Si le silence est souvent la meilleure option, par sa manœuvre clinique, le thérapeute incite le patient à élaborer son propos et à se prononcer sur sa position face à ce qu'il vit. Le rôle de soutien du thérapeute est ici capital.

Dans le même esprit, il nous apparaît essentiel de ne jamais répondre à la place de l'autre, de ne jamais lui mettre des mots dans la bouche. Lorsque cela survient, ou le patient les renie en bloc parce qu'il ne s'y reconnaît pas, ou il s'empresse de les ajouter à son vocabulaire et devient encore plus aux aguets de ce qui pourrait plaire à son thérapeute dans l'espoir d'être aimé par ce dernier. Dans les deux cas, cela nuit à l'alliance. Patience et foi dans la capacité du patient, et invitation à en dire plus sur un aspect ou l'autre, guideront nos interventions. L'objectif est que le patient en vienne à dire de lui-même, dans ses propres mots, ce que nous portions déjà comme hypothèse depuis un moment.

Curiosité

Le clinicien curieux de l'autre, et qui se pose en dehors d'une quête de solution, se met à l'écoute de son patient, de ce patient-là, afin d'en savoir plus à son sujet. Cette curiosité, faite de questions ouvertes, ouvre un espace à l'établissement de l'alliance et aux moyens que le patient élabore pour améliorer son état. « Et si vous en disiez un peu plus au sujet de ce "ça ne file pas, ce TOC dont vous parlez, ces crises de panique, etc." » Tout en restant fidèle aux mots de l'autre, nous l'invitons à se dire, même si le patient juge son propos insensé ou anormal. De plus, lorsque le psychologue ose s'intéresser à ce qui apparaît impossible à dire et invite l'autre à y associer des situations ou des personnes significatives, des affects se dénouent dans l'enceinte thérapeutique.

Lorsque l'alliance est effective, l'autre prend le risque de se dire, de nommer des affects reliés à ce qui habituellement ne se dit pas ou ne se pense même pas parce qu'irrecevable. Accepter d'entendre l'irréversible ou l'impardonnable permet d'y mettre des mots et des sentiments que le patient n'aurait même pas imaginé porter. Est-il possible de vivre avec l'irréparable? Peut-être que si, peut-être pas. Lorsqu'un patient se sent accueilli dans ses craintes les plus intimes, par exemple que sa souffrance puisse ne jamais être soulagée ou que son immense détresse puisse ne jamais le quitter, des effets positifs ne tardent pas à se manifester. À ses yeux, la reconnaissance de ce qu'il vit et qu'il peut dès lors assumer, voire dépasser, a plus de valeur que tous les encouragements qu'on aurait pu lui donner. « Être guéri c'est être capable de souffrir. » (Ehrenberg, p. 256).

Respect de la fragilité de l'autre

Lorsque quelqu'un nous dit que c'est la première fois qu'il ose parler de quelque chose, il est probable qu'il s'agisse d'une parole vraie dont seule l'alliance thérapeutique a favorisé l'émergence. La parole vraie vient du sujet, de cet espace de vérité intime et singulière qui le constitue. Elle n'est pas soumise aux normes, valeurs et idéaux du moi.

Notre expérience du travail clinique nous fournit souvent de bonnes hypothèses sur ce qui semble en cause pour le patient. Dans le but de ménager l'alliance et ne pas blesser un narcissisme souvent fragilisé, c'est toujours avec la permission de l'autre que nous l'invitons à en dire plus, à nous parler de ce qu'il comprend de ses diagnostics et de ses états d'âme. Devant la personne blessée par une question ou un commentaire, exprimer que l'intention n'était pas là et l'assurer qu'on tiendra compte de sa sensibilité protège le lien.

Face aux pleurs, l'accueil silencieux du thérapeute et son invitation à y mettre des mots sont une stratégie qui apporte un réel effet de soulagement. Qu'ils évoquent le chagrin, le désespoir ou la rage, l'incitation aux pleurs ne soulage pas la peine. Seuls les mots qui viennent dire ce qui cause ses pleurs font progresser le patient en créant un espace à des affects qui autrement demeureraient refoulés, tant ils n'ont jamais pu être dits.

À LA DEMANDE GÉNÉRALE,
SUITE À SON ATELIER AU CONGRÈS OPQ 2010
JEAN-GUY ROCHEFORT PRÉSENTE :

ÉVALUATION D'UN TROUBLE MENTAL

Nouvelle activité réservée aux psychologues (LOI 21)

démarche d'évaluation
et rédaction d'un rapport

CET ATELIER D'UNE JOURNÉE SE VEUT UN EXERCICE CLINIQUE AU COURS DUQUEL LE PRÉSENTATEUR S'ATTARDERA SUR LE CONTENU ET LA FORME QUE PEUT PRENDRE UN RAPPORT D'ÉVALUATION D'UN TROUBLE MENTAL.

CONTENU

Rôle d'évaluateur vs rôle d'expert
Collecte de données
Procédure et gabarit de rapport d'évaluation
Lexique terminologique de l'examen mental
Lexique des abréviations
Vignette clinique



JEAN-GUY ROCHEFORT | *psychologue clinicien et psychothérapeute*

Avec plus de 27 années d'expérience clinique auprès d'adultes, il travaille en évaluation au Guichet d'accès en santé mentale et en psychothérapie au programme de traitement 1^{ère} ligne du CSSSVC. Il a préalablement cumulé 14 ans d'expérience auprès de personnes âgées atteintes de troubles mentaux sévères, dans un hôpital de jour et dans un programme de soutien à domicile. Il est superviseur de clinique pour l'École de psychologie de l'Université Laval.

INSCRIPTION

Les coûts sont de 140\$ incluant les taxes. Pour obtenir le formulaire d'inscription, veuillez en faire la demande à l'adresse courriel suivante : jeanguyrochefort@videotron.ca

||||||| Laval 2 avril | Québec 30 avril | Saguenay 9 juillet | Rimouski 27 août |||||

« Rester impénétrable » (Freud, 1918, p. 23-27, 69, 123)

Il arrive que le thérapeute soit associé à une autorité qui blâme ou encore qu'on le complimente et qu'on l'admire de façon ostentatoire. Dans tous les cas, il importe de se rappeler que de telles paroles ne s'adressent pas à soi personnellement, mais au professionnel et à la fonction qu'il occupe. Le thérapeute qui sait garder sa distance devant ces projections du patient conserve sa liberté thérapeutique. Il peut s'en servir comme levier dans le travail d'exploration des difficultés du patient. S'il advient, en cours de traitement, qu'il se sente irrité, impuissant, ou qu'il considère un patient comme particulièrement intéressant, il doit s'interroger. Ce sont là des indices que le clinicien est affecté ou gêné personnellement et qu'il sort de la relation thérapeutique. La neutralité du thérapeute sert au maintien de l'alliance.

Le psychologue n'a pas pour rôle d'imposer des normes ou des valeurs sociales. Toutefois, à celui qui exprime le désir de vivre en collectivité, il peut s'avérer utile de rappeler que le respect de certaines règles favorise la saine coexistence. Un respect profond pour la position de l'autre (Freud, 1918, p. 138), sa façon de se voir, de poser son problème et d'envisager des solutions ménagent l'alliance et protègent le clinicien du désir de « sauver l'autre ». Car loin d'aider, vouloir davantage que son patient, renforce ses résistances et nuit au traitement.

L'importance du cadre

Le cadre est constitué des différentes règles et ententes mises en place dès le départ avec le patient afin que le traitement se déroule bien. La gestion du cadre est un facteur important dans la création de l'alliance, aussi le thérapeute a intérêt à s'en tenir aux règles qu'il a bien intégrées, qu'il applique avec cohérence et qu'il sait imperméables à ses humeurs. Cette qualité de gestion inspire la confiance du patient. Plus le thérapeute a intégré et fait sienne la fonction du cadre, plus il peut voir dans ce qui s'en écarte les difficultés du patient à nommer un affect, et plus donc il peut s'en servir dans le travail clinique.

Le traitement en groupe

Nous aimerions terminer par quelques commentaires au sujet du traitement intensif et à court terme en groupe. Devant l'affluence des demandes et le potentiel d'efficacité de la méthode, les centres publics de traitement en santé mentale ont de plus en plus recours aux traitements de groupe. Ici aussi, les stratégies de création de l'alliance font l'objet de tous les efforts du thérapeute. Dans ce contexte, il dispose de peu de temps, le plus souvent quelques semaines à peine. Aussi les moindres détails s'avèrent utiles à la création de l'alliance, à son maintien et à sa réparation.

De plus, lorsque le traitement consiste en quatre à cinq rencontres de groupe par semaine, en peu de temps le lien thérapeutique devient intense et facilement mis à l'épreuve. Encore une fois, les connaissances techniques ne suffisent pas, et c'est tout l'art du clinicien qui est requis dans l'espoir de créer rapidement un minimum de confiance de la part des participants. Dès les premières séances, il convient de savoir être patient dans la diligence, résolument ferme dans la souplesse et ne laisser passer aucune occasion d'un travail clinique avec un participant. Il faut en outre tenir compte du fait que cette alliance se bâtit dans un contexte où des pairs font aussi partie du groupe et sont tout aussi souffrants. À moins d'y être contraints, seule la confiance des participants dans le traitement et dans ceux qui le dirigent alimente en eux le désir de revenir jour après jour et de prendre le risque de s'engager. S'ils s'engagent et osent parler de leur détresse, c'est que le clinicien a su poser un cadre de travail ferme et offrir l'écoute nécessaire pour que chacun se sente suffisamment en sécurité pour le faire.

_CONCLUSION

L'alliance porte ses fruits quand le psychologue constate que la personne s'investit dans son traitement. Cet engagement dans le processus la soutient dans les passages difficiles inhérents au travail sur soi. Les moments de doute ou de confusion du patient, l'impression que son état empire plutôt que de s'améliorer, tous ces obstacles seront dénoués si l'alliance a été bien établie. Ainsi, au fil du traitement, la personne sera en mesure d'adopter une position éthique au regard de sa vie, une position responsable qui sera la base d'une gestion plus harmonieuse de sa destinée.

_Bibliographie

- Apollon, Willy, Bergeron Danielle, Cantin Lucie. La cure psychanalytique du psychotique, enjeux et stratégies. 2008
- Apollon, Willy. Les modalités de jouissances et mondialisation. Série de cinq conférences, 2010-1011.
- Apollon, Willy, Bergeron Danielle, Cantin Lucie et autres formateurs. Sessions de formation clinique à la psychanalyse. 2002-2008.
- Ehrenberg, Alain. La fatigue d'être soi, dépression et société. 2000.
- Freud, Sigmund. La technique psychanalytique. 1918.
- Lacan, Jacques. Le séminaire, livre I, Les écrits techniques de Freud, 1953-54.
- Lacan, Jacques. Le séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, 1964.

Ville Mont-Royal, le 1^{er} mars 2011

Par la présente, avis vous est donné que des élections auront lieu à six (6) postes d'administrateurs et administratrices du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec au cours des mois d'avril et de mai 2011. Vous trouverez ci-dessous des renseignements sur les procédures d'élection et un bulletin de présentation aux postes mis en élection.

Stéphane Beaulieu, secrétaire général

ÉLECTION 2011

Les postes mis en élection en 2011 sont les suivants :

RÉGION	ADMINISTRATEURS DONT LE MANDAT SE TERMINE EN 2011
> Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord : (1 poste sur 1)	M. Pierre Bélanger
> Québec/Chaudière-Appalaches : (1 poste sur 3)	M. Guy Lafond
> Montérégie : (1 poste sur 1)	M ^{me} Sara Lemelin
> Montréal : (3 postes sur 10)	D ^r Nicolas Chevrier D ^{re} Liliana Cané D ^{re} Lysanne Rochon-Goyer

RENSEIGNEMENTS

Conformément aux articles 61 et 78 du Code des professions, le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec est composé de la présidente et de vingt-quatre (24) administrateurs et administratrices dont vingt (20) sont élus par les membres et quatre (4) sont nommés par l'Office des professions du Québec, pour un total de vingt-cinq personnes.

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

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ DES CANDIDATS

Aux fins des présentes élections, les candidats :

- 1- Doivent être membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec;
- 2- Ne doivent pas s'être vu imposer une limitation ou une suspension du droit d'exercice au cours des 45 jours précédant la date fixée pour la clôture du scrutin;
- 3- Doivent être domiciliés au Québec;
- 4- Doivent avoir leur domicile professionnel dans la région qu'ils veulent représenter.

Extrait du Code des professions, article 60

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

N.B. En cas de doute, relativement à leur région électorale, les candidats à l'élection sont invités à communiquer directement avec M^{me} Francine Pilon au numéro 514 738-1881 ou 1 800 363-2644, poste 224, avant de soumettre leur candidature.

ÉCHÉANCIER DES ÉLECTIONS 2011

L'élection 2011 de l'Ordre se déroulera selon l'échéancier suivant :

- > Période de mise en candidature :
du 18 mars au 19 avril 2011 à 17 h
- > Période de vote : du 4 mai au 19 mai 2011 à 17 h
- > Clôture du scrutin : 19 mai 2011 à 17 h
- > Dépouillement du vote : 20 mai 2011

N.B. – Seules les personnes qui seront membres de l'Ordre le 4 avril 2011 à 17 h pourront voter.

BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

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

Selon l'article 18 du Règlement sur les élections au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, un membre ne peut signer plus de bulletins qu'il n'y a de postes d'administrateurs à pourvoir dans sa région. Toute signature apparaissant sur un nombre de bulletins plus élevés que le nombre de postes d'administrateurs à pourvoir sera donc rayée de tous les bulletins sur lesquels elle apparaît.

2011_BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR OU D'UNE ADMINISTRATRICE

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

Tous les candidats ou candidates doivent, conformément aux dispositions de l'article 17 du Règlement sur les élections au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, faire parvenir au secrétariat de l'Ordre, en même temps que leur bulletin de présentation, un bref curriculum vitae contenant les renseignements suivants :

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

Pour s'exprimer sur les 3 derniers sujets, chaque candidat peut utiliser un maximum total de 60 lignes.

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

En vertu de l'article 24 du Règlement sur les élections au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, si un groupe de candidats fait équipe dans une ou plusieurs régions, ou pour l'ensemble des postes, chacun de ces candidats doit en aviser le secrétaire au plus tard le **19 avril 2011 à 17 h**. Lorsqu'une équipe est formée selon l'article 24, le secrétaire joint à l'envoi postal contenant les bulletins de vote et les curriculum vitae des candidats une circulaire informant les membres à cet effet.

Tous les documents pertinents à la mise en candidature, soit le bulletin de présentation, le curriculum vitae des candidats et, éventuellement, l'avis de composition d'une équipe doivent parvenir au **secrétariat général de l'Ordre des psychologues du Québec, 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5**, et au plus tard le **19 avril 2011 avant 17 h**.

N. B. – Il est à noter que les bulletins de présentation expédiés par télécopieur ne seront pas acceptés.

PROPOSITION

Nous soussignés, membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec qui avons élu notre domicile professionnel dans la région cochée ci-dessous, proposons comme candidat ou candidate au poste d'administrateur ou administratrice de cette région :

- Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord
- Québec/Chaudière-Appalaches
- Montérégie
- Montréal

Nom de la candidate ou du candidat (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel de la candidate ou du candidat

N. B. – Les noms, signatures et adresses de cinq (5) psychologues dont le domicile professionnel se situe dans la même région électorale que celle du candidat doivent apparaître ci-après.

1. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur no 1

2. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur no2

3. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur no3

4. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur no 4

5. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur no 5

Acceptation

Je soussigné(e) _____, domicilié(e) au Québec et membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, ayant élu domicile professionnel dans la région

_____, accepte de me porter candidat ou candidate au poste d'administrateur ou d'administratrice de cette région.

Signature de la candidate ou du candidat

_ Vient de paraître



1

1_QUAND L'ÉPREUVE DEVIENT VIE

Ce livre est destiné aux grands malades et à leurs proches. L'auteure, spécialisée en soins palliatifs, répond aux questions qui lui sont le plus fréquemment posées. Comment les familles composent-elles avec la menace de perdre un proche? Quand la guérison est impossible, la vie qui reste a-t-elle un sens?

Johanne de Montigny, psychologue
Médiaspaul



2

2_LA SAGESSE DE NOS COLÈRES

Agressivité passive, comportements compulsifs, célibat imposé, agressivité au volant, harcèlement psychologique : les colères, conscientes et inconscientes, sont nombreuses et influencent grandement notre vie. Mieux les connaître peut aider les lecteurs à les maîtriser et à mieux communiquer pour résoudre des conflits.

Marc Pistorio, psychologue
Les Éditions de l'Homme



3

3_VIVRE AVEC LES ENFANTS DE L'AUTRE

Nombreuses sont les familles recomposées au Québec. Puisque tout est à construire avec les enfants de son conjoint, l'auteure livre des conseils et des explications aux belles-mères et beaux-pères désireux de réussir leur nouvelle famille. Plusieurs exemples sont cités, s'appuyant sur trois cas familiaux.

Francine Fortier, psychologue
Bayard Canada



Programme de formation à la thérapie conjugale et familiale

Le Centre d'études, de recherches et de formation en intervention systémique (CERFIS) offre un programme de formation à la thérapie conjugale et familiale pouvant conduire au titre de « thérapeute conjugal et familial » décerné par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ).

Coûts :

4 400 \$ par année pour un programme de trois années comprenant les 360 heures de formation théorique et les 100 heures de supervision requises.

Début de la formation :

9 septembre 2011, à Montréal

Date limite d'inscription :

Le 23 juin 2011

Équipe responsable :

Jean-Luc Lacroix, t.s., t.c.f. : 514 341-1945

Madeleine Laferrrière, t.s., t.c.f. : 514 485-7453

Michel Lemieux, t.c.f. : 450 465-0595

Soirée d'information sur notre programme

L'équipe responsable vous invite à une soirée d'information sur le programme le jeudi 26 mai 2011 à 19 h 30. Le lieu vous sera précisé ultérieurement.

RÉSERVEZ VOTRE PLACE en laissant un message au 514 341-1945.

Pour plus de renseignements : WWW.CERFIS.CA

_ Colloques et congrès



4

4_L'APPRENTI ADO FAVORISER LES APPREN- TISSEMENTS SCOLAIRES DES ADOLESCENTS EN TENANT COMPTE DES FONCTIONS COGNITIVES ET DU STRESS

L'école secondaire exige des fonctions cognitives telles que les fonctions attentionnelles, la mémoire et les fonctions exécutives, ce qui suscite aussi son lot de stress et d'anxiété. Enseignants et intervenants trouveront des outils théoriques et pratiques dans cet ouvrage tenant compte du fonctionnement neuropsychologique et des difficultés de l'adolescent. Cédérom et documents reproductibles inclus à l'intérieur.

*D^{re} Geneviève Daigneault, psychologue,
Ani-Josée Laurin et Annie-Claude Perrault
Chenelière Éducation*

23^E ÉDITION DU FORUM PROFESSIONNEL DES PSYCHOLOGUES :
« LE SUJET ET LA NORME : VERS DE NOUVELLES PRATIQUES ».

Organisé par Le Journal des psychologues. Du 24 au 26 mars 2011, à Avignon, en France. Renseignements : <http://www.jdpsychologues.fr>.

COLLOQUE RÉGIONAL IASD :
RÊVES... QUAND LA NUIT PORTE CONSEIL.

Organisé par l'Association internationale pour l'étude des rêves. Le 2 avril 2011, à Montréal. Renseignements : <http://www.asdreams.org/2011montreal>.

COLLOQUE SURDOSE MÉDIATIQUE ET SANTÉ DES JEUNES.

Organisé par le YMCA de Montréal et EDUPAX. Du 4 au 6 mai 2011, à Montréal. Renseignements : <http://2ecolloquesurdosemediatique.edupax.org>.

COLLOQUE 2.0 : RÉADAPTATION - AIDES TECHNIQUES.

Organisé par l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Les 12 et 13 mai 2011, à Saint-Hyacinthe. Renseignements : <http://www.aerdpq.org>.

14^E COLLOQUE ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS.

Les 26 et 27 mai 2011, à Montréal. Renseignements : <http://www.sqpto.ca>.

CONGRÈS AMADOUER L'ARRACHEUSE DE TEMPS,
DES QUESTIONS DE CHOIX...

Organisé par le Réseau de soins palliatifs du Québec. Les 30 et 31 mai 2011, à Trois-Rivières. Renseignements : <http://www.aerdpq.org>.

COLLOQUE INTERNATIONAL SUR L'EXPLOITATION SEXUELLE
DES ENFANTS ET LES CONDUITES EXCESSIVES.

Organisé par l'Institut québécois de sexologie clinique. Du 31 mai au 2 juin 2011, à La Malbaie. Renseignements : <http://www.aerdpq.org>.

72^E CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE.

Du 2 au 4 juin 2011, à Toronto. Renseignements : <http://www.cpa.ca/congres>.

Hôpital Rivière-des-Prairies
Centre hospitalier de soins psychiatriques

Samedi 9 avril 2011 de 10 h à 15 h
JOURNÉE PORTES OUVERTES
DÉCOUVREZ-NOUS EN LIGNE www.hrdp-qc.ca

TITRES D'EMPLOI RECHERCHÉS
Psychologue et étudiant en psychologie

POSTES À COMBLER

- 3 POSTES À TEMPS COMPLETS
- 1 POSTE À TEMPS PARTIEL
- PLUSIEURS REMPLACEMENTS

Visite des lieux
Votre carrière se cherche un environnement?
HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES
7070, BOULEVARD PERRAS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H1E 1A4

VENEZ DÉCOUVRIR LE SEUL CENTRE HOSPITALIER ENTIÈREMENT
VOLUÉ À LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS AU QUÉBEC.

RENCONTRE AVEC DES PASSIONNÉS DU DOMAINE VISITE DES LIEUX PRIX DE PRÉSENCE

Tableau des membres

_NOUVEAUX MEMBRES

Audy, Julie
Beauchemin, Maude
Benoit, Sylvain
Berthelot, Nicolas
Boucher, Olivier
Bourgeois-Guérin, Elise
Burr, Andrew
Cantin, Édith
Daigle, Hélène
Desjardins, Julie
Gagnon, Christine
Gendre, Perrine
Grond, Lise
Horr, Rachida

Jarry-Boileau, Véronique
Kronick, Ilana
Lafrance, Valérie
Landry, Danika
Lenelle, Anaïs
Mann, Luanne
Marx, Valérie
Mercure, Annabelle
Pelchat, Mylène
Pelletier, Andréanne
Pomerleau-Laroche, Marie-Ève
Primiano, Sandra
Ricard, Camille
Richardson, Jodie
Sarafian, Isabelle

Smith, Nathan Grant
Stébenne, Philippe
Tippenhauer Lemoine, Johanna
Trudeau, Jean-François

_DÈCÈS

Décarie, Serge
Karmel, Richard
Lavoie, Jean-Marie
Massé, Jean-Claude

> En bref

_ UN OUTIL POUR SENSIBILISER À LA NÉGLIGENCE CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Le CLIPP lance un outil visant à informer et à sensibiliser les parents et les éducateurs à la négligence chez les enfants de 0 à 5 ans et à l'importance de répondre à leurs besoins fondamentaux. Se présentant sous forme de napperon, il illustre des gestes quotidiens que les parents peuvent facilement reproduire pour répondre aux besoins fondamentaux de leurs enfants, soit vivre en sécurité et être protégé, vivre en santé, être actif, et agir de manière responsable.

Les 200 organismes communautaires Famille (OCF) recevront gratuitement les napperons et le document d'accompagnement. Vous pouvez également obtenir des exemplaires du napperon au coût de 1 \$ l'unité (frais de transport en sus) en remplissant le formulaire de commande disponible au www.clipp.ca.



The image shows the cover of the book "La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT" by Jean-Louis Monestès and M. Villatte, published by Elsevier Masson. The cover is white with a purple spine and features a colorful illustration of a hand holding a small object. Text on the cover includes "Pratiques en psychothérapie", "La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT", and "Jean-Louis Monestès Murielle Villatte". To the right of the book, there is a list of features: "Une approche expérimentale", "Un modèle intégratif", "Des exercices pratiques et des cas cliniques", and "Le déroulement des séances". At the bottom, it says "En vente en librairie ou sur : http://www.somabec.com/" and "Formation ACT en mai 2011" with dates for Montreal and Quebec.

> Erratums



AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE ET LIMITATION PERMANENTE

AVIS est par la présente donné que **Monsieur Paul Bellemare**, permis numéro 03774-84, exerçant sa profession à Louiseville, a été trouvé coupable par le conseil de discipline en ce que :

1. Durant un suivi psychothérapeutique qui a eu lieu environ de 1987 à 1990, il n'a pas eu une conduite irréprochable envers madame X, notamment en lui demandant de se dévêtir partiellement et en lui donnant des massages durant des sessions thérapeutiques, contrairement aux principes scientifiques généralement reconnus en psychologie;
2. Durant et après un suivi psychothérapeutique, entre 1987 et 1993, il a eu une conduite dérogatoire envers madame X, notamment en entreprenant avec celle-ci une relation amoureuse et en ayant des relations sexuelles;
3. Durant un suivi psychothérapeutique qui a eu lieu du 15 janvier 1997 à novembre 1998, il n'a pas eu de conduite irréprochable envers madame Y, notamment en lui demandant de se dévêtir partiellement et en lui donnant des massages durant des sessions thérapeutiques, ayant sur elle des gestes déplacés, voire des gestes abusifs à caractère sexuel, contrairement aux principes scientifiques généralement reconnus en psychologie;
4. Durant un suivi psychothérapeutique qui a eu lieu du 15 janvier 1997 à novembre 1998, il s'est mis en situation de conflits d'intérêts et de rôles, notamment en confiant plusieurs aspects de sa vie personnelle, en acceptant nourriture, cadeaux, prêt de livres, de disques, en faisant des sorties avec madame Y, en allant chez elle.

Le tout contrairement à l'article 59.1 du *Code des professions* et aux articles 1, 13, 32, 58.11 du *Code de déontologie des psychologues* alors en vigueur.

Dans sa décision rendue le 13 décembre 2010 et signifiée à l'intimé le 20 décembre 2010, le conseil de discipline a condamné ce dernier à deux (2) radiations temporaires de six (6) mois sur le chef 1, à une radiation temporaire de deux (2) ans, à une amende de 2 000 \$ et une limitation permanente de son droit d'exercer en psychothérapie auprès d'une clientèle de sexe féminin sur le chef 2, à une radiation temporaire de deux (2) ans, à une amende de 2 000 \$ et une limitation permanente de son droit d'exercer en psychothérapie auprès d'une clientèle de sexe féminin sur le chef 3 et à une radiation temporaire de six (6) mois sur le chef 4. Le conseil a ordonné que toutes ces périodes de radiation soient purgées de façon concurrente. L'intimé a aussi été condamné au paiement de la moitié des déboursés, des frais d'expertise et des frais de publication de l'avis de la décision.

Avis est donné que **Monsieur Paul Bellemare** est radié du Tableau de l'Ordre pour une période de deux (2) ans sur le chef 3 à compter de la signification de la décision, soit le 20 décembre 2010. L'ordonnance de limitation permanente de son droit d'exercer en psychothérapie auprès d'une clientèle féminine est également effective à compter du 20 décembre 2010. En ce qui concerne la période de radiation de deux (2) ans sur le chef 2 et les périodes de radiation temporaire de (6) mois sur les chefs 1 et 4, elles entrent en vigueur à compter du 21 janvier 2011.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du Code des professions. Ville Mont-Royal, ce 25 janvier 2011
M^e Édith Lorquet
Secrétaire du conseil de discipline

_Lors du dernier numéro, une erreur s'est glissée à la page 18, dans les propos recueillis au sortir de la conférence du Dr Louis Georges Castonguay.

La photo publiée sous le nom de « Diane Meyer » était celle d'Hélène Routhier. Or, il aurait plutôt fallu voir apparaître le nom de Diane Mayer sous la citation, avec la photo ci-contre. Mille excuses à M^{mes} Mayer et Routhier.



_L'article « La collaboration médecin-psychologue : une question de communication, de confiance et de respect mutuel » publié dans le dernier numéro aurait dû être signé par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste.



AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE

AVIS est par la présente donné que **Monsieur Gilles Bruneau**, permis numéro 02475-79, exerçant sa profession à Laval, après avoir enregistré un plaidoyer de culpabilité, a été trouvé coupable par le conseil de discipline d'avoir :

1. *Du 26 octobre 2009 au 21 décembre 2009, dans le cadre et/ou à la suite du suivi psychothérapeutique de madame I.M., une cliente qu'il avait déjà suivi (sic) dans le passé, abusé de sa relation professionnelle, en posant des gestes à caractère sexuel à l'endroit de celle-ci et en se plaçant en situation de conflit de rôles et d'intérêts;*
2. *Du 26 octobre 2009 au 21 décembre 2009, alors que la situation l'exigeait, fait défaut de référer sa cliente, madame I.M., à un autre psychologue;*

Le tout contrairement à l'article 59.1 du Code des professions et à l'article 40 du Code de déontologie des psychologues.

Dans sa décision rendue le 9 décembre 2010 et signifiée à l'intimé le 14 décembre 2010, le conseil de discipline a condamné ce dernier à une radiation temporaire de deux (2) mois et au paiement d'une amende de 2 000 \$ sur le chef 1 et à une radiation temporaire d'un (1) mois sur le chef 2 à être purgée de façon concurrente avec celle prévue au chef 1. L'intimé a aussi été condamné au paiement des déboursés. Le conseil a ordonné à la secrétaire du conseil de discipline de faire publier, aux frais de l'intimé, un avis de cette décision, conformément à l'article 156 du Code des professions.

Avis est donné que **Monsieur Gilles Bruneau** est radié du Tableau de l'Ordre pour une période de deux (2) mois sur le chef 1 à compter du 14 décembre 2010 et pour une période d'un (1) mois sur le chef 2 à compter du 14 janvier 2011.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du Code des professions. Ville Mont-Royal, ce 17 décembre 2010
M^e Édith Lorquet
Secrétaire du conseil de discipline

Activités régionales et des regroupements

ACTIVITÉS DE FORMATION DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

La prochaine formation du Regroupement des psychologues en PAE (RPPAE) se tiendra le vendredi 26 mars 2010 au Centre Antique, 6086, rue Sherbrooke à Montréal. Intitulée *L'intervention auprès de la clientèle masculine : comment faciliter l'engagement et le changement?*, cette formation sera présentée par la psychologue Brigitte Lavoie.

Le RPPAE vous invite également à réserver le vendredi 14 mai prochain pour sa dernière formation avant la période estivale. Consultez le site Web <http://rppae.ca> pour plus de détails.

ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA RÉGION SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Le comité de formation continue de la région Saguenay-Lac-Saint-Jean offre une journée de formation intitulée *L'évaluation du retard mental*. Cette formation sera donnée par M. André Guérin, psychologue, et aura lieu le vendredi 8 avril 2011, de 8 h 30 à 16 h 30, à l'Hôtel Universel, à Alma. Les frais d'inscription sont de 120 \$ (repas non compris).

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales au Saguenay-Lac-Saint-Jean, consultez la page Web suivante : <http://secure.ordrepsy.qc.ca/region02>.

ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) propose différentes activités de formation dans deux régions du Québec.

D'abord, dans la région de l'Outaouais, une conférence ayant comme titre *Créativité et problèmes d'attraction et de rétention de la main-d'oeuvre* aura lieu le 8 avril 2011, de 13 h 30 à 16 h 30, au Pavillon Alexandre-Taché de l'Université du Québec en Outaouais, 283, boul. Alexandre-Taché, à Gatineau.

Puis, à Québec, une journée de formation ayant comme titre *Évaluer les compétences en gestion, 5 nouveaux outils psychométriques novateurs québécois : la mesure des compétences intra/entrepreneurial par suite EML Insight (4 tests intégrés) et l'exercice de leadership stratégique pour cadres supérieurs* aura lieu le 8 avril 2011, de 9 h à 16 h, à l'Hôtel Québec, 3115, avenue des Hôtels, à Québec.

Enfin, la SQPTO vous rappelle qu'elle tiendra son 14^e colloque annuel les 26 et 27 mai 2011 au Holliday Inn Montréal-Midtown, 420, rue Sherbrooke Ouest, à Montréal.

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

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

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

La première de ces activités, qui aura lieu le mercredi 6 avril 2011 de 19 h à 21 h 15, est une conférence ayant comme thème *Comment s'en sortir avec les clients fibromyalgiques!* Elle sera donnée par Evelyne Trahan, D. Psy., psychologue.

La deuxième activité se tiendra le vendredi 22 avril 2011 de 8 h 30 à 16 h 15 aura comme thème *L'Acceptation et la pleine conscience dans le traitement cognitivo-comportemental des troubles anxieux*. Le formateur pour cette occasion sera Frédéric Dionne, Ph. D., psychologue.

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

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



1801, boul. Saint-Joseph Est
Montréal (Québec)
H2H 1C8

514 288-2082, poste 3
www.iqgt.ca

INSTITUT QUÉBÉCOIS DE GESTALT-THÉRAPIE

Programme de formation à la Gestalt-thérapie 2011-2012

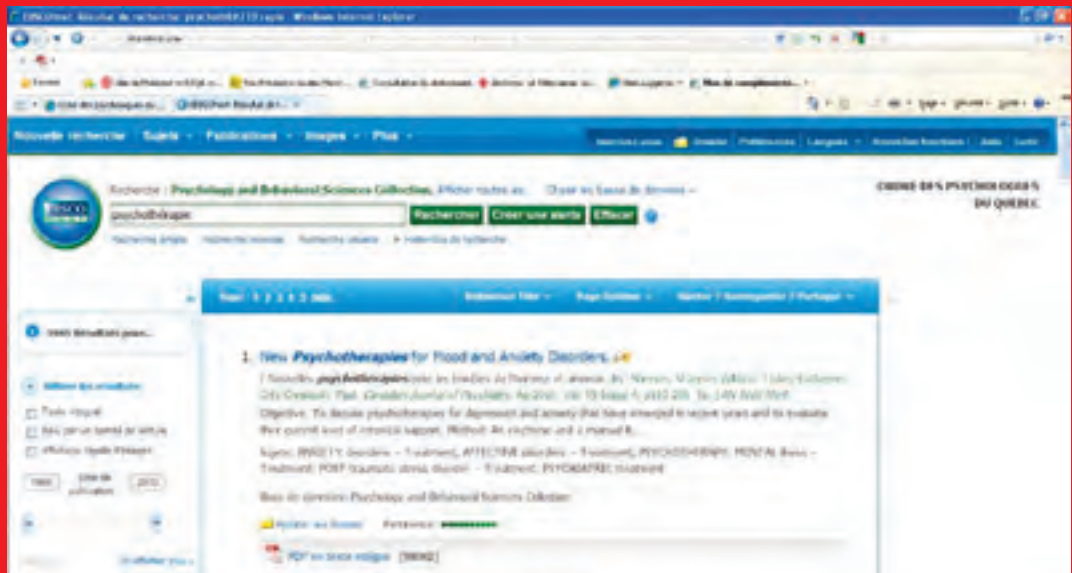
- 1^e cycle : Initiation à la Gestalt-thérapie
(septembre 2011 - mai 2012)
- 2^e cycle : La conscience de soi et le lien à l'autre en Gestalt-thérapie
(septembre 2011 - mai 2012)

Formateurs : Jorge Vasco, Janine Corbeil, Gisèle Robert, Louise Dubuc, psychologues, et autres gestaltistes invités.

Consultez notre site web pour connaître les objectifs et les modalités d'inscription spécifiques à chacune des années du programme de formation. Informez-vous des sessions courtes de perfectionnement professionnel et des causeries offertes au cours de l'année.

LES BASES DE DONNÉES

On ne peut plus s'en passer!



Les psychologues demandent un accès direct aux données de recherche afin de les appliquer à leur réalité

Les bases de données EBSCO

- _ Faciles à utiliser avec un seul moteur de recherche, performant et efficace
- _ Recensent + de 2 000 périodiques
- _ Un portail ergonomique et disponible en français

L'Ordre a négocié un **tarif de groupe préférentiel** pour ses membres

- _ Abonnement annuel à 45 \$
- _ Abonnement direct sur le formulaire de cotisation 2011

Essayez pour voir!

Jusqu'au 31 mars, testez **gratuitement** les bases de données EBSCO accessibles dans la section sécurisée du site Web de l'Ordre sous l'onglet Psychologue.



Abonnez-vous à la base de données en complétant votre formulaire de renouvellement de cotisation.

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

Montréal – Bureaux à louer, à côté du métro Henri-Bourassa, Ahuntsic. Idéal pour psychologues, médecins ou autres thérapeutes. Édifice impeccable, bien entretenu, sécuritaire. Bureaux fraîchement repeints, éclairage halogène, salle d'attente, toilettes rénovées aux étages. Électricité, chauffage et air climatisé inclus. Communiquez avec nous au 514 381-0003.

Bureau à partager dans le Vieux-Lévis. Avenue Bégin, bâtiment patrimonial avec d'autres bureaux professionnels. Beaucoup de disponibilités. 418 884-4101, luc.beaudoin.psychologue@bell.net.

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

Québec – Boul. Lebourgneuf (Mesnil). Bureaux pour professionnels à louer (à l'heure, temps partiel/plein). Nouvellement décoré/meublé, salle d'attente, stationnement, accès autobus. Hélène Huard : 418 683-1201.

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

Blainville – Bureaux à louer. À l'heure ou par blocs. Bureaux rénovés, très fenestrés, insonorisés; salle d'attente et cuisinette. Nouveau centre. Anne-Marie Bolduc, psychologue : 514-962-3311.

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

Nouveau Rosemont – Bureaux à louer, meublés, bien décorés, climatisés, salle d'attente, références possibles. Différentes modalités de location. Renseignements : 514 255-6541, Denis Houde, psychologue.

Salle à louer – Grande salle de formation nouvellement rénovée. Dimensions : 18 x 42. Située dans le quartier Ahuntsic à Montréal, au Centre de psychologie Gouin. Accessible par métro Henri-Bousassa et autobus 69, stationnement gratuit disponible. Renseignements : 514 331-5530 ou info@cpougouin.ca.

Bureau à louer – Gatineau. 12, rue Brodeur. Psychologues expérimentées recherchent collègues désirant partager un bureau ou avoir son propre bureau. Spacieux, ensoleillé, meublé ou non. Location la semaine, la journée ou le soir. Renseignements : Michel au 819 777-1991, 819 777-5252.

Bureau à sous-louer – Métro Laurier. Grand, ensoleillé, meublé, climatisé. Salle d'attente. 1-3 jours/semaine avec bail. Communiquez avec Michèle Gervais : 514 849-0557.

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

Bureau à louer – Près du métro Outremont. Avec d'autres psychologues. Un bureau meublé ou non, bien insonorisé, à temps complet ou partiel. Dans un condo chaleureux, entièrement rénové, climatisé, salle d'attente spacieuse, cuisinette et téléphone inclus. Demandez Annette Richard au 514 277-6408.

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

À louer/partager – Avenue du Parc et Sherbrooke, près du métro Place des Arts et lignes d'autobus. Espace lumineux et bien aménagé. Plafond haut et plancher de bois franc. Salle d'attente, espace de rangement. Isabelle Tétrault : 514 525-2032.

Bureau 11' x 10' à louer ou partager dans Centre de santé naturelle. Insonorisé, salle attente, cuisine. Métro Villa-Maria, NDG. 514 346-6451.

Bureaux à louer à Longueuil – Secteur Pierre-Boucher, formule adaptée aux besoins des professionnels (psychologue, travailleur social, médiateur) insonorisés, stationnement gratuit, disponibilité immédiate. 450 442-3680.

Trois-Rivières – Bureau à louer sur boul. des Forges, avec cachet et plusieurs services inclus. Prix modique et belle équipe. Renseignements : M^{me} Hamelin au 819 609-8349.

Bureau à louer – Québec, Maguire. Meublé, accueillant, réception, salle d'attente et de conférence. Location à l'heure, demi-journée ou journée. Modalités souples, prix compétitifs. andreeb@mac.com. 418 573-7857.

Saint-Bruno-de-Montarville – Bureau meublé disponible de la mi-avril 2011 à la mi-janvier 2012, les mercredis et jeudis. Location flexible : heure, bloc d'heures ou journée, à prix très raisonnable. Environnement calme, 2 fenêtres, stationnement facile et gratuit. 514 467-6647.

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.

Centre-ville – Superbe bureau, style loft, 550 pieds carrés, beaucoup de lumière, hauts plafonds, plancher de bois franc, salle d'attente. Chauffage inclus. Libre immédiatement. 700 \$. Marc Pistorio : 514 575-2333.

Saint-Jérôme – Bureau à sous-louer. Secteur tranquille, meublé, insonorisé, bien entretenu, salle d'attente, cuisinette. Disponibilité immédiate jusqu'à 2½ jours/semaine, éventuellement 5 jours/semaine. Possibilité d'échange clinique avec les 2 psychologues occupants. Renseignements : Chantal Guay, 450 431-6396, poste 1.

Centre-ville, métro Peel – Bureaux disponibles à l'heure, la journée ou hebdomadaire. Meubles,

Internet, salle d'attente, frigo, et machine à café inclus. Belle fenestration, ensoleillé. Salle de conférence aussi disponible. 514 933-2289.

Lebourgneuf, Québec – Bureau à louer, meublé avec fenêtres, insonorisé. 3 jours/semaine. Réceptionniste, salle d'attente, cuisinette, stationnement. Références possibles. 418 806-5155.

Recherche collègue pour sous-location de bureau à Candiac (à l'heure, demi-journée ou journée). Bureau bien situé avec fenêtres. Clientèle jeunesse un atout. Christine : 514 703-7793.

Bureau de 500 pieds carrés à louer à Greenfield Park dans centre professionnel rénové, rue achalandée et près de tous les services, transport en commun, axes routiers. Ensoleillé, 2 bureaux fermés insonorisés et possibilité de 3, salle d'attente. Éclairé, chauffé, climatisé, stationnement et taxes municipales et scolaires compris. Libre mai. Marie-Hélène : 514 604-9510

Saint-Lambert – Bureau à partager. Bien aménagé, insonorisé, salle d'attente, tarif raisonnable, stationnement facile. Milieu ouvert aux échanges professionnels et cliniques. Séminaire mensuel. 514 240-4883.

Beau grand bureau, meublé, éclairé insonorisé, édifice professionnel, rue Laurier Ouest/Hutchison, métro Laurier. Partagé avec autre bureau de psychologue, les mardis et vendredis après-midi. Elaine : 514 274-1839, e.kennedy@videotron.ca.

Outremont – Édifice professionnel près du métro Outremont, bureaux aménagés, bien éclairés. Modalités de location flexibles. 514 278-1528.

Clinique de psychologie de St-Jérôme recherche psychologues désirant se joindre à son équipe. Quatre bureaux à partager. Source de références. Nombreux avantages. Renseignements : 450 436-7046, plpsy@sympatico.ca.

Tout près du métro Laurier – Vaste bureau ensoleillé, bel aménagement, très bien insonorisé. Salle d'attente et cuisine. Disponible : lundi, jeudi et vendredi. 514 524-5999.

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

Bureaux à louer – Métro Langelier. Meublés, décorés, calmes, climatisés, stationnement privé gratuit, Internet. Plusieurs modalités locatives. 514 903-4420.

Bureaux de consultations. Proximité de clinique médicale. Bien situé à Montréal, stationnement disponible. Prix : 500 \$ plus frais de bureaux selon besoin. 514 244-7344, 514 807-3819, veronicaloffreda@hotmail.com.

Métro Jarry – Édifice professionnel. À partager, libre 3 soirs/semaine. Bureau aménagé sobrement, tout inclus. Tarif à la soirée, prix compétitif. Demandez Nathalie : 514 382-2571, poste 26.

Métro Laurier – Bureau à partager, possibilité de location à l'heure, au bloc, à la journée. Très bons prix. Communiquez avec Nathalie Brault au 514 598-8010.

Bureau à sous-louer – Rive-Sud (Québec). Clinique médicale de Bemiers (près de l'autoroute 20 et ponts). Lundi au mercredi (jours et soirs). F. Dionne : 418 953-3733.

Bureaux de professionnels dans le vieux Saint-Lambert à sous-louer. Emplacement avec cachet. Différents modes de sous-location. Prix compétitifs. Communiquez avec nous au 450 904-4314.

Métro Berri-UQAM – Bureau ensoleillé et accueillant. Bien éclairé, climatisé, tranquille, salle d'attente. Plusieurs options possibles, au bloc ou à la journée. Françoise Ross : 514 844-8932.

Bureau à louer/partager – Au centre-ville de Montréal, près de l'ETS, au sud du Centre Bell, niveau penthouse. Endroit discret et environnement professionnel. Stationnement intérieur inclus. Disponible à partir du mois de juillet 2011. Renseignements : 514 831-3167.

Cherrier – Métro Sherbrooke. Bureaux insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette, salle d'attente. Plusieurs modalités de location. Prix avantageux. Venez visiter! 514 502-4381, 514 699-5081, 514 476-8984, info@masergerie.com.

Centre de psychologie de la Grande-Côte – Bureau à sous-louer. Boisbriand, dans une maison ancestrale. Chaleureux, éclairé, affluence, salle d'attente et cuisinette. Facile d'accès, situé à proximité des autoroutes 13, 15 et 640. Horaire disponible jour/soirée, possibilités de références. Diverses modalités de sous-location. 514 622-8503.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

Clinique en expansion recherche cliniciens désirant travailler au sein d'une équipe de psychologues de diverses orientations thérapeutiques. Acheminez C.V. au cep@cepsychologie.com ou téléphonez au 514 678-5747.

Le Centre de psychologie Gouin recherche un(e) psychologue travaillant auprès des enfants/adolescents/familles pour se joindre à l'équipe de pédopsychologie. Connaissance des outils projectifs nécessaire. Participation aux réunions d'équipe, possibilité de contribuer à plusieurs projets cliniques, formation et supervision offertes. Communiquez avec Diane Deschênes : 514 331-5530 ou info@cpgouin.ca.

Psychologue recherché pour clinique de réadaptation interdisciplinaire. Approche cognitivo-comportementale recherchée. Expérience et intérêt avec clientèle en indemnisation d'invalidité (SAAQ, CSST, assureurs privés) en santé physique et mentale, gestion de douleur, réactivation physique quotidienne, gestion de conflit de travail. Intérêt pour travail interdisciplinaire avec ergothérapeutes, physiothérapeutes, kinésiothérapeutes et conseillers en réadaptation. Rédaction de rapports d'évolution demandés pour les assureurs. Région de Blainville, Laval, Terrebonne et Montréal; une voiture sera requise pour les déplacements. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec dominique.lamothe@physioextra.ca ou composez le 514 383-8389, poste 1004.

Psychologue recherché désirant travailler dans plusieurs cliniques multidisciplinaires. Physio Extra possède un réseau de 8 cliniques situées à Montréal et Rive-Nord. Poste à temps partiel, horaire flexible, clientèle avec blessure musculo-squelettique et douleur chronique. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec dominique.lamothe@physioextra.ca ou composez le 514 383-8389, poste 1004.

Neuropsychologue recherché – Évaluation enfants et/ou adultes. Cabinet à Boucherville, 60 professionnels. Heures/semaine, à votre convenance. Excellentes conditions. Détails à fcampeau@cabinet-conseil-campeau.ca.

_SERVICES OFFERTS

Supervision en thérapie cognitivo-comportementale offerte par Isabelle Boivin, Ph.D., psychologue. Problématiques et modalités diverses. Téléphone : 514 609-0206. Courriel : iboivin.psychologue@yahoo.ca.

Supervision en évaluation du déficit d'attention chez l'enfant. Charles Lachance, Ph. D. : 514 402-7042.

Supervision en planification de l'intervention (PI, PSI, etc.). François Lemire, M.Ps., M.A.P., psychologue et conseiller en gestion. 819 372-1542, francoislemire@cgocable.ca.

Psychanalyse pour professionnels soucieux d'optimiser leurs ressources au moyen d'une analyse personnelle. paule.delisle@mcgill.ca ou 514 846-0967.

_FORMATIONS

Art-thérapie/créativité – Pour professionnels désirant introduire plus de créativité dans leur travail. Vera Heller, Ph. D., art-thérapeute, travailleuse sociale, psychothérapeute. Formation endossée par Bénédicte Hecquet, psychologue. À la découverte de l'art-thérapie : les 4, 5, 6 mars 2011. Identité narrative et créativité : les 8, 9, 10 avril 2011. À Montréal (UQAM). heller.vera@uqam.ca, 514 845-1390.

La Société québécoise des méthodes projectives (SQMP) vous invite à son congrès qui aura lieu les 15 et 16 avril 2011 dans les locaux de l'UQAM. Le thème annuel est l'atteinte au corps : *Les maux parlent-ils? Somatisation, de l'enfance à l'âge adulte.*

Formation en thérapie conjugale. Par la Clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright Côté, endossée par Gérald Côté, Ph. D., psychologue. Évaluation diagnostique, le 25 mars 2011; Mandats alternatifs en thérapie conjugale, le 6 mai 2011; Thérapie conjugale et consommation, le 10 juin 2011. Longueuil, 180 \$ par atelier. Inscriptions : nathalie.lg.gauthier@umontreal.ca.

La psychopathologie (DSM-V) au risque de l'hypnose. Formateur: Gaston Brosseau, psychologue. Les 13 et 14 mai 2011, à Montréal. Renseignements et inscription : 514 255-9958, gastonbrosseau@gmail.com.

Intégration du cycle de la vie (LI, Peggy Pace, 2003) – Atelier de formation de base à Sherbrooke, les 30 septembre et 1er octobre 2011. Formatrice : Cathy Thorpe. Renseignements : Marjolaine Gosselin : 514 645-7794, marjolaine.icv@bell.net. Bienvenue à tous.

_À VENDRE

WISC-IV dernière version, en très bonne condition. Prix à discuter. Possibilité de vente d'autres tests. Joindre de jour Marie-Josée Morin au 819 752-5668, poste 102.

JEAN-FRANÇOIS, 32 ANS

MON MÉTIER, C'EST ÉCOUTER

J'aime être confronté à des problématiques diverses, à des problèmes variés. En Montérégie, j'ai découvert une multitude d'établissements qui favorisent le travail d'équipe et l'interdisciplinarité.



MA PASSION, C'EST LE SPORT

En habitant la Montérégie, je perds moins de temps dans le transport, ce qui me permet de pratiquer plus de sports. Vive le vélo, le hockey et le golf!

MON MÉTIER + MA PASSION = MONTÉRÉGIE www.santemontregie.qc.ca/cariers

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie Québec

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

EFFICACITÉ COMPARABLE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE À COURT TERME (PPCT)

Un essai clinique randomisé a évalué l'efficacité clinique de la psychothérapie psychodynamique à court terme (PPCT) dans le traitement de patients souffrant de troubles anxieux ou de dépression en comparaison avec un échantillon contrôle composé de patients suivant leur « traitement comme d'habitude » (treatment as usual ou TAU). Soixante patients avec dépression ou troubles anxieux selon le DSM IV-TR ont été répartis selon un ratio 1 pour 1 à un groupe d'intervention (PPCT) ou à un groupe contrôle pour 12 mois (TAU). Les instruments de mesure d'efficacité utilisés sont le Symptôme Checklist 90-Revised (SCL-90-R), le Inventory of Interpersonal Problems (IIP) et le Clinical Impression Improvement Scale. Les résultats ont révélé que les patients ayant reçu la PPCT démontraient davantage d'amélioration aux échelles du Inventory of Interpersonal Problems (IIP) et de la Clinical Impression Improvement Scale en comparaison avec les patients du groupe contrôle. Cette étude fournit des évidences que la PPCT est un traitement efficace pour les patients anxieux ou dépressifs et qu'elle pourrait être plus efficace que le TAU en diminuant les problèmes interpersonnels.

Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P.M., Nocito, E.P. & Magri, L. (2010). Short-term psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for depressive and anxiety disorders: A randomized clinical trial of efficacy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 647-652.

LA PSYCHOTHÉRAPIE AXÉE SUR LES ÉMOTIONS BÉNÉFIQUE POUR LA DÉPRESSION PRÉNATALE

Logiquement, la psychothérapie devrait être le traitement de choix pour la dépression durant la grossesse. Malgré tout, très peu d'interventions non pharmacologiques ont été étudiées auprès des femmes enceintes. Des chercheurs américains ont évalué récemment l'efficacité de la psychothérapie axée sur les émotions en tant que traitement de la dépression prénatale. Ce modèle a été jugé pertinent pour répondre à leurs besoins parce que les femmes enceintes vivant une dépression requièrent un modèle de traitement intégratif qui peut impliquer sans délai la cliente dans le processus thérapeutique et favoriser un travail de manière à diminuer les symptômes de détresse le plus rapidement possible.

Les 10 femmes enceintes en dépression majeure ayant participé à cette étude pilote ont été évaluées au terme de cinq séances de psychothérapie axée sur les émotions suivant un manuel de traitement publié. Ces séances ont toutes été filmées. Des améliorations significatives de la symptomatologie dépressive ont été notées en plus d'une amélioration de l'alliance thérapeutique et du lien cliente-thérapeute. Ces résultats préliminaires fournissent des données prometteuses à propos de l'efficacité d'une intervention à court terme telle que la psychothérapie axée sur les émotions auprès de la clientèle souffrant de dépression prénatale. D'autres études sont les bienvenues pour poursuivre l'évaluation de l'efficacité pour cette psychothérapie.

Dornelas, E. A., Ferrand, J., Stepnowski, R., Barbagallo, J., & McCullough, L. (2010). A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 364-382.

LA PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE POUR TRAITER LA DÉPRESSION

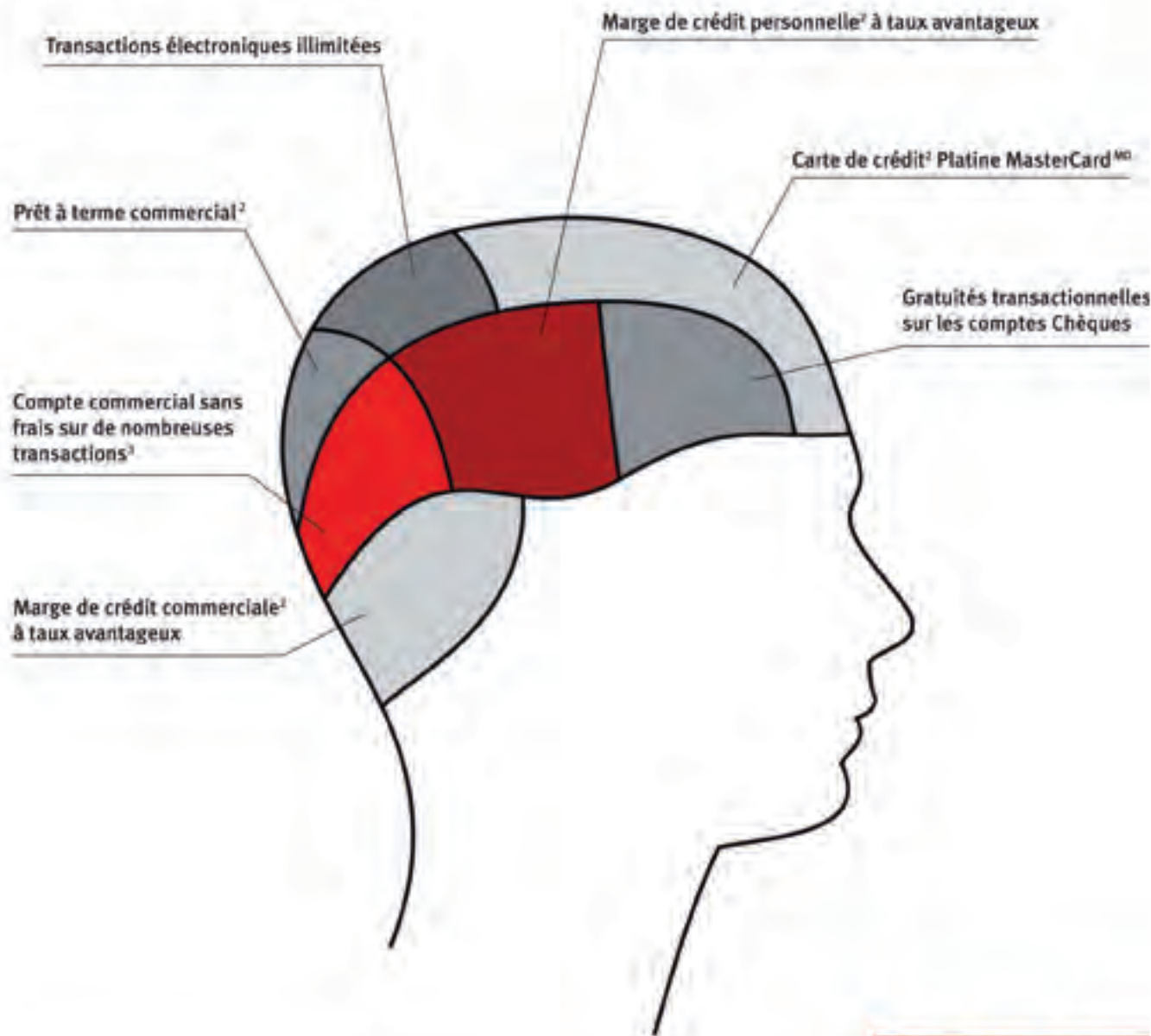
La psychothérapie systémique est une approche psychothérapeutique largement utilisée. Il existe toutefois peu de revues d'efficacité systématique de cette psychothérapie. Une méta-analyse de contenu a été réalisée pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie systémique dans le traitement des troubles mentaux chez l'adulte. Tous les essais contrôlés randomisés évaluant la psychothérapie systémique ou des systèmes dans différents contextes (famille, couple, individu, groupe, groupe multifamilial) auprès de patients souffrant de différents troubles mentaux selon le DSM ou l'ICD ont été identifiés dans les bases de données et dans les références de revue de littérature. Les 38 essais randomisés retenus ont été publiés en anglais, allemand, espagnol et chinois, et ce, jusqu'à la fin de 2008. Trente-quatre d'entre eux démontraient que la psychothérapie systémique était efficace dans le traitement de troubles de l'humeur, de troubles alimentaires, d'abus de substances, dans le traitement de facteurs mentaux et sociaux reliés à des conditions médicales et à des troubles somatiques ainsi que dans le traitement de la schizophrénie. De même, la psychothérapie systémique se montrait efficace pour les troubles anxieux. Les résultats étaient stables tout au long d'une période de suivi allant jusqu'à cinq ans après la fin du traitement. Il y a donc certaines évidences empiriques concernant l'efficacité de la psychothérapie systémique auprès de patients présentant des troubles mentaux dans au moins cinq catégories diagnostiques.

Von Sydow, K., Stefanbeher, P., Schweitzer, J. & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Research Family Process*, 49: 457-485.

LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE À COURT TERME POUR TRAITER LA DÉPRESSION : MÉTA-ANALYSE

Des chercheurs d'Amsterdam et de Halifax ont recensé 23 études dans la littérature, totalisant 1365 sujets, afin d'étudier si la psychothérapie psychodynamique à court terme (PPCT) est un traitement efficace de la dépression et en second lieu, grâce à leur étude, ont étudié les caractéristiques de l'intervention et des patients qui pouvaient s'avérer modérer l'effet du traitement. L'objectif de cette méta-analyse est ainsi d'évaluer l'efficacité de la PPCT, variant de 3 à 80 séances, pour la dépression et d'identifier les variables modératrices du traitement. Les résultats ont démontré que la PPCT était significativement plus efficace que les conditions des groupes contrôle lorsqu'on évalue les changements post-traitement ($d=0.69$). Les changements dans les niveaux de dépression chez les patients ayant suivi la PPCT sont significatifs ($d=1.34$) lorsqu'on compare les données pré-traitement et post-traitement pour ce traitement. De plus, les changements se maintenaient jusqu'à un an après la fin de la PPCT. En comparaison aux autres psychothérapies, une taille de l'effet petite mais significative ($d=0.30$) a été déterminée, indiquant une supériorité des autres traitements (psychothérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie cognitive, méthode d'auto-instruction pour la dépression, thérapie de soutien et art thérapie) immédiatement après le traitement, mais aucune différence significative n'était présente 3 mois après le traitement ($d=0.05$) ni 12 mois après le traitement ($d=0.29$). Les études qui avaient recours à la PPCT auprès de groupes de patients obtenaient des tailles d'effet significativement plus faibles ($d=0.83$) entre les données pré et post-traitement que les études recourant à la PPCT dans une modalité individuelle ($d=1.48$). Les PPCT étaient également efficaces peu importe qu'elles étaient uniquement de la psychothérapie de soutien ou davantage ($d=1.30$ et $d=1.36$, respectivement). En conclusion, cette méta-analyse a trouvé des preuves que la PPCT est efficace dans le traitement de la dépression chez les adultes. Toutefois, de meilleurs designs méthodologiques à utiliser dans les études sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des variantes des PPCT. En effet, l'absence de groupe contrôle, d'entraînement des thérapeutes ou de manuel de traitement et le recours aux antidépresseurs concomitants à la PPCT sont autant d'exemples de limites méthodologiques pour plusieurs des études recensées.

Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S.C.M., Abbass, A.A., de Jonghe, F., & Dekker, J.J.M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30: 25-36.



ET ACTION!

La banque pour les professionnels de la santé

Pour des solutions personnelles et commerciales, adhérez au programme financier¹ spécialement adapté aux besoins des psychologues.

banquedelasante.ca

BANQUE NATIONALE
GROUPE FINANCIER

1. Certaines conditions s'appliquent. Le programme s'adresse aux spécialistes en sciences de la santé (audiologiste, dermatologue, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, opticien, orthophoniste, pharmacologue, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, technologiste médical), qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Le programme constitue un avantage conféré aux détenteurs de la carte Platine MasterCard de la Banque Nationale. 2. Société serve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. 3. Les transactions offertes sans frais dans le cadre du programme sont : les chèques, débits, retraits et dépôts au comptant, crédits et les transactions automatisées et électroniques. ^{MD}MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé : Banque Nationale du Canada.

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



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



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

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

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

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

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

1 800 361-8715
dpm.ca/opq

MONTREAL | GATINEAU | JONQUIERE | QUEBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie



CABINET DE SERVICES FINANCIERS