

Psychologie Québec

VOLUME 24 | NUMÉRO 5 | SEPTEMBRE 2007

Évaluer ses interventions

- Pourquoi et comment?
Principes et méthodes
- Évaluations comparées
de la méthode EMDR
- Le suivi intensif
dans le milieu :
un modèle efficace
pour les troubles graves

FORMATIONS

Les ingrédients
efficaces en
psychothérapie
Collaborer
avec les médias

PORTRAIT

Gilles Deslisle

FICHE DÉONTOLOGIQUE à l'intérieur

CODE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE ET PRATIQUE PROFESSIONNELLE



DOMINIQUE INTERACTIF C'EST QUOI?

- Ⓢ Une évaluation directe de la psychopathologie de l'enfant de 6 à 11 ans.
- Ⓢ Un test entièrement développé et validé au Québec.
- Ⓢ Un profil basé sur les critères du DSM-IV.
- Ⓢ Une administration entièrement interactive.



Pour télécharger une démonstration,
visitez notre site Internet au:
www.dominicinteractive.com

Un test indispensable

lorsqu'on évalue des enfants de 6 à 11 ans.



D.I.M.A.T. inc, Boîte postale 212, succursale Victoria, Westmount, Québec H3Z 2V5
Téléphone (sans frais): 1 866 540-9255 • Télécopieur: 514 326-0993

Si je peux finir cette recherche doctorale sur l'utilisation des nanotechnologies sur le corps calleux de la belette, je vais enfin pouvoir ouvrir mon bureau de consultation sur les techniques éducatives pour les jeunes enfants.



Bruno



SOMMAIRE

VOLUME 24 • NUMÉRO 5 • SEPTEMBRE 2007

- 5 Éditorial**
Évaluer : une mesure efficace
- 6 Chronique du secrétariat général**
La médiation familiale : déjà 10 ans !
- 10 Chronique de déontologie**
Résumé d'évolution et témoignage au tribunal
- 13 Chronique juridique**
La société par actions
- 14 Chronique du développement de la pratique**
L'utilisation des tests
- 16 Congrès ISAPP : de l'adolescent à l'adulte**
Un rendez-vous avec la qualité et l'originalité des interventions
- 18 Portrait**
Gilles Delisle : au-delà de l'ici et maintenant
- 31 Activités régionales et activités de regroupements • En bref •**
Colloques, congrès et ateliers • Nouveaux membres, réinscriptions et décès • Petites annonces
- 38 La recherche le dit...**

Évaluer ses interventions

- 20 La psychothérapie : développer un esprit critique**
Par Martin Drapeau *et al.*
- 25 L'EMDR : une cure miracle ?**
Par Maxime Bériault
- 28 Les troubles graves de santé mentale : le modèle de suivi intensif dans le milieu**
Par Gilbert A. Tremblay et Claude Descombes



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

Psychologie Québec est publiée six fois par année à l'intention des membres de l'Ordre des psychologues du Québec. Les textes publiés dans cette revue sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs et ils n'engagent en rien l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source. L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services annoncés.

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

Envoi en Poste publication
de convention 40065731

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

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

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

PSYCHOLOGIE QUÉBEC – Dates de tombée
Novembre 2007 ; 28 septembre 2007
Janvier 2008 : 1^{er} novembre 2007

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

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

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

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

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

GATINEAU JONQUIÈRE MONTRÉAL QUÉBEC SHERBROOKE



Cabinet de services financiers

Évaluer : une mesure efficace



Par
Rose-Marie Charest
M.A., PRÉSIDENTE

LA RECHERCHE d'efficacité est plus que légitime, en psychologie comme ailleurs. Celui qui a recours à un service est en droit de s'attendre à ce qu'il donne des résultats. D'ailleurs, qui voudrait offrir un service sans se préoccuper de son efficacité? Mais qui voudrait choisir son intervention avec un client donné en se basant exclusivement sur des résultats de recherches? Sûrement pas un professionnel responsable.

Je salue les efforts déployés pour choisir les meilleures pratiques professionnelles en tenant compte des données disponibles. Je souhaite cependant que les données soient interprétées avec rigueur, ce qui implique de ne pas leur faire dire ce qu'elles ne disent pas, notamment ne pas généraliser à outrance des résultats spécifiques. La tendance à vouloir réduire l'offre de traitement à certaines techniques, en se basant sur une seule portion de la littérature en psychologie, appelle à toute notre vigilance. L'article de Martin Drapeau dans le présent numéro nous invite d'ailleurs à être rigoureux non seulement en se tenant au courant des recherches sur la psychothérapie, mais en développant aussi notre sens critique vis-à-vis ce qui est publié.

L'articulation entre la recherche et la clinique demeure un défi qui, heureusement, préoccupe de plus en plus tant les chercheurs que les cliniciens. Les uns ont besoin des autres pour poser les bonnes questions, choisir les hypothèses à vérifier, recueillir les données pertinentes, interpréter les résultats et en limiter la généralisation de manière à la fois sérieuse et utile. Ensemble, il nous faut travailler à développer de meilleures lunettes pour voir la réalité psychologique plutôt que de limiter notre compréhension à ce que les instruments les plus facilement disponibles actuellement nous permettent de mesurer.

La cueillette de données sur l'efficacité de nos interventions ne devrait pas être la responsabilité exclusive des

chercheurs. Le travail du clinicien l'amène quotidiennement à faire de multiples observations et les dossiers cliniques sont riches en données qui ne seront jamais publiées. Et c'est fort dommage. La formation en psychologie est pourtant fortement axée sur la recherche (certains diront même trop). Peut-on rêver du jour où celle-ci sera mise au service de la clinique? Peut-on rêver du jour où les informations recueillies quotidiennement par les cliniciens seront regroupées et traitées de manière à constituer un bassin de connaissances qui serviront à guider et à enrichir la pratique? Où la clinique bénéficiera davantage des données probantes qu'elle contribuera à produire?

Par ailleurs, la recherche d'efficacité qui pousserait le professionnel à ne pas prendre le temps de bien évaluer manquerait sûrement sa cible. Car c'est l'évaluation qui est garante de la justesse de l'intervention. C'est l'évaluation qui permet de passer de la théorie à la pratique, de choisir parmi les connaissances générales ce qui s'applique à un client donné et comment. De plus, l'évaluation permet d'identifier les cibles d'intervention et les résultats attendus qui sont les guides ultimes du traitement et la mesure de son efficacité.

Notre domaine exige des outils divers qui permettent de bien évaluer une réalité difficile à saisir à l'œil nu. L'évaluation qui s'appuie sur des observations de plusieurs sources (entrevue, observation directe, psychométrie) exige plus de temps mais augmente de beaucoup la fiabilité du diagnostic psychologique, la justesse de l'intervention qui en découle et, bien sûr, son efficacité réelle pour un client donné. Pourrait-on mieux en prendre la mesure?

L'Ordre vous invite, le 27 septembre prochain, à une journée de formation et de discussion sur les données probantes qui promet d'être riche en contenu et en échanges. Les psychologues sont bien placés pour être des interlocuteurs crédibles en cette matière. Donnons-nous tous les moyens d'approfondir nos connaissances et de prendre la parole auprès des décideurs pour trouver des solutions concernant l'offre de traitement.

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

La médiation familiale : déjà 10 ans!



Par
**Stéphane
Beaulieu**
M. Sc., SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

IL Y A dix ans, le 1^{er} septembre 1997, entré en vigueur la législation sur la médiation familiale au Québec. À ses débuts, la médiation familiale s'appuyait sur un modèle multidisciplinaire regroupant des professionnels issus du domaine psychosocial et du domaine juridique. Ainsi, cinq ordres professionnels ont été reconnus et peuvent accréditer leurs membres pour l'exercice de la médiation : les psychologues, les travailleurs sociaux, les conseillers et conseillères d'orientation, les notaires et les avocats. Certains employés des centres jeunesse sont aussi accrédités.

Au départ, l'instauration de la médiation familiale visait en outre à réduire les coûts liés aux procédures judiciaires et à favoriser un contexte de résolution des conflits par la négociation d'ententes viables tenant compte des besoins de chacun des membres de la famille. La médiation plaçait désormais le couple en voie de divorcer ou de se séparer dans un contexte favorisant l'accès à une entente à l'amiable en présence d'un médiateur accrédité. Bien entendu, l'intérêt supérieur des enfants demeure un enjeu de première importance quand une famille s'engage sur la voie de la rupture. Qu'il s'agisse de la garde des enfants, des droits d'accès, de la pension à verser ou du partage du patrimoine, le médiateur accrédité possède la formation nécessaire lui permettant de rédiger une entente négociée et équitable, fondée sur la collaboration et le consentement éclairé des deux parties. L'objectif à l'origine était assurément de déjudiciariser le processus de séparation et de divorce et de prendre en compte les facteurs psychologiques et psychosociaux découlant de la rupture, en particulier l'impact sur les enfants.

Pour que la médiation soit possible, les deux conjoints doivent d'abord et avant tout s'entendre sur le fait qu'ils souhaitent participer de leur plein gré au processus. Dans le cas où il n'y aurait pas cet intérêt réciproque, ils doivent se soumettre tout de même à une séance d'information obligatoire. Celle-ci doit être tenue avant que la cause de divorce ne soit entendue par la Cour. Évidemment, certains contextes rendent impossible la médiation, en particulier, les situations de violence conjugale qui sont très souvent incompatibles avec les fondements mêmes de la médiation. Une dispense de la séance obligatoire est possible dans de tels cas. Il arrive aussi, plus rarement, que la médiation soit imposée par un tribunal lorsqu'un juge l'estime approprié.

La réglementation prévoit que pour devenir médiateur accrédité, le professionnel doit pratiquer sa profession depuis trois ans et suivre une formation de base et une formation complémentaire qui incluent des volets psychosociaux et juridiques. Il va de soi que les professionnels issus du secteur juridique aient à suivre plus de cours dans le volet psychosocial alors que les professionnels issus du secteur psychosocial en suivent davantage dans le domaine juridique. Cela permet d'assurer que tous les médiateurs possèdent une formation multidisciplinaire. Tous les médiateurs doivent être supervisés dans leur travail de médiation auprès de dix cas pour compléter leur formation.

Précisons que les couples avec enfant(s) peuvent bénéficier de six séances gratuites de médiation, celles-ci étant défrayées par le ministère de la Justice du Québec.

Le bilan après 10 ans...

Au cours des premières années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la Loi sur la médiation familiale, plusieurs psychologues ont suivi la formation et sont devenus psychologues médiateurs, pour atteindre un sommet de 230 psychologues accrédités en 1999. Depuis les années 2000, le nombre ne cesse

de décroître. Au mois d'août 2007, il n'y avait plus que 90 médiateurs inscrits au tableau de l'Ordre des psychologues. Ce phénomène est aussi observé dans les autres ordres du domaine psychosocial. Par contre, les médiateurs-juristes ont maintenu un nombre croissant de membres accrédités. Aujourd'hui, près de 70 % du budget total provenant du ministère de la Justice, dédié au paiement des honoraires des médiateurs, est absorbé par les professionnels du domaine juridique.

Certaines questions se posent. Est-ce que l'opinion publique associe, la séparation et le divorce surtout au litige et aux aspects légaux qui y sont reliés? Est-ce la raison pour laquelle le public a comme premier réflexe de recourir beaucoup plus aux services d'un juriste qu'à ceux du psychologue en matière de médiation? Le psychologue, pour sa part, est connu davantage pour son rôle à titre de psychothérapeute du couple ou de la famille. Le réflexe du public est de solliciter son aide lorsque le motif de consultation est à la réconciliation, lorsque le couple est prêt à travailler ensemble pour tenter de rebâtir ou préserver la famille. Il semble que ce soit moins le cas lorsque le couple se trouve aux dernières étapes de négociation de la rupture, soit l'étape de la médiation.

Pourtant, le psychologue est formé pour intervenir en situation de conflits dans le couple et il est apte à les aider, même en situation de rupture. Ses interventions sont, par définition, tout à fait en lien avec les objectifs visés par la médiation familiale. Le psychologue sait créer un climat qui favorise l'amélioration de la communication, la recherche de consensus et la résolution des conflits. Il est formé pour évaluer l'impact de la rupture sur les enfants et il peut guider les parents dans les décisions qu'ils ont à prendre pour le bien-être de tous.

Rappelons qu'à l'origine, la médiation avait pour but de proposer une alternative non judiciaire fondée sur la résolution des conflits et la recherche de consensus en

matière de séparation et de divorce, le tout dans une perspective de multidisciplinarité. La polarisation à laquelle l'on assiste vers une offre de services majoritairement dispensés par des professionnels du domaine juridique crée-t-elle l'effet paradoxal de mettre l'accent sur le litige plutôt que sur la résolution des conflits? La question se pose maintenant.

Les perspectives futures...

En résumé, depuis dix ans le public a accès à une pratique gratuite en matière de médiation familiale. La réglementation assure que les professionnels qui offrent ces services sont formés et que leur pratique est encadrée par les ordres professionnels (ou les centres jeunesse).

Quel est l'impact de la faible participation des professionnels du domaine psychosocial dans la médiation? Faut-il s'en inquiéter, lorsqu'on connaît les conséquences d'une rupture conjugale sur la qualité de vie et l'équilibre psychologique des enfants et des adultes? En Europe, le phénomène de la

médiation revêt un caractère multidisciplinaire et les services de médiation y sont dispensés majoritairement par des non-juristes. Le savoir-faire et la compétence des psychologues (tout comme celle des travailleurs sociaux et des conseillers d'orientation) en matière de médiation ne sont plus à démontrer dans ce domaine.

Dans le passé, et encore aujourd'hui, trop souvent la séparation ou le divorce a laissé les conjoints et les enfants dans des conditions de vie où prévalent précarités matérielle et financière, sans compter les impacts psychologiques associés. À cet égard, comment la médiation a-t-elle ou pourrait-elle améliorer le sort des familles et leurs enfants?

Il y aurait lieu de revenir aux fondements mêmes à l'origine de la concertation entre les différents groupes de professionnels qui a mené à l'élaboration de ce projet de loi. Le retour à l'objectif premier, soit une approche multidisciplinaire, nous semble souhaitable. Ne devrions-nous pas, à cet effet, avoir pour objectif de rééquilibrer la

présence professionnelle en médiation familiale au Québec au cours des 10 prochaines années?

À cet égard, l'Université de Sherbrooke est présentement à mettre sur pied un microprogramme de formation à la médiation familiale. Ce programme sera offert à compter de l'automne 2007. La philosophie de ce programme est bien alignée avec la dimension multidisciplinaire de la médiation familiale et préconise une approche de non-judiciarisation et de résolution des conflits. Tous les ordres impliqués dans l'accréditation à la médiation familiale (à l'exception du Barreau) ont accepté de se joindre à une table de travail parrainée par le département de Prévention et de règlement des différends de l'Université de Sherbrooke afin de participer à l'élaboration du contenu du microprogramme. Souhaitons que plusieurs professionnels de tous les horizons se formeront en médiation familiale afin d'assurer une relève compétente pour la suite des choses.

LES SERVICES PROFESSIONNELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE MONTRÉAL

Supervision individuelle ou de groupe • Formation
Évaluation • Psychothérapie • Postvention
Recherche et développement

Si vous souhaitez vous perfectionner, ou si vous vous sentez démuni(e) face à la problématique du suicide, et désirez une supervision de qualité fondée sur une expérience véritablement clinique et pertinente, contactez-nous en toute confiance. Nous pouvons également vous offrir du soutien si vous perdez un client par suicide. Nous offrons une approche alternative en prévention du suicide, intégrative, structurante, nuancée et humaine.

514 840-0614

Direction : Gaëtan Roussy, psychologue
gaetanroussy@hotmail.com

Formations et Assemblée générale annuelle

L'INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DES DONNÉES PROBANTES EN PSYCHOTHÉRAPIE

Le jeudi 27 septembre 2007 de 8 h 30 à 16 h 30

Hôtel Holiday Inn, 420, rue Sherbrooke Est, Montréal

L'Ordre des psychologues du Québec organise une journée de formation continue sur la thématique des données probantes en matière de psychothérapie. Des psychologues cliniciens et chercheurs verront à présenter à tour de rôle des données actuelles permettant de dégager ce qui fonctionne en psychothérapie. Une formation organisée par :

Pierre Desjardins

M.Ps., directeur de la qualité et du développement de la pratique à l'Ordre des psychologues

D^r Martin Drapeau

Psychologue, professeur à l'Université McGill et chercheur à l'Institut Lady Davis de recherche médicale et à l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital général juif de Montréal. M. Drapeau est membre du Comité administratif et du Bureau de l'Ordre des psychologues et président du Comité de la formation continue.

DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE

8 h 30 à 12 h

1. **État de situation sur les données probantes** : de bonnes nouvelles et quelques inquiétudes
2. **L'impact de différentes variables** :
 - le thérapeute et le client
 - les facteurs communs
 - les approches

12 h à 13 h 30

Dîner

13 h 30 à 16 h 30

1. **Mise en perspective des données présentées**
2. **Période de questions et de discussion**
Atelier : développement d'une attitude dynamique dans la gestion d'une pratique efficace au quotidien
3. **Plénières**

OBJECTIFS DE LA FORMATION

1. **Permettre une réflexion sur les différentes variables à prendre en considération en lien avec les données probantes** :
 - La psychothérapie à offrir en fonction du problème présenté;
 - Les étapes en psychothérapie;
 - L'effet et les enjeux de la comorbidité (troubles concomitants);

- Les limites de la psychothérapie et de la recherche en psychothérapie (p. ex. : durée des suivis et rechute);
- Quelles stratégies sont efficaces, quand, pourquoi?

2. Établir comment contribuer à l'avancement de sa pratique en s'assurant de l'efficacité des services offerts :

- Quand et comment évaluer et réévaluer sa pratique clinique?
- Les traitements offerts sont-ils efficaces (convenables, aidants)?
- Le sont-ils avec tous les patients ou seulement avec certains?
- S'agit-il d'un traitement qui fonctionne avec un psychologue donné agissant comme psychothérapeute auprès d'un patient donné (personnalité, diagnostic et autres) à un moment précis (contexte)?
- Comment adapter un traitement reconnu efficace par la recherche dans sa pratique clinique?

3. Établir des liens utiles et pertinents entre la recherche et la pratique en psychothérapie :

- Consulter des sources d'information pertinentes;
- Participer à des formations continues pertinentes;
- Discuter des retombées d'une meilleure connaissance des données probantes en psychothérapie pour la profession de psychologue.

LES FORMATEURS

D^r Marc Simon Drouin, PH.D., professeur à l'Université du Québec à Montréal

D^r Stéphane Guay, PH. D., professeur à l'Université de Montréal

D^r Conrad Lecomte, PH.D., professeur à l'Université de Montréal

D^r Martin Provencher, PH.D., professeur à l'Université Laval

Retourner avec votre paiement à :
Ordre des psychologues du Québec
1100, av. Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Les inscriptions avec paiement par carte de crédit sont acceptées par télécopieur (514) 738-8838.

Les reçus et les attestations de formation seront remis sur place.

Pour information : Louise Oostdyke
(514)738-1881 ou 1 800 363-2644, poste 271.

Formulaire d'inscription L'INTERPRÉTATION ET L'UTILISATION DES DONNÉES PROBANTES EN PSYCHOTHÉRAPIE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Téléphone _____

Paiement au montant de 199,41 \$ (175 \$ plus taxes):

Chèque _____

Carte de crédit Visa MasterCard N° _____ Date d'expiration _____

Signature _____

Inscrivez-vous par Internet
www.ordrepsy.qc.ca/membres
ou par la poste!

LES PSYCHOLOGUES ET LES MÉDIAS

Formation à l'intention des psychologues intéressés à collaborer avec les médias

Le jeudi 27 septembre 2007 de 8 h 30 à 16 h 30

Hôtel Holiday Inn, 420, rue Sherbrooke Est, Montréal

L'Ordre des psychologues du Québec organise une journée de formation à l'intention des psychologues intéressés à collaborer avec les médias dans le but d'informer la population sur la santé psychologique. Cet atelier est réservé aux psychologues déjà inscrits à la *Banque de ressources médias* ou à ceux qui ont l'intention de s'y inscrire à la fin de la journée de formation.

DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE

8 h 30 à 12 h

- Les rapports entre les médias et les psychologues
- L'intérêt des médias pour la psychologie
- La transaction entre le journaliste et le psychologue
- Mises en situation

12 h à 13 h 30

Dîner (inclus dans le prix de la formation)

13 h 30 à 16 h 30

- Exercices pratiques en sous-groupes : simulation d'entrevues télévisées enregistrées sur vidéo et visionnées pour discussions en plénière.
- La préparation à l'entrevue
- L'entrevue
- Le droit au contenu
- Questions d'éthique

OBJECTIFS DE LA FORMATION

- Connaître et comprendre la réalité des médias qui font appel aux psychologues
- Identifier les objectifs de communication des psychologues
- Apprendre à transmettre un message professionnel à la population

FORMATEUR

M. Gilles Sénécal

Formateur en communication-média depuis 18 ans auprès de plusieurs entreprises et organisations au Québec et en Ontario, surtout dans les domaines liés à la santé (hôpitaux, gestionnaires du réseau, associations médicales, associations de professionnels de la santé, ordres professionnels), Gilles Sénécal a été journaliste pendant 15 ans à TVA (journaliste-chef de pupitre). Il a aussi été directeur de l'information du réseau Antenne Bleue pendant 5 ans et directeur général des stations CIEL CIME CJLM pendant 4 ans. Depuis l'an 2000, il agit comme directeur des ressources humaines et des affaires corporatives de Corus Radio/Québec, une entreprise possédant de nombreuses stations radiophoniques au Québec.

INSCRIPTION

Cette formation est offerte au tarif exceptionnel de 56,98 \$ (50 \$ plus taxes). Les psychologues qui s'engagent à collaborer avec les médias le font sur une base bénévole. Les participations à des émissions et les entrevues accordées aux journalistes sont très rarement rétribuées. Le souci de l'Ordre des psychologues du Québec d'offrir à la population une information professionnelle de qualité sur tout ce qui concerne la santé psychologique l'amène à défrayer les coûts de cette formation. Les frais demandés aux participants servent à couvrir la location de la salle et le prix du repas du midi.



Ordre
des psychologues
du Québec

Convocation à l'Assemblée générale annuelle

Tous les membres de l'Ordre sont convoqués à l'Assemblée générale annuelle de l'Ordre des psychologues du Québec qui se tiendra à l'Hôtel Holiday Inn situé au 420, rue Sherbrooke Ouest à Montréal, le 27 septembre 2007 à compter de 17 h.

Ordre du jour de l'Assemblée

1. Ouverture de l'Assemblée
2. Présentation de l'ordre du jour
3. Adoption du procès-verbal de l'AGA 2006
4. Dépôt du rapport de l'élection 2007
5. Présentation du XXXI^e Bureau et du XXXII^e Comité administratif pour l'exercice 2007-2008
6. Rapport de la Présidente
7. Psychothérapie et activités réservées
8. Présentation des états financiers 2006-2007
9. Nomination des vérificateurs comptables
10. Questions et recommandations de l'Assemblée au Bureau
11. Levée de l'Assemblée

Un cocktail avec bouchées suivra la tenue de l'Assemblée.

Formulaire d'inscription LES PSYCHOLOGUES ET LES MÉDIAS

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Téléphone _____

Paiement au montant de 56,98 \$ (50 \$ plus taxes):

Chèque _____

Carte de crédit Visa MasterCard N° _____ Date d'expiration _____

Signature _____

Retourner avec votre paiement à :
Ordre des psychologues du Québec
1100, av. Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Les inscriptions avec paiement par carte de crédit sont acceptées par télécopieur (514) 738-8838.

Les reçus et les attestations de formation seront remis sur place.

Information : Annie-Michèle Carrière
(514) 738-1881 ou 1 800 363-2644
poste 225

Résumé d'évolution et témoignage au tribunal

CAS D'UN ENFANT DE MOINS DE 14 ANS



Par
**Denys
Dupuis**

M. P.S., SYNDIC

ddupuis@ordrepsy.qc.ca

Cette chronique va aborder la problématique découlant d'une intervention accomplie par le psychologue qui ne serait pas en lien avec le mandat initial. Nous allons nous arrêter, à titre d'exemple, sur un cas particulier : la demande de production d'un rapport ou une demande d'aller témoigner au tribunal, alors que le processus de psychothérapie auprès d'un enfant vient à peine de s'amorcer et qu'un seul parent a été rencontré lors d'une entrevue initiale. Cette situation devrait être un indice incitant le psychologue à la prudence. Bien que le droit du client de « prendre connaissance des documents qui le concernent dans son dossier et d'obtenir copie de ces documents » soit formellement reconnu à l'article 50 du Code de déontologie, il revient, en pareil cas, au psychologue de revoir la conformité des étapes qu'il est tenu d'accomplir dans une intervention auprès d'un enfant, considérant les obligations déontologiques existantes. Dans ce contexte, il serait utile de rappeler quelques exigences à prendre en compte, afin d'éviter qu'une intervention amène un psychologue, même en agissant de bonne foi, à se placer dans un rôle ou à intervenir d'une manière qui se révélerait inappropriée.

Obtenir le consentement

L'Ordre des psychologues suggère d'adopter une approche pragmatique à propos du consentement pour une intervention concernant un enfant de moins de 14 ans. Le nouveau Code de déontologie et le guide explicatif en préparation donneront des orientations explicites à ce sujet. Dans cette perspective, en règle générale, il convient de préciser que lorsqu'il intervient auprès d'un enfant mineur âgé de moins de 14 ans, le

psychologue voit à obtenir le consentement d'un des parents, à moins qu'il y ait des raisons de croire (contexte familial tendu, propos négatifs, absence de communication) que l'autre parent n'est pas au courant, ou encore qu'il ne consentirait pas à la prestation des services professionnels.

En cas de doute, ou quand des motifs cliniques l'exigent, le psychologue prend tous les moyens raisonnables afin d'obtenir le consentement des deux parents. À cet effet, le psychologue doit se charger lui-même de communiquer avec cet autre parent, afin de l'informer de la finalité du travail qui sera entrepris auprès de l'enfant, de la contribution attendue du parent et du suivi qui sera réalisé auprès de lui. Cela vise à lui permettre d'exprimer son accord ou son désaccord de façon éclairée. Il appert que le psychologue ne peut pas confier à un parent le soin d'obtenir le consentement de son ex-conjoint(e). En effet, si l'on se réfère à l'article 17 du Code de déontologie, cette responsabilité incombe au psychologue et ne peut donc être déléguée à une autre personne.

S'il appert toutefois que l'autre parent est absent de la vie de son enfant depuis de longs mois et que le psychologue ne peut le joindre, il peut sans attendre commencer son intervention auprès de l'enfant. Au besoin, il sera possible d'ajuster son intervention et la nature de ses suivis, si l'autre parent se manifeste une fois le mandat amorcé. Il pourra même devoir cesser de dispenser des services, si une telle demande lui était formulée par ce parent, le cas échéant. Il importe de rappeler que c'est la cour qui réglera le litige entre les parents, si elle en est saisie.

Pour compléter ce sujet, il faut dire que dans les cas où l'absence de services risque de causer un préjudice à l'enfant, le psychologue donne la priorité à l'enfant, ce qui inclut lui rendre des services, sans le consentement des parents ou de l'un deux, tant que la situation d'urgence le justifie.

L'appréciation du contexte de la demande

Au-delà du consentement, l'appréciation de la situation doit aussi être faite par le psychologue, lorsqu'un client souhaite, dans le contexte soulevé ici, obtenir un rapport rapidement ou lorsque l'avocat de ce dernier le requiert. En effet, il arrive souvent, considérant les informations obtenues lors d'appels ou dans le cadre d'enquêtes menées par le Bureau du syndic, que ces demandes surviennent alors qu'un processus juridique est en préparation. Il est évident que la présence au dossier d'un rapport ou d'un témoignage provenant d'un professionnel, spécialiste du comportement humain et de la santé mentale, peut constituer un atout important, compte tenu de la crédibilité dont bénéficient les psychologues devant les tribunaux. Voilà pourquoi, il semble utile de signaler que ce type de demande doit être traité avec beaucoup de prudence. À cet effet, il serait important que le psychologue questionne et note au dossier les motifs exprimés par le client et/ou son avocat de la nécessité d'un rapport évolutif et de l'usage dont on en fera.

À ce propos, il convient de rappeler qu'un résumé d'évolution sur la psychothérapie en cours est un rapport psychologique. D'une part, il fait le bilan des interventions réalisées sur une période de temps et d'autre part, il traite de l'évolution du client en fonction des objectifs ciblés ou du plan d'intervention noté au dossier. Comme il est possible de le voir, ce type de rapport se distingue d'un rapport d'expertise qui vise à témoigner d'une opinion sur une situation débouchant, le cas échéant, sur des recommandations. De plus, pour réaliser son mandat, l'expert aura rencontré toutes les personnes ciblées et recueilli plusieurs versions avant d'exprimer son opinion.

Éviter le conflit de rôles

L'opinion du psychologue dans son rapport d'évolution ou lors de son témoignage, alors

qu'il agit comme psychothérapeute auprès d'un enfant, ne peut établir, par exemple, un lien de cause à effet en ce qui a trait au problème de l'enfant qui consulte. Il ne peut non plus recommander ce qui serait le plus indiqué pour cet enfant en ce qui concerne le partage de son temps avec ses parents, puisque cela impliquerait que le psychologue se permette de se prononcer sur des caractéristiques des personnes qu'il n'a pas évaluées, par exemple ici, la compétence parentale du père ou de la mère. Autre exemple illustrant une confusion dans le mandat réalisé, cette fois, dans le cadre d'une psychothérapie individuelle auprès d'un adulte. Un psychologue qui écrirait dans un rapport que son client consulte, « parce qu'il est victime de harcèlement psychologique de la part de son patron et que rien n'a été fait à son travail pour l'aider ». Un tel commentaire dépasserait largement les limites de ce qui lui est permis d'affirmer, considérant la nature du mandat en cours, soit une psychothérapie, et les informations contenues au dossier qui ne proviendraient que des propos du client.

Comme les exemples que nous venons de décrire l'expliquent, il ressort que de tels rapports montreraient certaines lacunes, à la lumière du mandat initial confié par le client, du processus adopté et des opinions émises. Il en serait de même pour un témoignage au tribunal s'inspirant des mêmes éléments. Concrètement, en pareil cas, par ses propos et ses prises de position devant le tribunal, le psychologue risquerait de faire indirectement ce qu'il ne pourrait faire directement,

soit d'assumer un rôle qui est davantage celui d'un expert, alors qu'il ne dispose pas non plus de toute l'information requise.

En revanche, il faut bien indiquer que le psychologue ayant agi comme psychothérapeute peut s'exprimer au tribunal, si une telle demande lui est formulée, en tant que témoin de faits. Il peut agir, en toute conformité avec ses obligations découlant de son mandat, s'il témoigne à propos du motif de consultation, quant aux thèmes abordés et quant aux interventions qu'il a accomplies. Il peut également donner son appréciation quant à l'évolution d'un enfant, considérant le plan de traitement initial. Il est important de mentionner ici cependant qu'il faut obtenir une autorisation écrite à cet effet, comme le prévoit le Code de déontologie à l'article 46. Le consentement initial du client à propos des services qui lui seront offerts ne dispense pas le psychologue d'obtenir une autorisation écrite, en cas de divulgation, si le client demandait que cela se fasse.

Déterminer les limites de l'intervention pour l'intérêt du client

Les informations précédentes tentent d'illustrer qu'il peut arriver que le psychologue soit invité à poser des actes qui sont envisageables sur le plan déontologique. Toutefois, le contexte dans lequel il agirait et le manque de prudence dont il ferait preuve pourraient l'amener à manquer à ses obligations. Le psychologue ne doit pas hésiter à exprimer son désaccord à s'engager dans un

processus qui risque, tout particulièrement si le consentement d'un des parents n'est pas au dossier, de l'amener à ne pas respecter les exigences de notre profession. Cette résistance de la part du psychologue semble d'autant plus justifiée qu'il existe un risque, soit celui de contaminer le processus de psychothérapie. Il pourrait aussi arriver que le lien de confiance avec un parent soit affecté si, sans tenir compte du litige existant entre deux parents, les propos du psychologue dans son rapport ou au tribunal créaient un préjudice à l'un d'entre eux. Finalement, dans ce type de situation, un bref échange téléphonique avec un membre du Bureau du syndic peut se révéler être une option bénéfique, parce que le psychologue pourrait s'assurer de la justesse de la position qu'il entend adopter, sous l'angle de ses obligations déontologiques.

Il revient au psychologue d'expliquer les limites du rôle qu'il assume. Cette approche prudente devrait même s'appliquer à toutes les situations où un contexte similaire se retrouve. Il faut envisager la référence de son client à un psychologue expert, si nécessaire, afin que ce dernier puisse remplir pleinement le mandat d'exposer sa compréhension d'une problématique et de conclure sur ce qui serait approprié de faire, en tenant compte de la demande qui lui a été faite, si tel est le besoin du client.

Bibliographie

Code de déontologie des psychologues, L.R.Q., C-26, r.148.1.

Ordre des psychologues du Québec. *La Tenue de dossier. Guide explicatif.* Janvier 2006.

Troubles déficit de l'attention avec / sans hyperactivité

ASEBA - Système d'évaluation empirique Achenbach

L'ASEBA est l'instrument pour l'évaluation de l'enfant et du jeune adulte, parmi les plus utilisés au monde. L'ASEBA est utilisé dans différents contextes: psychologie scolaire, santé mentale, expertise psycho-légale, services à la famille etc

5012-860592: Copie-échantillon

Échelle d'évaluation Conners

Une mesure de la pathologie et du comportement, incluant une évaluation du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) : ces échelles ont été validées par plus de 11 000 évaluations.

5012-600142: Copie-échantillon



INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

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

Téléphone: 514 382-3000 · 1 800 363-7800 Télécopieur 514 382 3007 · 1 888 382 3007

Site Web: <http://www.i.r.p.ca>

Syndic ad hoc

Le psychologue qui assume un mandat à titre de syndic ad hoc agit ponctuellement comme un syndic adjoint mais uniquement dans les dossiers où il n'est pas possible pour le Bureau du syndic d'intervenir.

Sommaire de la fonction

Conformément aux dispositions de la section 7 du *Code des professions*, le syndic ad hoc est chargé de faire enquête sur toute infraction présumée par un membre de l'Ordre au *Code de déontologie*, aux règlements adoptés par l'Ordre ainsi qu'au *Code des professions* et à la loi constituant l'Ordre.

Pour guider son travail, il réfère au *Processus d'enquête du Bureau du syndic*. Il décide au terme de l'examen d'un dossier, soit de rejeter la demande adressée, soit de procéder à une conciliation, soit de référer au Comité d'inspection professionnelle. Il peut aussi déposer une plainte auprès du Comité de discipline de l'Ordre et, le cas échéant, il agira comme plaignant dans ce processus. Il prend en compte les orientations existantes au Bureau du syndic et répond de son mandat au Bureau de l'Ordre en vertu de l'article 85 du *Code des professions*.

Profil recherché

FORMATION ET EXPÉRIENCE

- Membre de l'Ordre des psychologues depuis au moins 10 ans;
- Expérience professionnelle diversifiée.

COMPÉTENCES

- Connaissances du *Code des professions*, du *Code de déontologie* et des lois en vigueur (formation en déontologie offerte par l'Ordre des psychologues, au besoin);
- Aptitude à maintenir la qualité dans les relations interpersonnelles en situation de conflit;
- Sens de l'organisation;
- Aptitude pour la résolution de problèmes;
- Habiletés dans l'exercice du jugement professionnel;
- Excellente maîtrise du français et connaissance d'usage de l'anglais;
- Une expérience sur le plan de la médiation constitue un atout.

RÉMUNÉRATION

- Par mandat, selon la politique salariale en vigueur à l'Ordre.

Les personnes intéressées n'ont aucun antécédent disciplinaire.

Les psychologues intéressé(e)s font parvenir leur curriculum vitæ au :

Comité de sélection, syndic ad hoc
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

avant le **30 septembre 2007**. Pour information, veuillez communiquer avec Denys Dupuis, psychologue et syndic, au 514 738-1881, poste 240 ou par courriel à ddupuis@ordrepsy.qc.ca.

Recrutement d'experts

LE BUREAU du syndic est à la recherche de psychologues pouvant agir à titre d'expert, tel qu'il est prévu à l'article 121 du *Code des professions*. Le rapport de l'expert peut servir à un processus de négociation éventuelle, dans le cadre d'une conciliation menée par le syndic, ou encore, compléter l'enquête du syndic. Le rapport de l'expert est soumis en preuve, le cas échéant, devant le Comité de discipline. Dans ce dernier cas, l'expert peut être appelé à témoigner.

Le Bureau de l'Ordre a établi des critères pour permettre l'accréditation d'un expert, notamment :

- Au moins 10 ans d'expérience pertinente, comprenant des activités d'enseignement et/ou des publications;
- Compétence et intégrité professionnelle reconnues par des pairs.

Les personnes recherchées doivent maîtriser les connaissances théoriques de pointe dans leur domaine d'intervention, notamment, dans le champ de l'expertise en matière de garde d'enfant, à propos de l'intervention à la suite d'un stress post-traumatique ou encore dans des dossiers d'évaluation ou de suivi thérapeutique auprès d'une clientèle avec des problématiques de diverses natures. La maîtrise d'outils d'évaluation utilisés dans le champ de pratique spécialisé constitue un atout.

L'expert doit aussi connaître les exigences déontologiques entourant l'intervention du psychologue, puisque ces qualifications peuvent servir, le cas échéant, pour l'examen des dossiers d'inconduite sexuelle ou de conflit de rôles et d'intérêts.

Les personnes retenues doivent faire preuve de disponibilité pour répondre dans les délais fixés au mandat proposé. Les honoraires versés découlent d'une décision du Bureau de l'Ordre des psychologues et demeurent compétitifs avec le marché de l'expertise.

Les psychologues intéressés sont invités à soumettre leur candidature en faisant parvenir leur curriculum vitæ, en y joignant une courte lettre explicative sur leur motivation **avant le 30 septembre 2007**, à l'adresse suivante :

Bureau du syndic (Recrutement d'experts)
Ordre des psychologues du Québec
1100, av. Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (QC) H3P 3H5
ou par courriel : syndic@ordrepsy.qc.ca
Pour information : (514) 738-1881, poste 240
ou pour l'extérieur : (514) 363-2644, poste 240

La société par actions



Par
**M^{re} Édith
Lorquet**
CONSEILLÈRE JURIDIQUE ET
SECRÉTAIRE DU COMITÉ DE DISCIPLINE
elorquet@ordrepsy.qc.ca

COMME ON l'a vu précédemment dans le *Psychologie Québec* du mois de mai 2007 (volume 24 numéro 3), le Code des professions permet aux ordres professionnels d'autoriser leurs membres, par règlement, à exercer leurs activités professionnelles au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou d'une société par actions (SPA). Dans cet article, nous traiterons, de façon générale, des principales caractéristiques de la SPA.

La SPA à laquelle fait référence le Code des professions désigne tout aussi bien une compagnie constituée en vertu de la partie 1A de la *Loi sur les compagnies* (Québec), qu'une société constituée en vertu de la *Loi canadienne sur les sociétés par actions*.

Responsabilité civile

Tout comme pour le professionnel qui œuvrera au sein d'une SENCRL, le professionnel, associé d'une SPA, ne sera pas responsable des obligations de la SPA ni de celles d'un autre professionnel régi par le Code des professions, découlant des fautes ou négligences commises par ce dernier, son préposé ou son mandataire dans l'exercice de leurs activités professionnelles au sein de la SPA. La responsabilité d'un membre d'un ordre professionnel demeurera toutefois à l'égard des actes professionnels qu'il accomplit personnellement et à ceux des personnes qu'il supervise ou contrôle.

Contrairement à l'associé d'une SENCRL, l'associé d'un SPA ne sera pas solidairement responsable des autres obligations contractées par la société pour l'exploitation de son entreprise. Ce qu'il faut comprendre, c'est que la SPA est une personne morale donc dotée d'une personnalité juridique autonome. En principe, c'est la société qui est responsable de ses actions. L'actionnaire, en cette qualité, n'est pas personnellement responsable des obligations de la SPA, à part les exceptions prévues par la loi. L'administrateur, mandataire de la SPA, sauf exceptions, n'est pas responsable envers les tiers avec lesquels la société

contracte, du moment qu'il agit dans les limites de son mandat. Ainsi, du simple point de vue de la responsabilité civile, la SPA peut être plus avantageuse que la SENCRL.

Protection du public

Afin de permettre aux ordres professionnels de remplir leur mission de protection du public en regard de ce nouveau contexte de pratique professionnelle, le Code des professions prévoit, à son article 187.17 : qu'un administrateur, un dirigeant ou un représentant d'une SPA ne peut amener – soit par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre – un membre d'un ordre qui exerce ses activités professionnelles au sein de cette société à ne pas respecter les dispositions du Code des professions, de la loi constituant l'ordre dont le professionnel est membre et des règlements adoptés conformément au Code ou à cette loi. Un administrateur ou un dirigeant qui accomplirait de tels actes ferait l'objet de poursuites par l'ordre concerné et s'exposerait à des sanctions pénales.

Parallèlement, le Code des professions prévoit à son article 187.19 : qu'un membre d'un ordre ne peut invoquer des décisions ou des actes de la SPA pour justifier un manquement à une disposition du Code des professions, de la loi constituant l'ordre dont il est membre ou des règlements (notamment le Code de déontologie) adoptés conformément au Code ou à cette loi. Outre les sanctions disciplinaires, un professionnel, dans une telle situation, s'exposerait à des sanctions pénales.

Règlement de l'Ordre

En ce qui concerne la SPA, le règlement de l'Ordre pourra :

1. déterminer des normes relatives à la dénomination sociale;
2. fixer la proportion des actions avec droit de vote qui doivent être détenues par des membres de l'Ordre;
3. fixer la proportion ou le nombre d'administrateurs qui doivent être membres de l'Ordre;
4. déterminer les conditions, les modalités et les restrictions quant au transfert d'actions ou de certaines catégories d'actions et quant à l'exercice du droit de vote rattaché aux actions d'un actionnaire dont le droit d'exercer des activités professionnelles est limité

ou suspendu ou qui n'est plus membre de l'Ordre;

5. définir les professions, les métiers, les industries, les commerces, les charges ou les fonctions incompatibles avec le statut d'employé, d'actionnaire ou d'administrateur de la SPA.

Avantages fiscaux

Les avantages fiscaux qui sont rattachés à l'incorporation sont des incitatifs attrayants pour une grande majorité de professionnels. Sur le plan fiscal, la décision de constituer une SPA dépend de trois considérations importantes : l'économie potentielle d'impôt, le report d'impôt et le fractionnement du revenu. Selon les experts, le recours à une SPA est utile, sur le plan fiscal, lorsque le professionnel se trouve dans l'une ou l'autre des situations suivantes : il commence une nouvelle pratique qui s'avérera rentable; il ne dépense pas tous ses revenus; ou il entend partager ses revenus avec d'autres personnes comme son conjoint ou ses enfants.

Sur le plan des désavantages, il est important de mentionner que la SPA est le véhicule juridique le plus exigeant en ce qui a trait aux démarches requises pour sa constitution et son fonctionnement. La SPA implique des frais de constitution et le cas échéant, d'immatriculation. Son fonctionnement coûte plus cher étant donné notamment l'obligation de produire des états financiers annuels ainsi qu'une déclaration de revenu pour la société et ses actionnaires. Pour ceux qui exercent déjà sous une autre forme juridique, il faut également prévoir des coûts relativement aux transferts des activités et des biens de la société; des documents comptables, légaux et fiscaux sont nécessaires à cette fin. Sur le plan administratif s'ajoutent notamment des frais de publication d'avis dans un journal. Des démarches doivent également être effectuées auprès des autorités gouvernementales pour des fins de taxation et de déductions à la source.

La prise de décision

Comme nous venons de l'exposer, l'incorporation en société par actions (SPA) comporte aussi des inconvénients. Ce n'est qu'en analysant la situation personnelle de chacun qu'il sera possible pour l'expert d'aider le professionnel à faire un choix éclairé quant au véhicule législatif convenant à sa pratique professionnelle.



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

LES TESTS que l'on met présentement à la disposition des psychologues n'ont, semble-t-il jamais été aussi nombreux. Internet, notamment, permet un accès au marché mondial et l'offre de tests qui viennent de partout ne cesse de se multiplier. Cependant, il faut prendre garde. En réalité, cette impression d'abondance est en bonne partie fautive puisqu'un certain nombre de ces tests ne répondent pas aux critères scientifiques requis à la création de tels outils. De plus, la très grande majorité des nouveaux outils n'a pas été standardisée sur la population québécoise, ce qui donne lieu à des traductions libres ou à des adaptations-maisons de tests dont la validité et la fidélité se trouvent ainsi affectées.

Il y a également une accélération du rythme de production ou de révision des tests, comme ceux servant à évaluer le QI, ce qui entraîne pour les utilisateurs des coûts importants associés à l'achat du matériel ou à l'engagement dans les activités de formation ou de mise à jour que cela implique. Devant cela, certains pourraient être tentés d'utiliser du matériel pourtant désuets.

L'évaluation à l'aide de tests, une activité balisée

L'article 47 du nouveau Code de déontologie des psychologues, qui devrait être en vigueur cet automne, balise en ces termes l'utilisation des tests psychologiques :

En ce qui concerne l'utilisation, l'administration, la correction et l'interprétation des tests psychologiques, ainsi que la publication de tests et l'information que doivent contenir les manuels et les documents s'y rattachant, le psychologue respecte les principes scientifiques et professionnels généralement reconnus dans ce domaine de la psychologie.

D'autre part, l'article 48 du nouveau Code de déontologie précise que :

Le psychologue reconnaît les limites inhérentes aux instruments de mesure qu'il utilise et interprète le matériel psychométrique avec prudence, notamment en tenant compte :

1. *des caractéristiques spécifiques des tests ou du client qui peuvent interférer avec son jugement ou affecter la validité de son interprétation;*
2. *du contexte de l'intervention;*
3. *de facteurs qui pourraient affecter la validité des instruments de mesure et nécessiter des modifications quant à l'administration des tests ou à la pondération des normes.*

Afin de se conformer aux dispositions de ce dernier article, le psychologue a tout intérêt à consulter les manuels fournis avec les tests puisqu'il s'y trouve de l'information indispensable sur :

- le rationnel du test;
- la description du test;
- les objectifs poursuivis;
- le développement du test, y incluant les items;
- les consignes pour l'administration et la correction;
- les données concernant la fidélité et la validité;
- les tables de normes;
- l'interprétation des résultats;
- l'explication des profils;
- la bibliographie.

Le recours aux tests dont la pertinence est questionnable

Rappelons que les psychologues ont l'obligation de maintenir et de développer les compétences requises à leur exercice professionnel. Ainsi, il leur revient de s'assurer que les tests qu'ils comptent utiliser soient pertinents et répondent aux normes actuelles.

En ce qui touche la désuétude possible de certains tests, il y a quelques indices qui devraient mettre la puce à l'oreille aux éventuels utilisateurs. Il y a, entre autres :

- l'année de mise en circulation du test;

- l'existence possible d'une version plus récente;
- la parution prochaine d'une nouvelle version;
- la présence, dans certaines épreuves du test, d'un contexte ou de situations en référence qui n'ont plus cours actuellement et qui collent mal au quotidien des personnes ciblées.

S'il advenait toutefois qu'un test utilisé n'ait pas été normalisé ou standardisé auprès de la population dont fait partie la personne à évaluer, que les normes ne soient pas récentes ou que le test ait été conçu pour des fins autres que celles déterminées par le mandat confié au psychologue, celui-ci devrait en faire clairement état dans son rapport et se montrer très prudent dans l'interprétation et l'utilisation des résultats. À cet égard, l'American Psychological Association (APA) précise :

Quand un utilisateur de tests envisage d'effectuer un changement autorisé dans la présentation matérielle d'un test, dans son mode d'administration, dans les directives à transmettre ou dans la langue utilisée, il devrait disposer de justifications solides lui permettant de conclure que la validité, la fidélité et la justesse des normes ne seront pas compromises par ce ou ces changements. (Norme 11.19, p. 141)¹

S'il y a présence de facteurs affectant la validité, la fidélité et la justesse, alors qu'il n'existe pas de procédure d'ajustement de score validée et documentée, le psychologue fait état de ces facteurs sans modifier les résultats obtenus. Ceux-ci, dans ces circonstances, ne peuvent être utilisés que comme des indices pouvant appuyer un ensemble d'autres observations. Les conclusions à tirer doivent d'autant être nuancées, sinon formulées comme des hypothèses à vérifier.

Enfin, le psychologue a la responsabilité de se tenir à jour quant aux instruments qu'il privilégie. Il doit recourir à des outils qu'il maîtrise bien pour fonder son jugement.

L'évaluation à l'aide de tests, une activité partagée

La profession de psychologue est encore à ce jour une profession uniquement à titre réservé. Par conséquent, aucune activité professionnelle ne lui est réservée. Bien que plusieurs considèrent que l'utilisation de tests soit indissociable de la formation donnant accès au titre de psychologue, le groupe expert mandaté à la modernisation du système professionnel par l'Office des professions (groupe Trudeau) n'a pas prévu la réserve d'une activité telle l'évaluation à l'aide de tests. Il faut ici faire une distinction entre une activité professionnelle à proprement parler, l'évaluation en l'occurrence, et l'usage d'outils permettant la réalisation de l'activité, les tests. L'exercice de chaque profession requiert de ses membres qu'ils procèdent à des évaluations et il est légitime que tous ces professionnels développent des outils et s'y appuient pour s'acquitter adéquatement de leur mandat. Ce qui distingue chacune des professions concerne plutôt l'objet des évaluations à faire. À cet égard, le groupe Trudeau a prévu notamment de réserver aux psychologues l'évaluation des troubles mentaux, l'évaluation du retard mental et l'évaluation des troubles neuropsychologiques, ce qui implique que d'autres professionnels non psychologues, à qui ces activités n'auraient pas été réservées, ne pourraient pas utiliser des tests aux fins de ces évaluations.

La classification des tests

Outre la surveillance de la pratique professionnelle qu'exercent les différents ordres, plusieurs associations professionnelles, dont les membres ont recours aux tests psychologiques, ont travaillé à l'élaboration de lignes

directrices faisant, entre autres, état des qualifications requises à l'utilisation des tests. Parmi celles-ci, l'APA qui, dès les années 1950, a développé des normes éthiques liées à la vente et à la distribution du matériel de tests.

Ainsi, l'on a cherché à déterminer les compétences des utilisateurs en fonction à la fois de leur curriculum professionnel et de la nature même des tests. Il en est ressorti un système classant les tests par niveau :

- les tests de niveau A sont ceux pouvant être administrés et interprétés par des non-psychologues (ne nécessitant aucune qualification particulière);
- les tests de niveau B sont ceux pouvant être administrés et interprétés par ceux détenant certaines connaissances en psychométrie et en psychologie (conception et utilisation des tests, statistiques, différences individuelles, adaptation, orientation et autres);
- les tests de niveau C regroupent notamment les tests d'intelligence, les tests de personnalité et les épreuves projectives devant tous être administrés individuellement et dont l'usage devait être limité aux personnes détenant une maîtrise en psychologie et ayant été supervisées durant au moins un (1) an par un psychologue d'expérience.

L'APA a mis de côté ce système en 1974, alors qu'il semble que les éditeurs de tests y réfèrent encore amplement dans leurs catalogues. Il faut noter à cet égard que la limitation de la vente et de la distribution des tests à des usagers reconnus compétents ne permet d'assurer qu'une qualification minimale, puisque les mesures prises ne garantissent pas

que l'usager soit formé et préparé pour utiliser adéquatement un test donné dans tous ses aspects et à chacune des étapes. De plus, ce système ne peut contrer la reproduction illicite ou le piratage du matériel.

Les lettres de noblesse de la psychométrie

En terminant, nous rappellerons que la démonstration de l'utilité des tests n'est plus à faire. Parmi les conclusions de nombreuses recherches sur le sujet, Meyer et coll. (2001) ont fait ressortir notamment que la validité des tests psychologiques est effectivement très forte et tout à fait comparable à la validité des tests médicaux (rayons X, imagerie par résonance magnétique et autres) et qu'ils permettent de colliger des informations permettant aux psychologues de mieux comprendre les problématiques qui leur sont soumises. Il serait déplorable que les psychologues, les formateurs, les superviseurs ou les maisons d'enseignement délaissent ou négligent ce qui historiquement a toujours été au cœur de la pratique des psychologues et leur a valu une notoriété certaine, pour ne pas dire enviée. Reconnaissons à la psychométrie les lettres de noblesse qui lui sont bien acquises.

Références

1. Tiré de : *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*.

Bibliographie

- American Psychological Association, (2000). *Report on the task force on test user qualifications*.
- American Psychological Association (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*. Traduction française sous la direction de G. Sarrazin, Montréal : Institut de recherches psychologiques.
- Meyer, G. J. et coll. (2001). « Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues ». *American psychologist*, vol. 56, no 2, pp 128-165.

Le monde **CHANGE** avec VOUS

Centre universitaire de formation continue

Un programme en médiation familiale, et plus encore...

Pour inscription, date limite : 30 septembre 2007

Visitez notre site : www.USherbrooke.ca/cufc



UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

De l'adolescent à l'adulte

PASSAGES ET TRANSITIONS

Du 4 au 7 juillet 2007
Montréal, Canada

Un rendez-vous avec la qualité et l'originalité des interventions

Par Diane Côté

Plus de 700 psychologues, psychiatres, intervenants sociaux et communautaires se sont réunis du 4 au 7 juillet dernier à Montréal sous les auspices de la société ISAPP (International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology). Ce septième congrès, ayant pour thème « De l'adolescent à l'adulte : passages et transitions », a offert aux participants plusieurs symposiums, débats et ateliers permettant d'échanger leur point de vue et leurs expertises sur les adolescents d'aujourd'hui et leur difficulté à devenir adultes.

L'Ordre des psychologues a été étroitement lié à la planification et à l'organisation de ce congrès international puisque notre présidente, Rose-Marie Charest, avait accepté l'invitation du Dr Patricia Garel, chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier Sainte-Justine, de coprésider cet événement. Cette alliance entre les psychiatres et les psychologues provenant de tous les horizons a été bénéfique pour les deux groupes de professionnels qui, à l'heure de l'interdisciplinarité, doivent trouver des méthodes efficaces et agréables de travail auprès de la clientèle des adolescents et de leurs parents.

16



Comme activité d'ouverture, les organisateurs du congrès avaient planifié une conférence à l'intention des parents qui s'inquiètent souvent des attitudes et des comportements de leurs adolescents. Plus de 450 personnes ont répondu à cette invitation. Les conférenciers – Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, Philippe Jeammet, psychiatre d'adolescents à Paris et Mony Elkaïm neuropsychiatre et thérapeute familial de Bruxelles – ont tenté de rassurer les parents en leur présentant la différence entre des comportements normaux parfois inquiétants et des situations problématiques qui nécessitent l'aide de spécialistes. Cette conférence était animée par la Dre Patricia Garel au bout à droite de la table. Les profits de la conférence ont été versés à l'organisme Jeunesse J'écoute qui vient en aide aux jeunes du Québec.



Les congressistes pouvaient assister, au repas du midi, à des conférences, dont celle du Dr Michel Lemay du Centre hospitalier Sainte-Justine. Le conférencier a abordé le sujet du jeune carencé devenu adulte.



Le psychiatre Mony Elkaïm, un des grands invités du congrès ISAPP, a tenu à poser avec les membres du comité organisateur : Patricia Garel, présidente du congrès, la coprésidente Rose-Marie Charest et le président du Comité scientifique, Martin St-André.



Les congressistes ont pu découvrir une exposition intéressante de livres et de produits reliés à leur pratique

Plusieurs enjeux majeurs ont été abordés dans le cadre des symposiums et des grands débats. Les sujets qui ont retenu l'attention du plus grand nombre de congressistes abordaient les problématiques du risque que prennent les adolescents et des réactions que doivent adopter les intervenants, des troubles alimentaires et des différentes méthodes d'intervention, du trouble déficitaire de l'attention, de la psychose et du développement neurologique. Plusieurs intervenants européens et québécois sont venus présenter le résultat de leurs travaux lors des ateliers et des communications libres.

Les représentants des trois institutions présentes au comité organisateur, soit l'Ordre des psychologues du Québec, le Centre hospitalier Sainte-Justine et l'institut Philippe-Pinel, ont tout mis en œuvre pour faire de cet événement un carrefour d'information, mais aussi d'échanges et de discussions entre les participants. Ils ont décidé d'ouvrir cet événement au public – plus spécifiquement aux parents des adolescents – en organisant une conférence d'ouverture portant sur le thème : « Adolescence : gérer la crise, faciliter la transition ». Cette conférence, animée par le Dr Garel, donnait la parole aux spécialistes Philippe Jeammet, psychiatre d'adolescent et psychanalyste de Paris, Mony Elkaïm, neuropsychiatre et thérapeute familial de Bruxelles et Rose-Marie Charest, psychologue, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec et chroniqueuse à la radio de Radio-Canada. Les 450 personnes qui ont assisté à cette conférence ont apprécié la diversité des propos et les questions adressées aux spécialistes ont contribué à créer un climat chaleureux qui allait perdurer pendant tout le congrès.



Le chanteur Dan Bigras a généreusement accepté de livrer une performance musicale à la suite de sa participation au débat sur la prise de risques des jeunes. Les congressistes ont chaudement applaudi l'artiste qui a présenté une dizaine de ses meilleures chansons.

La société ISAPP est une association internationale regroupant psychiatres et psychologues qui se réunissent pour une mise en commun de leurs connaissances à tous les quatre ans. Le dernier congrès s'était déroulé à Rome en 2003 et, après Montréal, les participants se sont donné rendez-vous en Allemagne en 2011. D'ici là, vous êtes invités à visiter le site Internet de l'association :

www.ISAPP.org.



Quoi de plus pertinent pour clôturer le congrès qu'une illustration acrobatique du passage de l'adolescence à l'âge adulte? Ce sont de jeunes artistes du cirque soutenus par le Cirque du Soleil qui ont effectué ce numéro, dans une mise en scène de Carole Courtois. La présidente du congrès, Patricia Garel, a invité tous les intervenants à suivre ces jeunes acrobates dans leur hommage à la vie.

Gilles Delisle : au-delà de l'ici et maintenant

Par Josée Descôteaux

Un autre « remplaçant » qui s'échinera vainement à se rendre intéressant, s'était dit ce matin-là le jeune Gilles Delisle. Pourtant, cette fois, le professeur suppléant qui se tenait en face de la redoutable classe de troisième avait capturé l'intérêt du garçon de neuf ans, en comparant la psychologie au... hula-hop! Telles les hanches qu'il faut agiter avec modération pour maintenir le cerceau en place tout en le faisant tourner, le psychologue doit pousser le patient dans les retranchements de ses tourments tout en préservant l'équilibre de ce dernier.

Il ne s'agit pas ici de l'histoire attendrissante d'une révélation de vocation précocité. Car même si le jeune Gilles Delisle se trouvait souvent, et un peu malgré lui, le confident des copains qui avaient mal à l'âme, la petite flamme qu'avait allumée l'enseignant du primaire fut longtemps mise en veilleuse...

Le premier contact avec la gestalt n'eut pourtant rien d'un coup de foudre pour celui qui devait plus tard fonder le Centre d'intervention gestaltiste (CIG), en 1982. Il fut tout d'abord rebuté par la théorie de son fondateur, Fritz Perls. « Pendant mon bac (en psychosociologie de la communication), la première intervention de Perls dont j'avais pris connaissance m'avait agacé, raconte Gilles Delisle, directeur du CIG. C'est seulement à la maîtrise que j'ai commencé à m'y intéresser de façon plus convaincue. »

Désireux d'en apprendre davantage, le psychologue décida donc de suivre une formation privée en gestalt thérapie. Mal lui en prit : l'expérience ne fut guère concluante. N'empêche, intrigué par cette école de pensée qui considère le patient comme acteur du changement dans la thérapie, il s'est offert une autre chance et ce second rendez-vous l'a séduit au point où il s'est rendu en Californie pour une formation plus poussée.

« À mon retour, en 1981, des gens de mon entourage m'ont demandé de les former et j'ai accepté. Ce furent mes premiers pas dans l'enseignement de la gestalt », poursuit le psychologue de 63 ans.

Ainsi naissait le Centre d'intervention gestaltiste (CIG), qui eut d'abord pour seule

mission la formation, et à laquelle s'ajouta en 1986 la clinique de psychothérapie. Aujourd'hui, une douzaine de psychologues, psychiatres et travailleurs sociaux y prodiguent leurs services de consultation. L'institut offre pour sa part une formation de trois cycles en gestalt thérapie.

La gestalt par quatre chemins

Durant ses études secondaires, l'intérêt de Gilles Delisle pour la psychologie avait cédé le pas à une tout autre passion, le karaté, qui l'amènera plus tard à créer la Fédération des arts martiaux du Québec. Mais la petite flamme qu'avait allumée le suppléant de troisième année n'allait pas tarder à se raviver. Rapidement, ses activités sportives allaient mettre en relief son penchant naturel pour les relations humaines et l'aide psychologique. « D'abord, en travaillant au sein des associations sportives, j'étais plongé dans les relations humaines et je faisais notamment de la résolution de conflits. Puis j'ai ensuite développé des contacts avec l'organisme Jeunesse Canada Monde; j'étais intéressé par ce type de travail et on m'a finalement offert un poste », relate le psychologue.

Influencé par un conseiller en orientation convaincant, il a également étudié pendant un an les sciences économiques au Collège Loyola (ancêtre de l'Université Concordia), pour finalement constater que ce domaine d'études était bien loin de le ravir...

C'est à ce moment qu'il a alors pris la décision qu'il qualifie de « réveil » : faire un baccalauréat en psychosociologie de la communication à l'UQAM. Gilles Delisle opta

ensuite pour une maîtrise en psychologie des relations humaines à l'Université de Sherbrooke, avant de plonger dans les études doctorales en psychologie clinique à l'Université de Montréal.

Le psychologue dans la trentaine œuvrera à titre de conseiller en relations humaines au sein de différentes organisations professionnelles, avant de se lancer dans ce qui allait le mener à la grande aventure professionnelle de sa vie : la fondation du CIG.

La gestalt améliorée

Outre son institut de formation et la clinique de psychothérapie, le Centre d'intervention gestaltiste compte un Groupe de recherche en neuro-gestalt. Il s'agit en fait d'un groupe de réflexion formé de quelques chercheurs de l'Université de Montréal, comme l'indique M. Delisle, et qui tente d'identifier les applications éventuelles des neurosciences à la pratique de la psychothérapie.

L'institut offre une formation clinique de deux ans aux psychologues, psychiatres et intervenants en santé mentale et en aide psychologique. « Nous offrons également une troisième année pour les gens qui veulent approfondir leurs connaissances dans les troubles de la personnalité », précise le fondateur du CIG.

Gilles Delisle enchaîne en précisant que l'admission n'est pas conditionnelle au respect de critères ou d'exigences particulières, mais que la majorité des professionnels qui s'inscrivent comptent de cinq à sept ans d'expérience de travail.

Selon Gilles Delisle, l'apport des connaissances acquises au centre n'est pas négligeable. « Les psychologues qui terminent l'université avec leur doctorat ont peu d'expérience, à part les stages; ils n'ont pas été souvent confrontés aux troubles de la personnalité, qui sont différents des troubles cliniques », explique-t-il.

Le CIG a émis jusqu'ici près de 500 diplômés et il a même exporté son expertise en France, où des superviseurs y ont reçu la

formation en intervention gestaltiste.

Cette formation se démarque par une approche de la théorie de « l'ici et maintenant » à laquelle les fondateurs du CIG ont ajouté des notions qui la rendent, au dire de Gilles Delisle, plus en mesure d'identifier les blessures d'un patient.

« Nous avons imaginé un système de champs. À "l'ici et maintenant", nous ajoutons d'autres dimensions. D'abord, l'immédiateté de la relation thérapeutique. Ensuite, l'ici/pas maintenant, c'est-à-dire les rencontres précédentes avec le thérapeute, puis l'ailleurs/maintenant, ce qui représente les relations significatives actuelles du patient, et enfin le pas ailleurs/pas maintenant, c'est-à-dire les autres relations du patient. Nous cherchons les affinités thématiques entre ces champs et en général elles illustrent une problématique développementale; par exemple, le lien entre la relation thérapeute-client et une relation du client avec un ami », explique le psychologue, qui a laissé tomber l'intervention clinique il y a trois ans, pour se consacrer entièrement à la formation au sein de l'institut.

Gilles Delisle poursuit en ajoutant que ce processus se caractérise non seulement par la reconnaissance des événements et des impasses (de la vie du patient), mais également par la réparation de ces brisures.

Remise en question

Une telle vision bonifiée de la gestalt n'est pas née de la dernière pluie. Le passionné Gilles Delisle en a mijoté les ingrédients au fil de ses années d'expérience, mais surtout, d'intenses réflexions. « À la fin des années 1980, j'ai commencé à faire plus de clinique et j'ai constaté les lacunes de la gestalt. Il manquait par exemple les processus de l'inconscient. Je me suis demandé ce qu'on pouvait y changer », relate-t-il.

Le psychologue originaire de Montréal est donc retourné sur les bancs d'école, à l'Université de Montréal, pour effectuer un doctorat sur la révision de la gestalt thérapie, à laquelle il a notamment jouté des éléments de la théorie psychanalytique tels que la relation d'objet.

Cette avancée scientifique a permis à Gilles Delisle de concevoir la « psychothérapie gestaltiste des relations d'objet » (PGRO), qui ajoute au processus traditionnel de la gestalt la continuité des expériences immé-

diates. Il a par la suite confronté ses découvertes à la vision d'autres scientifiques, en animant en 1992 un séminaire sur les méthodes de la gestalt à Paris.

Aujourd'hui, l'approche de Gilles Delisle semble avoir été éprouvée puisque le CIG est le seul des cinq ou six instituts de formation sur la gestalt fondés au Québec encore en existence. « Maintenir ce type d'institution finit par être épuisant, signale-t-il. De plus, je crois que la révision nécessaire de la gestalt n'a peut-être pas été faite uniformément... »

Au moment où il entame ce discours, la voix de Gilles Delisle – au demeurant posée, car l'homme se présente sous un jour calme et rassurant – se teinte de véhémence, dévoilant son intérêt marqué pour les remises en question de cette science qui le fascine tant, celle de l'humain.

À l'instar de la gestalt, les écoles de pensée de la psychologie ont subi des modifications au fil des années, estime Gilles Delisle. En fait, poursuit le psychologue, elles furent parfois en compétition les unes face aux autres, alors que l'on constate aujourd'hui une convergence de ces approches. « Les écoles qui n'ont pas pris ce train n'ont pas duré », ajoute-t-il.

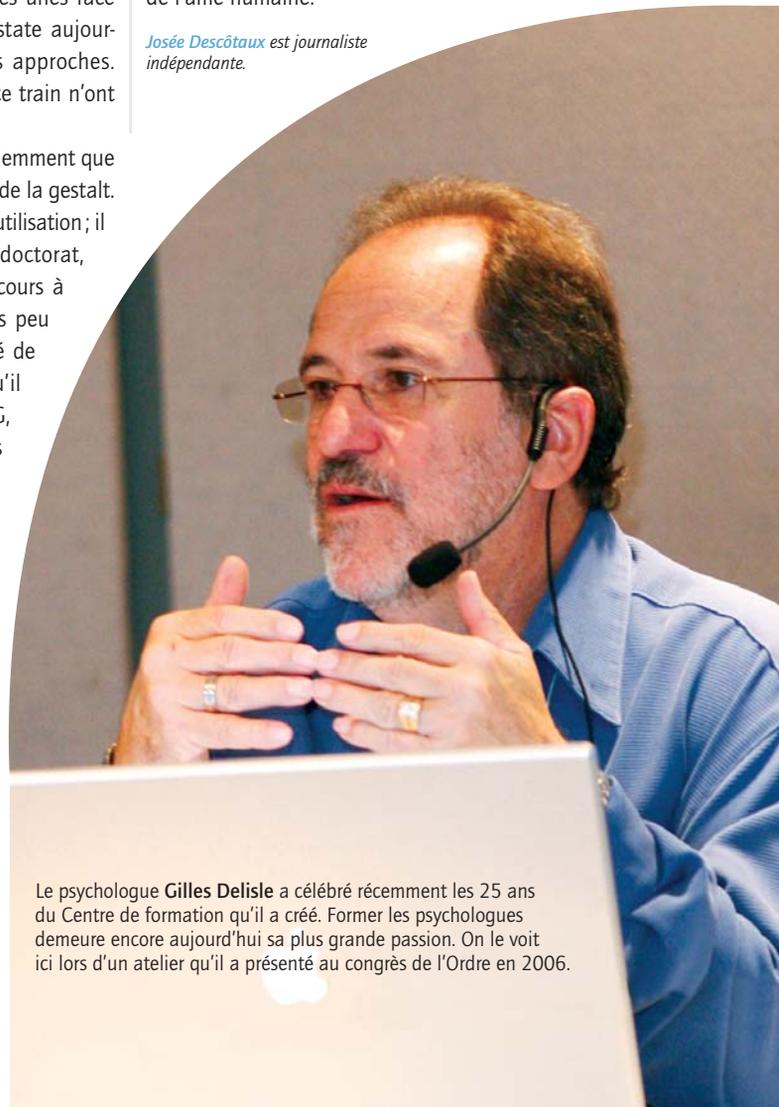
Gilles Delisle souhaite incidemment que ce ne soit pas là le sort attendu de la gestalt. Il s'efforce donc d'en propager l'utilisation; il supervise des étudiants au doctorat, enseigne à titre de chargé de cours à l'université et il deviendra sous peu professeur associé à l'Université de Sherbrooke. Et pendant qu'il assure la bonne marche du CIG, des psychologues ou apprentis psychologues rédigent des thèses sur la PGRO. Tout en portant avec bonheur ces multiples chapeaux, le spécialiste de la gestalt n'en continue pas moins de mijoter d'autres projets professionnels. « Je voudrais notamment approfondir le questionnement de la gestalt à partir des neurosciences. J'aimerais aussi un jour fonder une société québécoise sur les troubles de la personnalité. J'en rêve mais le temps manque... », mentionne-t-il.

Le psychologue songe également à la mise sur pied d'un regroupement des instituts en formation des troubles de la personnalité. Au dire de Gilles Delisle, la formation des professionnels de la relation d'aide élude peut-être trop souvent la dimension éthique, qui comprend notamment la confidentialité et les problèmes psychologiques dont peuvent souffrir les thérapeutes exerçant leur métier.

Voilà que l'inflexion des phrases se soulève encore d'un enthousiasme un peu retenu : le psychologue dévoile son engouement pour la formation. « C'est ce qui me passionne le plus : j'ai l'impression d'avoir un impact sur les gens... Travailler avec des patients est certes gratifiant, mais après la fin de la thérapie, on les perd de vue... Tandis que voir se développer devant soi un clinicien, c'est extraordinaire. »

Parions qu'un jour Gilles Delisle évoquera la théorie du cerceau et attisera ainsi l'élan dont les étudiants ambivalents ont besoin pour embrasser la science fascinante de l'âme humaine.

Josée Descôteaux est journaliste indépendante.



Le psychologue Gilles Delisle a célébré récemment les 25 ans du Centre de formation qu'il a créé. Former les psychologues demeure encore aujourd'hui sa plus grande passion. On le voit ici lors d'un atelier qu'il a présenté au congrès de l'Ordre en 2006.

Évaluer ses interventions

La psychothérapie : développer un esprit critique

20



Par
D^r Martin Drapeau
et **D^r Annett Koerner**, *psychologues*,
Maneet Bhatia, *M.A.* et **Debora D'Iuso**, *M.A.*

Le psychologue inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte des principes scientifiques généralement reconnus en psychologie.

Article 1, Code de déontologie

À LUI SEUL, le dernier numéro de *Psychologie Québec* contenait une douzaine de publicités et invitations à des formations spécialisées en psychothérapie. À cela s'ajoutent dépliants et encarts qui nous parviennent autrement, invitations qui paraissent dans d'autres revues cliniques, propositions de colloques et conférences, et activités de formation offertes dans les centres de perfectionnement ou par les spécialistes d'une approche spécifique. Selon Wampold (2001), il existerait plus de 250 modèles d'intervention psychothérapique, une donnée que Kazdin (2007) fait grimper à 500, lesquels sont décrits dans plus de 10 000 textes en tout genre. Il y a tout lieu de croire que des activités de formation sont disponibles pour chacune de ces formes d'intervention. Le choix ne

manque donc pas, et les psychologues, soucieux de toujours offrir les meilleurs services et dont la réputation en matière de psychothérapie n'est d'ailleurs plus à faire, semblent en profiter.

Il faut bien admettre que la psychothérapie, n'étant ni réglementée ni exclusivement réservée au psychologue, au médecin ou à un autre professionnel en santé mentale dont la compétence a été clairement établie et dont l'exercice est balisé par les lois professionnelles, peut parfois être sujette aux effets de la mode ou du climat social, économique et politique. Les participants aux séminaires de formation à une nouvelle approche prennent religieusement des notes, participent aux jeux de rôle, et étudient la théorie propre au modèle et les techniques qui le définissent. Avec un peu de chance, le formateur aura présenté une vignette clinique ou deux. De retour au bureau, les participants sont rassurés, convaincus de maîtriser désormais une technique avant-gardiste. Mais ce faisant, l'on oublie peut-être de se questionner sur l'essentiel : ce traitement est-il efficace ?

Cette question, en apparence toute simple, est en fait fort complexe. Le premier défi, de toute évidence, est de définir ce que veut dire « efficace¹ », et, par extension, ce qui représente un échec ou un succès thérapeutique. Cela peut être un changement dans les symptômes, comme plusieurs tendent à le soutenir, ou encore un changement dans la qualité de vie du patient, dans son niveau de satisfaction ou de bonheur, dans ses relations interpersonnelles ou dans son fonctionnement global. Dans la mesure où le patient en ressent les bénéfices ou que des progrès sont observables ou sont rapportés, cela peut aussi être lié au modèle théorique appliqué, comme un changement dans les stratégies d'adaptation (*coping*) que le patient utilise, ses mécanismes de défense et conflits, ses distorsions

Tous les cliniciens et tous les chercheurs s'entendent sur l'importance d'évaluer régulièrement l'efficacité des interventions posées. Là où les opinions diffèrent cependant, c'est lorsque la discussion s'engage sur les méthodes utilisées et les résultats obtenus. Que faut-il comprendre des nombreuses analyses et recherches d'efficacité présentées au clinicien? Un groupe de recherche présente son point de vue sur les principes à retenir lorsqu'on parle d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie, un chercheur a fait le tour de ce qui s'est publié sur la méthode EMDR et deux psychologues nous racontent comment ils ont évalué leur méthode de soins communautaires auprès des personnes présentant des troubles graves de santé mentale. De quoi y voir un peu plus clair!

cognitives, ou encore son niveau d'élaboration de l'affect. À partir du moment où le patient et le psychologue conviennent d'un but ou ont des objectifs (avoués ou non), les effets de n'importe quelle intervention peuvent être évalués, moyennant parfois, il est vrai, une bonne dose de créativité. Ce problème en est un qui concerne les chercheurs qui ont à évaluer l'efficacité d'une intervention et la qualité du travail du clinicien. Mais il requiert aussi un engagement des cliniciens qui doivent contribuer au développement et à la mise en place d'un modèle d'intervention et à la définition de ce que peut être un succès ou un échec thérapeutique. Plus important encore, le clinicien doit lui aussi être en mesure d'évaluer le travail du chercheur.

Un réflexe à développer

Confronté à une offre de formation, *a fortiori* à un nouveau modèle d'intervention, la première question que tout psychologue doit poser devient alors tout simplement : avons-nous des raisons de croire que ce traitement est efficace? Si oui, il est alors du devoir du psychologue de bien comprendre ce qui lui est rapporté et présenté comme une démonstration de l'efficacité d'un traitement. Dans un article paru dans le numéro de janvier de *Psychologie Québec*, Pierre Desjardins rapporte une série d'éléments utiles pour soutenir une saine attitude critique face à la recherche et à la science en général. Ces critères sont particulièrement importants lorsqu'il s'agit d'évaluer des résultats de recherches touchant à la psychothérapie. Mais il importe aussi de connaître les méthodes de recherche et leurs avantages et limites, et de comprendre les résultats qui en sont dégagés.

Les chercheurs emploient plusieurs méthodes pour évaluer l'effet d'un traitement. Bien qu'il n'y ait pas nécessairement consensus à ce sujet, on estime souvent que le modèle le plus robuste est l'essai clinique randomisé (*randomized clinical trial*). Ce modèle mise sur la validité interne, éliminant dans la mesure du possible les variables confondantes afin de déterminer si l'intervention est bien respon-

sable du changement observé chez le patient. Cette méthode implique entre autres que les critères pour inclure/exclure les participants de la recherche sont bien définis, ciblant par exemple un trouble spécifique et s'intéressant à un groupe plutôt homogène sur le plan démographique (p. ex. âge, culture, etc.). Elle implique que les patients sont assignés aléatoirement aux diverses conditions de traitement (ou de groupe contrôle), ce qui permet d'accroître la probabilité que les caractéristiques des participants qui ne sont pas l'objet de l'étude soient distribuées de façon comparable dans les groupes, n'affectant pas, de ce fait, les résultats d'un traitement en particulier. Elle implique aussi que l'application du traitement à l'étude est standardisée afin d'assurer que tous les psychothérapeutes offrent exactement le même service. Comme le soulignaient deux psychologues, les D^{rs} Stéphane Guay et Martin Provencher, dans un numéro récent de *Psychologie Québec*, cette méthode de recherche est souvent critiquée pour les critères de sélection des participants qui donnent à croire que ceux-ci ne seraient pas représentatifs de la population à laquelle sont confrontés les cliniciens, ce qui, si cela s'avérait, réduirait la validité externe du traitement. À cela s'ajoute entre autres l'impression que ces essais cliniques ne sont pas applicables aux traitements à moyen et à long terme, qu'ils ne sont pas réalistes pour certaines formes d'intervention (p. ex. approche humaniste, intégrative ou psychanalytique), ou qu'ils négligent le fait que, dans la pratique courante, les traitements peuvent être autocorrectifs, c'est-à-dire que lorsqu'une intervention ne semble pas fonctionner, le clinicien peut alors appliquer un autre traitement ou combiner différentes formes d'intervention. Bien que ces critiques soient sérieuses et pertinentes (à ce sujet, voir Westen et coll., 2004), il semble qu'elles ne sont pas toutes défendables. Par exemple, certains travaux ont démontré que les patients qui participent aux essais cliniques seraient plutôt représentatifs des patients normalement vus dans la communauté. Avec quelques exceptions par ailleurs notables (p. ex. abus de substance), ils ne présenteraient pas

moins de troubles concomitants et ne seraient pas moins souffrants. Il semble plutôt que les participants qui sont exclus le sont en raison du manque de gravité de leur état ou parce qu'ils étaient soit en rémission, soit déjà suivis dans un autre contexte (voir Stirman et coll., 2003, 2005). De plus, s'il est vrai que les essais cliniques sont plus compatibles avec certaines approches, comme les thérapies cognitivo-comportementales souvent de courte durée et s'appuyant sur un protocole d'application pré-établi (comme un manuel de traitement), il semble faux de prétendre qu'ils excluent *de facto* les autres approches. On peut ainsi retrouver des exemples, pour le moins créatifs, d'essais cliniques portant sur des thérapies intégratives (p. ex. le traitement dialectique behaviorale de Linehan, 1993) ou encore sur des traitements de plus longue durée (voir Frank et coll., 1990; Jarrett et coll., 2001). Le groupe de recherche sur les processus psychothérapeutiques de l'Université McGill est d'ailleurs impliqué dans un essai clinique multisites dirigé par le Dr J. C. Perry de l'Hôpital général juif de Montréal et portant sur l'efficacité de la psychanalyse.

Le propre de l'essai clinique est donc de miser sur la validité interne, visant ainsi, dans une certaine mesure, à établir des liens de causalité. En comparant par exemple deux formes de traitement administrées à deux groupes jugés comparables au départ, le chercheur peut évaluer si, à terme, un groupe présente un fonctionnement supérieur à l'autre groupe. Cette comparaison intergroupes peut se faire à l'aide de divers calculs plus ou moins complexes, lesquels permettent d'évaluer la différence statistique entre les groupes². À cela, il importe d'ajouter les notions de changements cliniquement significatifs. Par exemple, on peut aussi chercher à déterminer si le niveau de fonctionnement du patient traité est supérieur à celui que l'on peut observer dans une distribution de patients psychiatriques ou présentant des troubles psychologiques, ou encore si le fonctionnement du patient est comparable à ce que l'on peut observer dans une population présumée en bonne santé

psychologique. À cela s'ajoute la notion de changement clinique significatif valide (*reliable change*), lequel mise sur la comparaison intrasujet (chaque participant avec lui-même, avant et après le traitement) tout en tenant compte de l'erreur propre aux instruments et aux méthodes de mesure et d'évaluation (Jacobson et coll., 1984, 1991). Bien qu'il existe plusieurs méthodes de recherche pour évaluer les effets d'un traitement, l'essai clinique semble être l'un des plus robustes. Cela ne doit en aucun cas exclure d'autres méthodes de recherche, notamment les méthodes quasi expérimentales dites naturalistes ou naturalistes, lesquelles ont une validité externe remarquable et supérieure à l'essai clinique et doivent ainsi le compléter. À cela s'ajoutent les études corrélationnelles, toute la méthodologie qualitative et les études de cas. L'important à ce point est que le consommateur de recherches soit en mesure d'évaluer les forces et les faiblesses de chaque modèle. Il est généralement admis qu'une des méthodologies les plus éclairantes est la méta-analyse, *lorsqu'elle est bien menée*. Cette méthode s'appuie sur les données accumulées dans le cadre d'autres travaux de recherche ayant employé des modèles expérimentaux, quasi expérimentaux ou corrélationnels. Il s'agit ainsi d'une analyse... d'analyses. En s'appuyant sur une série de recherches, le chercheur peut avoir une appréciation plus robuste du phénomène observé. La méta-analyse, traditionnellement rattachée à la recherche quantitative, a aussi un équivalent en recherche qualitative, la méta-étude qualitative (Paterson et coll., 2001).

Faire ses devoirs

Confronté à toute approche, et surtout aux nouvelles approches, le psychologue a le devoir de bien s'informer. D'une part, il doit adhérer à la maxime *primum non nocere*, c'est-à-dire s'assurer que le traitement proposé ne nuira pas au patient (Lillenfeld, 2007). Il doit ensuite vérifier si le traitement a été démontré efficace ou s'il existe des raisons de croire qu'il peut l'être. Si c'est le cas, il doit chercher à

- **Hôtel Québec**
3115 Avenue des Hôtels
Québec, Québec
G1W 3Z6
- **Dates :**
Les jeudi 25 et vendredi
26 octobre 2007
- **Date limite d'inscription :**
Le 10 octobre 2007
- **Pour information
et inscription :**
Isabelle Rose, Ph. D.
(418) 835-7121, poste 4108
Isabelle_Rose@ssss.gouv.qc.ca

Le traitement du TDAH chez l'enfant et l'adulte



**Comment optimiser
nos interventions?**





<p>• Coûts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels : 325 \$ pour les deux jours /170 \$ par jour • Étudiants : (première du statut d'étudiant regretté) : 255 \$ pour les deux jours /135 \$ par jour 	<p>• Journée enfants /adolescents jeudi 25 octobre 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dre Leila Ben Amor, MD MSc • Dre Line Massé, Ph. D. • Dre Nancie Rouleau, Ph. D. 	<p>• Journée adultes vendredi 26 octobre 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dre Annick Vincent, MD MSc • Dr Martin Lafleur, Ph. D.
--	---	--

évaluer, du moins sommairement, la validité des recherches présentées pour soutenir cette thèse, critiquant au besoin la méthodologie et l'interprétation des résultats. Plus important encore, il doit être sensible à certaines erreurs commises en recherche psychothérapeutique. Cela comprend par exemple négliger les effets de l'allégeance du chercheur³ ou l'effet de variables confondantes, s'en tenir seulement aux résultats obtenus par les patients ayant complété le traitement en excluant ceux qui ont abandonné en cours de traitement, ou encore faire des analyses statistiques inappropriées, ne pas considérer le biais qu'implique le choix des instruments de mesure⁴, le temps relativement court du suivi longitudinal post-traitement, pour n'en nommer que quelques-unes. Pour entreprendre ce processus de réflexion critique, le psychologue peut évidemment se servir d'outils de recherche courants comme PsychINFO[®] ou Medline[®]. Une troisième source importante d'information est The Cochrane Library[®] qui contient plusieurs études et revues systématiques pertinentes à l'exercice des professions de la santé.

Il importe cependant de souligner que l'absence de démonstration de l'efficacité d'une psychothérapie, telle qu'on l'entend habituellement, ne signifie pas que le traitement n'est pas efficace. En effet, certains *indices indirects* peuvent exister. Par exemple, un modèle d'intervention innovateur peut s'appuyer sur une conceptualisation empruntée à un autre modèle d'intervention dont l'efficacité a déjà été démontrée. Ou encore, on peut imaginer qu'une thérapie démontrée efficace avec une population pourrait *potentiellement* l'être avec une autre présentant des caractéristiques similaires. Il importe à ce titre d'éviter la dérive, malheureusement trop répandue, d'affirmer que parce qu'un traitement a été démontré efficace dans certaines conditions contrôlées, il l'est nécessairement dans d'autres conditions ou, pire, qu'il l'est tout le temps. Mais ce ne sont là que des indices qui ne doivent pas être substitués à des recherches plus complètes et le psychologue doit être en mesure de juger de leur pertinence. Il importe donc de développer une réflexion critique, tout en évitant de mettre de côté trop hâtivement certaines formes de traitement ou de freiner le développement de traitements novateurs dont pourraient bénéficier certains patients. À ce titre, soulignons qu'un modèle d'intervention peut s'appuyer sur les recherches portant sur les processus de changement en psychothérapie, un domaine innovateur et en pleine expansion et à plusieurs égards plus important, aujourd'hui, que les travaux sur l'efficacité de la psychothérapie. Ces travaux ont dans certains cas déjà permis de démontrer que ce qui fonctionnerait dans un nouveau traitement présenté comme révolutionnaire n'est en fait pas nouveau, alors que ce qu'il contiendrait de nouveau... ne fonctionne pas.

Conclusion

Aucune formation ne peut préparer un professionnel de la santé mentale à maîtriser toutes les composantes impliquées dans la recherche sur les effets des psychothérapies. À cet égard, ce court

texte demeure évidemment incomplet. Par contre, les psychologues doivent être critiques dans l'exercice de leur profession et savoir où et comment chercher pour trouver réponse à leurs questions. Il est, et sera toujours, insuffisant de s'en remettre exclusivement à un petit groupe ou à une personne, qu'il ou elle soit formateur, théoricien, clinicien ou chercheur. Tout modèle difficile d'accès (par exemple lorsque le manuel ne peut qu'être acheté auprès de celui qui a développé la méthode, qu'une formation est obligatoire et qu'il est interdit de discuter de la méthode avec ceux qui ne sont pas formés, lorsque la méthode ne peut être critiquée parce qu'aucun article scientifique *expertisé* n'est disponible, etc.) doit susciter chez le psychologue un réflexe critique le menant à la recherche d'information. Si une nouvelle approche est « démontrée efficace », est « appuyée sur des bases solides », est « le résultat de recherches soutenues et approfondies », ou encore « produit d'excellents résultats », demandez à les voir. Vous pourriez être surpris.

Martin Drapeau, Ph.D., est psychologue à l'Institut Lady Davis de recherche médicale et à l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital général juif de Montréal. De plus, il est professeur adjoint à l'Université McGill. martin.drapeau@mcgill.ca

Debora D'Uso, M.A., est étudiant au doctorat à l'Université McGill.

Maneet Bhatia, M.A., est étudiant au doctorat à l'Université McGill.

Annett Koerner, Ph.D., est psychologue à l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital général juif de Montréal et au Centre de recherche en psychothérapie et psychosomatique de l'Université de Freiburg en Allemagne.

Remerciements

Les auteurs remercient M. Pierre Desjardins pour son aide précieuse dans la rédaction de cet article.

Lectures suggérées

La liste des lectures suggérées par les auteurs se retrouve sur le site Internet de l'Ordre des psychologues. N'hésitez pas à visiter la rubrique *Psychologie Québec* de la section *Publications* du site www.ordrepsy.qc.ca/membres

Références

1. Les chercheurs anglo-saxons font souvent une distinction entre *efficacy*, *effectiveness* et *efficiency*. L'*efficacy*, ou efficacité, fait surtout référence aux effets directs ou présumément causés par l'intervention, tels que constatés à l'aide d'un modèle expérimental comme l'essai clinique randomisé. L'*effectiveness*, ou analyse coût-bénéfice, fait référence aux coûts et bénéfices financiers liés à l'intervention. Enfin, l'*efficiency*, que l'on pourrait traduire par efficacité, renvoie aux effets de l'intervention telle qu'elle est pratiquée normalement dans la communauté.
2. Ces calculs mènent bien souvent au calcul de la taille de l'effet, tel que le recommande l'American Psychological Association (APA). Il existe de nombreuses formes de taille de l'effet (*effect size*). Chacun peut être évalué à l'aide de différentes nomenclatures ou encore converti en variance expliquée ou en taux de succès. Par exemple, il est généralement admis que la taille de l'effet de la psychothérapie, lorsque comparée à aucune intervention, est d'environ $d = .80$ (comme cet estimé, il s'appuie sur une agglomération de résultats, peut sous-estimer ou surestimer l'effet de certaines thérapies). Cela est équivalent à dire que le taux de rémission des patients non traités est d'environ 30 % comparativement à un taux de près de 70 % chez les patients traités, ou encore que le patient traité fonctionne mieux que près de 80 % des patients non traités (voir entre autres Wampold, 2001).
3. Il a été suggéré que l'allégeance du chercheur (et du clinicien) a un effet important sur les résultats. Voir par exemple Luborsky et coll., 1999.
4. Par exemple, l'Inventaire de Dépression de Beck favoriserait les thérapies cognitives et sous-estimerait l'effet des autres traitements (voir Leichsenring, 2001 ; Shapiro et coll., 1994).

Vous êtes psychologue en pratique privée?

Que vous exerciez votre profession de votre résidence ou d'un bureau privé situé à l'extérieur, nous avons un programme conçu pour vous.

L'assurance multirisque est une réponse parfaite à vos besoins

Offrez-vous une protection complète

- Pour votre local et vos biens professionnels
- Pour les pertes de revenus que vous pourriez subir à la suite d'un sinistre
- Contre certains actes frauduleux
- Pour votre responsabilité civile des lieux

Profitez d'économies avantageuses

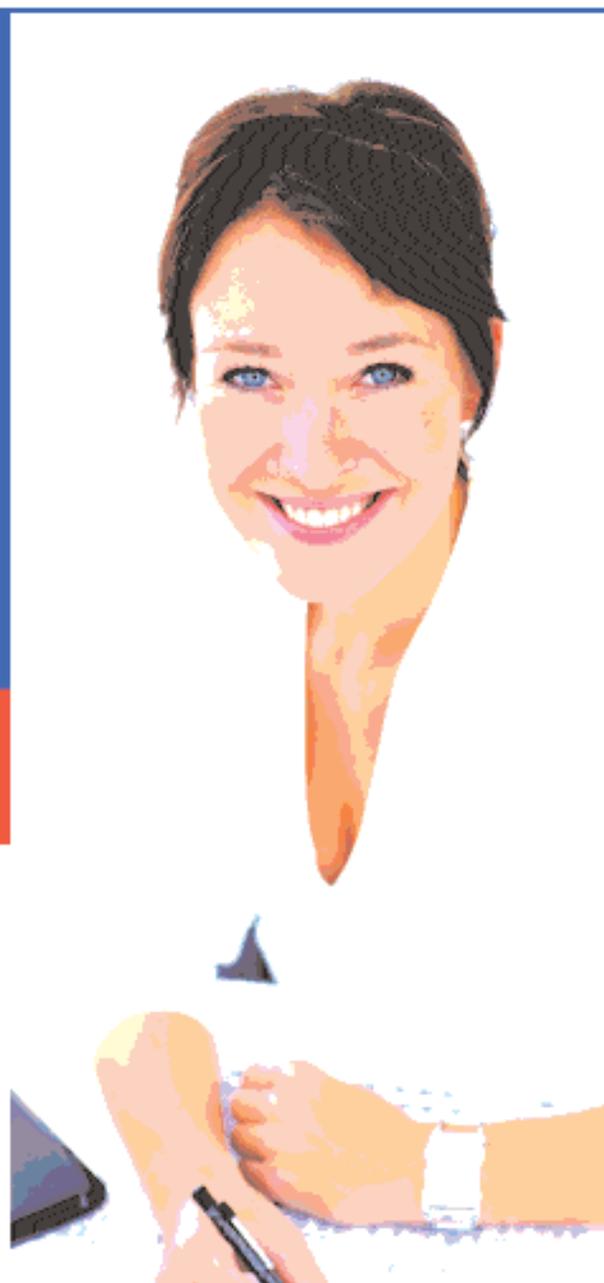
- **Réduction exclusive de 10 %*** sur votre assurance biens professionnels
- **Réduction additionnelle** si votre local est protégé par un système d'alarme

Demandez-nous une proposition gratuite

- Sans aucune obligation, découvrez tous les avantages de l'assurance multirisque

1 800 644-0607

* Réduction accordée aux membres de l'OPQ



La Capitale
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

L'EMDR : une cure miracle ?



Par
Maxime Bériault, B.Sc.

C'EST EN 1987 que Francine Shapiro jette les bases de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). En marchant dans un parc, elle observe que ses pensées intrusives perdent leur charge émotionnelle négative quand elle effectue des mouvements oculaires latéraux. Elle développe ensuite une méthode d'intervention structurée qui intègre les mouvements oculaires pour traiter les souvenirs traumatiques (Shapiro, 1995). Shapiro (2001) a développé le modèle du traitement adaptatif de l'information *a posteriori* pour expliquer le mécanisme d'action de l'EMDR et guider la pratique clinique. Selon ce modèle, chaque individu possède un système psychique qui intègre spontanément les nouvelles expériences de façon adaptative. Un événement traumatique produirait un déséquilibre à l'intérieur du système nerveux, ce qui entraverait le cours habituel du traitement de l'information. Les mouvements oculaires, ou toute autre forme de stimulation bilatérale, auraient la capacité d'activer le système de traitement adaptatif de l'information et l'intégration d'un souvenir traumatique. Selon Shapiro, l'efficacité de l'EMDR n'est pas basée sur la validité du modèle théorique proposé, car la physiologie du cerveau est encore mal connue. D'autres considèrent que les concepts neurophysiologiques utilisés par Shapiro sont spéculatifs (Muris & Merckelbach, 1999). Pour plus de détails sur le modèle théorique de l'EMDR, le lecteur est référé à Bériault, Larivée et Grégoire (2006).

Cet article présente une brève description de la méthode d'intervention de l'EMDR puis les résultats des études contrôlées qui ont évalué son efficacité pour traiter l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) chez les adultes puisque la très grande majorité des études sur l'efficacité de l'EMDR portent sur ce trouble. Les études contrôlées sont celles qui comparent l'EMDR à un groupe de contrôle qui ne reçoit pas d'intervention ou qui reçoit une autre forme d'intervention. Ce type d'étude augmente la validité des résultats.

Description de l'intervention

L'EMDR comporte huit phases (pour plus de détails sur ces phases, voir Bériault et Larivée, 2005 ou Bériault, Larivée et Grégoire, 2006). Les premières phases servent à établir le lien thérapeutique, à normaliser les symptômes du client, lui fournir des informations sur le

rational de l'EMDR et lui enseigner des stratégies de gestion des émotions. Lors de la phase active de l'EMDR, appelée phase de désensibilisation, le client se concentre sur le souvenir traumatique tout en suivant des yeux les doigts du thérapeute. Après chaque série de mouvements oculaires, le thérapeute, de la façon la moins directive possible, demande au client de prendre une grande respiration et de dire ce qui lui vient spontanément à l'esprit. Cette méthode d'association libre permettrait d'accéder à d'autres expériences ou informations reliées au souvenir traumatique cible. Toute nouvelle information rapportée par le client indiquerait que le processus de traitement adaptatif est en cours. Cette phase de désensibilisation se poursuit jusqu'à ce que le souvenir traumatique n'engendre plus de détresse, puis une cognition positive est introduite en mémoire en demandant au client de se concentrer sur cette cognition et le souvenir traumatique tout en effectuant de nouvelles séries de mouvements oculaires.

Évaluation empirique

Suite à son étude initiale, Shapiro (1989) conclut que les mouvements oculaires, pendant le maintien du souvenir traumatique en mémoire, constituent la composante essentielle de l'EMDR et suggère que les participants tolèrent plus facilement la méthode d'exposition au souvenir traumatique utilisée par l'EMDR que celle utilisée par la thérapie comportementale. L'introduction de cette nouvelle intervention suscite plusieurs critiques. Des chercheurs et des cliniciens relèvent plusieurs lacunes méthodologiques dans l'étude de Shapiro, dont l'absence d'une évaluation diagnostique et d'instruments de mesure standardisés. Ils déplorent aussi la diffusion rapide de l'EMDR sur la base d'évidences empiriques préliminaires (Acierno, Hersen, Van Hasselt, Tremont et Meuser, 1994; Herbert et Mueser, 1992; Lohr *et al.*, 1992). L'utilité thérapeutique des mouvements oculaires alimente également la controverse.

Depuis, plusieurs études contrôlées ont évalué l'efficacité de l'EMDR pour traiter l'ÉSPT chez des adultes. Deux méta-analyses récentes synthétisent les résultats de ces études et permettent de comparer l'efficacité de l'EMDR à celle d'autres modalités d'intervention pour l'ÉSPT. Selon la méta-analyse de Bradley, Greene, Russ, Dutra et Westen (2005), l'EMDR et les diverses formes de thérapie cognitivo-comportementale produisent un taux de changement diagnostique similaire, compte tenu des intervalles de confiance qui se chevauchent (EMDR = 59,85 %; exposition = 52,62 %; cognitivo-comportementale avec exposition = 53,71 %; cognitivo-comportementale sans exposition = 46 %). C'est-à-dire qu'une proportion équivalente des participants ne présente plus un diagnostic d'ÉSPT



au terme de ces interventions. Selon la méta-analyse de Bisson *et al.* (2007), l'EMDR est plus efficace que l'absence de traitement ou qu'une thérapie de soutien et son efficacité est équivalente à celle de la thérapie cognitivo-comportementale pour diminuer les symptômes d'ÉSPT, d'anxiété et de dépression. Une des études recensées montre aussi que l'EMDR et la thérapie cognitivo-comportementale permettent toutes deux de diminuer la culpabilité et la colère reliées à l'événement traumatique (Stapleton, Taylor et Asmundson, 2006). En ce qui concerne la tolérance des participants envers le traitement, Hembree *et al.* (2003) observent que le taux d'abandon en cours de thérapie pour l'EMDR et la thérapie cognitivo-comportementale basée sur l'exposition est équivalent (18,9 % et 20,5 % respectivement), indiquant que l'EMDR n'est ni plus ni moins facilement toléré par les participants.

En somme, les résultats des méta-analyses révèlent que l'EMDR est efficace pour traiter l'ÉSPT et que son efficacité est équivalente à celle de la thérapie cognitivo-comportementale. Toutefois, ces études ne nous informent pas sur une question autrement importante, à savoir à quoi est due l'efficacité de l'EMDR?

Les mouvements oculaires

Au départ, Shapiro (1989) considère les mouvements oculaires comme l'élément thérapeutique essentiel de l'EMDR. Elle soutient ensuite que d'autres formes de stimulation bilatérale (sonore ou tactile) peuvent être utilisées et plus tard que les mouvements oculaires ne constituent qu'une composante d'une méthode d'intervention complexe. Ces changements font de l'EMDR une théorie difficile à tester empiriquement.

Bériault, Larivée et Grégoire (2006) recensent huit études qui ont examiné la contribution des mouvements oculaires sur le plan de l'efficacité de l'EMDR pour traiter l'ÉSPT. Ces études comparent l'EMDR à une intervention analogue qui inclut tous les aspects de l'EMDR sauf les mouvements oculaires. Au lieu des mouvements oculaires, les participants fixent un point ou font de l'imagerie mentale en fermant les yeux. Six des huit études montrent que l'absence des mouvements oculaires ou de toute autre forme de stimulation bilatérale ne diminue pas l'efficacité de l'EMDR. Les deux autres études observent un avantage en faveur de l'EMDR avec les mouvements oculaires. Dans l'une, trois séances d'EMDR sans mouvements oculaires sont suivies de six séances d'EMDR avec mouvements oculaires. Les participants manifestent moins de détresse à la fin de la seconde phase qu'à la fin de la première phase du traitement, ce qui pourrait être dû à l'ajout des mouvements oculaires, mais aussi à l'ajout de six séances d'intervention. De plus, les mesures physiologiques n'indiquent pas d'amélioration entre les deux phases. Dans l'autre étude, l'EMDR avec mouvements oculaires est plus efficace que l'EMDR sans mouvements oculaires ou

l'EMDR avec une stimulation bilatérale tactile, mais ces résultats sont limités par l'absence d'une évaluation diagnostique et la faible validité des mesures physiologiques utilisées. Ce résultat contredit aussi la position de Shapiro selon laquelle toute forme de stimulation bilatérale permet l'intégration de l'expérience traumatique.

En somme, les résultats des études actuelles semblent indiquer la relative inutilité des mouvements oculaires et soutenir l'hypothèse selon laquelle l'EMDR est une thérapie basée sur l'exposition (Spates et Koch, 2003). Cette hypothèse est aussi soutenue par une étude récente qui compare l'EMDR à l'exposition prolongée et à la méthode du comptage (Read Johnson et Lubin, 2006). Dans la méthode du comptage, le client s'expose en imagination à l'événement traumatique pendant que le clinicien compte de 1 à 100. Ces trois conditions étaient toutes aussi efficaces pour traiter l'ÉSPT. Les auteurs concluent que l'exposition est l'élément thérapeutique essentiel pour traiter l'ÉSPT et que les autres éléments sont accessoires et permettent surtout de faciliter l'exposition, par exemple en donnant un plus grand sentiment de contrôle aux participants.

Analyse critique

Les données empiriques recensées montrent l'efficacité de l'EMDR pour traiter l'état de stress post-traumatique (ÉSPT). L'EMDR et la thérapie cognitivo-comportementale sont les deux formes d'intervention reconnues comme les plus efficaces pour traiter l'ÉSPT (Ursano *et al.*, 2004). L'une ou l'autre peut donc être utilisée selon l'expérience et la formation du clinicien. D'autre part, le mécanisme d'action de l'EMDR demeure mal connu, ce que Shapiro elle-même reconnaît. L'efficacité de l'EMDR pourrait être attribuable à une forme d'exposition quoique la méthode d'exposition utilisée par l'EMDR se distingue à plusieurs égards de celle utilisée par la thérapie cognitivo-comportementale (Lee, Taylor et Drummond, 2006). Des études futures pourraient examiner si certains types de clients bénéficient davantage de l'une ou l'autre méthode d'exposition. Plusieurs chercheurs et cliniciens proposent aussi de reconnaître l'efficacité de mécanismes d'action thérapeutique spécifiques plutôt que celle de méthodes d'intervention qui intègrent plusieurs composantes thérapeutiques dont l'efficacité relative est mal connue (Rosen et Davison, 2003).

Le rôle des mouvements oculaires et la rapidité d'action thérapeutique de l'EMDR ont suscité la controverse. Dans le premier cas, les données empiriques montrent que l'EMDR est une méthode d'intervention efficace indépendamment des mouvements oculaires ou de toute autre forme de stimulation bilatérale. En ce qui concerne la rapidité d'action thérapeutique, des données montrent que l'EMDR peut produire des effets bénéfiques dans un court intervalle de temps, soit après quatre ou cinq séances. D'autre part, Heber, Kellner et Yehuda (2002) observent que quatre séances d'EMDR

sont insuffisantes pour traiter un ÉSPT complexe. Wilson, Becker et Tinker (1997) notent que 15 mois après avoir reçu trois séances d'EMDR, 39 % des participants se sont engagés dans une nouvelle thérapie, dont 12 % pour le traumatisme traité par l'EMDR, suggérant que la durée de l'intervention n'était pas suffisante pour tous. La recherche d'une intervention ayant une action thérapeutique rapide est importante, mais l'expérience d'un traumatisme peut laisser des séquelles profondes et longues à traiter. Les cliniciens et les chercheurs devraient planifier une intervention d'une durée suffisante pour traiter les participants et une période de suivi prolongée. Enfin, les données empiriques disponibles ne soutiennent pas l'argument selon lequel l'EMDR propose une méthode d'exposition mieux tolérée par les participants. Notons que l'EMDR est une intervention qui doit s'intégrer à l'intérieur d'un suivi thérapeutique adapté aux besoins de chaque client et que le clinicien doit avoir une expérience clinique suffisante pour travailler avec les émotions intenses qui surgissent lors de la phase de désensibilisation.

Outre l'état de stress post-traumatique, l'EMDR a été appliqué au traitement d'autres troubles psychopathologiques dont le trouble panique, la phobie spécifique, le trouble dysmorphique, la dépression, les troubles alimentaires, les dysfonctions sexuelles, la dépendance à la cocaïne, les troubles de la conduite, le manque d'estime de soi, la douleur chronique, le jeu compulsif, l'anxiété de performance, le trouble de l'image corporelle, les troubles dissociatifs et divers troubles de la personnalité (pour des références, voir Bériault et Larivée, 2005). L'efficacité de l'EMDR a été évaluée à l'aide d'études contrôlées uniquement pour deux de ces troubles, soit le trouble panique avec agoraphobie et la phobie spécifique. Selon l'étude de Goldstein, de Beurs, Chambless et Wilson (2000), l'EMDR

n'est pas plus efficace qu'un traitement placebo pour traiter le trouble panique avec agoraphobie et la thérapie cognitivo-comportementale demeure le traitement de choix pour ce trouble. Selon la recension de De Jongh, Ten Broeke et Renssen (1999), les rares études contrôlées qui évaluent l'efficacité de l'EMDR pour traiter une phobie spécifique montrent un avantage en faveur de l'exposition *in vivo* même si elles ne permettent pas de statuer de façon définitive en raison de lacunes dans la mise en œuvre du protocole d'intervention de l'EMDR. Hudson, Chase et Pope (1998) constatent que plusieurs thérapeutes américains appliquent l'EMDR aux troubles alimentaires bien qu'aucune preuve scientifique ne soutienne une telle initiative et que d'autres modalités de traitement ont dûment fait leurs preuves. Dans la mesure où des approches thérapeutiques sont valides à l'égard de troubles particuliers, on peut s'interroger sur la légitimité éthique d'en utiliser d'autres dont l'efficacité présente moins d'évidences empiriques.

L'EMDR a le mérite d'avoir grandement stimulé la recherche sur le plan du traitement de l'état de stress post-traumatique, mais le développement de cette intervention a aussi été marqué au départ par des affirmations dénuées de fondements empiriques. D'autre part, des détracteurs de l'EMDR ont parfois mal rapporté ou interprété certaines données. La controverse autour de l'EMDR illustre bien l'importance de mieux intégrer la pratique professionnelle et la recherche scientifique dans le domaine de la psychologie.

Maxime Bériault est candidat au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal.

Références

La liste des références proposées par l'auteur se retrouve sur le site Internet de l'Ordre des psychologues. N'hésitez pas à visiter la rubrique *Psychologie Québec* de la section *Publications* du site www.ordrepsy.qc.ca/membres



Département de psychologie

3 POSTES DE PROFESSEUR(E) EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE :

- Évaluation adulte
- Évaluation enfant et/ou adolescent
- Intervention enfant et/ou adolescent

Pour la description complète des exigences de ces postes, consultez le site www.fas.umontreal.ca.

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur candidature au bureau du directeur, Michel Sabourin, **au plus tard le 28 septembre 2007.**

LES TROUBLES GRAVES DE SANTÉ MENTALE

Le modèle de suivi intensif dans le milieu



Par **Gilbert A. Tremblay, M.A.**
et **Claude Descombes, M.Ps.**

DÉPUIS quatre décennies au Québec, le lieu de traitement de la maladie mentale grave s'est graduellement déplacé de l'institution vers la communauté, à travers trois vagues de désinstitutionnalisation. C'est en septembre 1997, dans la mouvance du suivi communautaire et de la gestion de cas en santé mentale (le modèle du « case management »), que s'est implanté pour la première fois au Québec, à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) (le modèle du « Program of Assertive Community Treatment » – PACT^{1, *}). Plusieurs établissements québécois ont depuis mis sur pied des équipes semblables.

À la différence du modèle du « case management » où l'intervenant agit surtout à titre de courtier par la coordination et l'orientation d'un client vers les ressources appropriées, l'intervenant SIM dispense lui-même des services de traitement, de réadaptation et de soutien à la vie dans la communauté. De plus, l'ensemble des interventions, à la fois structurées et flexibles, est effectué en équipe¹. L'efficacité de cette modalité de prestations des soins, lorsque le risque de rechute est élevé et que le recours aux services hospitaliers ou d'urgence s'est multiplié dans l'histoire d'une personne atteinte d'un trouble grave de santé mentale, a été maintes fois démontrée. En effet, des études randomisées et plusieurs méta-analyses ont conduit, au début des années 1990, plusieurs pays, dont le Canada, à inclure le modèle SIM dans la pratique à privilégier par les ministères provinciaux et les établissements locaux^{2, 3, 4, 5, 6}. Les études à l'appui du modèle mettent en évidence une réduction du nombre des hospitalisations et de leur durée, l'amélioration de la qualité de vie autonome, la diminution des symptômes positifs⁷, la réduction de l'évolution vers l'itinérance⁸, vers les troubles liés à l'usage des substances psychoactives^{9, 10} et vers la judiciarisation¹¹, de même que l'augmentation du taux de retour à l'emploi régulier¹².

Organisation d'une équipe

Développé par Stein et Test^{13, 14} il y a plus de 30 ans au Wisconsin, le modèle SIM est caractérisé par une approche d'équipe multidiscipli-

naire de 10 à 12 intervenants œuvrant dans le milieu de vie du client (approche *in vivo*), proactive et intensive dans un engagement à long terme, dont le ratio intervenant/client est relativement bas (1 : 10), disponible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, et travaillant en étroite collaboration avec les ressources du milieu^{15, 16, 17}. La fidélité aux « standards » du modèle est essentielle à l'efficacité, laquelle peut être mesurée par le Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)^{18, 19}. L'Association des hôpitaux du Québec a publié en novembre 2004 son *Guide pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*, détaillant les composantes essentielles assurant la conformité au modèle²⁰. L'équipe SIM – Douglas a maintenu un score élevé à l'échelle DACTS à travers les ans.

L'équipe SIM – Douglas est composée de 1 psychiatre à mi-temps, de 10 intervenants pivots (4 infirmiers(ères), 4 agents(es) de relations humaines, 2 psychologues – *les auteurs*), de 1 assistante en réadaptation et de 1 secrétaire. L'équipe offre des services directs du lundi au vendredi et un intervenant est présent le samedi. Les soirs et weekends sont couverts par un employé de l'équipe sur appel en collaboration avec une ressource alternative du sud-ouest de Montréal, le Centre de Crise l'Autre Maison. L'équipe se rencontre tous les matins durant 45 minutes pour réviser les interventions des 24 dernières heures, et pour distribuer les interventions à réaliser le jour même. Les interventions proviennent d'un « kardex » qui rassemble en un seul document toutes les interventions prévues au plan d'intervention individualisé (PII) de chaque client. Après la réunion matinale, tous les intervenants prennent la route, sauf un intervenant qui reste au bureau pour prendre les appels des clients et collaborateurs, et pour agir comme répartiteur. La moyenne mensuelle de contacts avec les quelque 90 clients pour l'ensemble de l'équipe se situe autour de 1 000 interventions.

Les clients sont admis sur la base d'une maladie mentale grave, principalement la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et les troubles bipolaires, conduisant à des incapacités fonctionnelles importantes. Pour ces clients, les traitements traditionnels en centre de jour ou en clinique externe en vue d'obtenir un rétablissement durable ont échoué. Les évaluations – initiale et annuelle – procèdent à l'historique détaillé de la santé mentale et physique, des troubles liés à l'usage des substances psychoactives, des forces et des limitations sur le plan de l'hébergement et des activités de la vie quotidienne, du soutien familial et du fonctionnement social, ainsi qu'à l'évaluation des habiletés et des contraintes à l'éducation et à l'emploi.

Traitement, réadaptation et soutien

La pharmacothérapie fait partie du PII de tous les clients suivis par notre équipe, c'est-à-dire sous médicaments antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques ou thymorégulateurs. Les interventions visant la fidélité à la médication sont souvent la base du rétablissement pour ces clients. Le suivi psychothérapeutique fait également partie du PII de tous les clients. Les problématiques concomitantes reçoivent une attention particulière, telle celle des troubles liés à l'usage des substances psychoactives qui prévaut chez 50 % de cette population^{21, 22}. Cette double problématique augmente le risque de rechute et de réhospitalisation, le taux d'itinérance, la judiciarisation, la violence subie et agie, le fardeau sur les familles, la pauvreté, les maladies infectieuses et les coûts de système^{23, 24}. Les approches parallèle (traiter par deux équipes différentes) et séquentielle (traiter un trouble avant l'autre) s'étant montrées inefficaces^{25, 26}, notre équipe a adopté l'approche dite intégrée de traitement, faisant partie des « meilleures pratiques » recommandées par Santé Canada²⁷. Dans l'approche intégrée de traitement, la même équipe traite les deux problématiques en même temps²⁸, en s'appuyant sur le modèle transthéorique des stades du changement^{29, 30} et de l'entrevue motivationnelle³¹. Nous offrons des interventions individuelles et de groupe. La comorbidité avec les troubles de la personnalité montrent également une prévalence élevée, pouvant atteindre 50 %³². Nos interventions conjuguent l'intervention cognitive comportementale et l'intervention motivationnelle. Finalement, le tiers de nos clients est assujéti à une mesure légale : ordonnances de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), ordonnances en autorisation de soins et de régimes de protection. L'ensemble de ces mesures est souvent un passage obligé à l'atteinte de la stabilité de l'état mental, la protection de la personne aidée ou la protection du public. La réadaptation et le soutien s'expriment à travers l'aide à la recherche de logement abordable, l'aide aussi sur le plan des activités de la vie quotidienne, de la gestion des finances, de la recherche d'emploi et d'activités occupationnelles, de la représentation légale, de même que sur le plan du soutien à la famille.

Le SIM est-il de la psychologie sociale appliquée ?

Le travail au sein des équipes SIM se réfère à l'approche écologique (*in vivo*) de la psychologie sociale. Il met l'accent sur le principe de l'autodétermination, il est engagé dans la défense des droits des clients sur les plans vocationnel, du logement et des finances, il s'attaque à la stigmatisation encore tenace, et il vise à prévenir la résurgence de la psychopathologie. Les psychologues détiennent une formation clinique avancée en psychothérapie, ils sont habilités à soutenir les activités de recherche et de formation au sein des équipes SIM. Comme d'autres cliniciens, tels que les conseillers en emploi, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les intervenants en alcoolisme/toxicomanie, les psychologues sont sous-représentés tant aux États-Unis qu'au Canada dans ce champ de pratique et de recherche pourtant stimulant.

De nouveaux paramètres de travail

Le suivi intensif dans le milieu et la clientèle à laquelle il s'adresse modifient de manière importante le cadre de travail des psychologues qui œuvrent le plus souvent en milieux institutionnel ou privé. Ce cadre de travail particulier comporte de multiples différences avec le rôle traditionnel et pose d'ailleurs plusieurs défis aux intervenants appelés à remplir ce rôle³³ (Curtis et Hodge, 1994). Parmi ces différences, notons l'allégeance³⁴ (Diamond et Wickler). Dans le rôle traditionnel, l'allégeance du thérapeute va au client. Au sein d'une équipe SIM, le psychologue doit tenir compte des désirs et des besoins du client certes, mais aussi prendre en compte l'impact du client dans la communauté et les gestes que ce dernier pourrait faire en cas de rechute. Il doit donc ainsi évaluer le risque que représente un client pour la communauté tout en maintenant l'alliance thérapeutique. Une autre différence a trait à la volonté du client à recevoir des soins. Dans la perspective traditionnelle, la thérapie s'effectue entre un client et le professionnel suite à un accord stipulant les différentes modalités de traitement. Or, dans le suivi d'une équipe SIM, il arrive que l'impact de la maladie soit tel qu'il limite la capacité à donner un consentement éclairé. Jumelées à cela, des contraintes légales limitent parfois la possibilité pour le client d'offrir un consentement libre. Les questions éthiques portant sur la coercition présente dans ce type d'intervention sont d'ailleurs largement discutées dans la littérature traitant du suivi intensif en équipe³⁵ (Williamson),³⁶ (Diamond),³⁷ (Geller). Dans ce contexte, la gestion des frontières de la relation thérapeutique pour les intervenants dans la communauté représente aussi un nouveau défi par rapport à ce qui se produit dans le cadre de l'institution ou du bureau privé. Ces frontières du travail dans le milieu sont beaucoup moins bien définies qu'en pratique traditionnelle. Certains auteurs en ont cerné des aspects clés³³ (Curtis),³⁸ (Williams et Schwart),³⁹ (Drake et Marlow). Par exemple, le rôle du psychologue en communauté est multidimensionnel, car ce dernier est appelé à intervenir dans toutes les sphères de la vie des clients. Il pourra alors, à un moment donné, faire de la thérapie conventionnelle, à un autre, accompagner le client chez son médecin, ou encore aider le client à se défendre face à son agent d'aide sociale. Le lendemain, il pourra prendre un café dans un restaurant pour aider un client paranoïde à socialiser ou l'accompagner chez son propriétaire pour parler des troubles que le client cause dans son appartement. Ces différents types d'intervention peuvent rendre confus le rôle du psychologue pour les clients. Il est donc important pour celui-ci de bien définir et de rappeler fréquemment son rôle aux clients ainsi que les limites de son implication dans leur vie.

Les frontières de cette relation thérapeutique particulière diffèrent aussi par le niveau de pouvoir que l'intervenant détient dans certaines situations. Le psychologue en suivi intensif est impliqué dans de multiples aspects de la vie des clients qui vont bien au-delà de la psychothérapie. En raison de déficits fonctionnels qui ont conduit à l'ouverture d'un régime de protection, il arrive souvent que la gestion

financière des clients soit sous la responsabilité de leur intervenant. Lorsque dans l'histoire d'un client des actes criminels non responsables ont conduit à une ordonnance de la CETM, la fidélité au traitement pharmacologique est souvent une condition pour obtenir l'autorisation de retourner vivre en communauté. Advenant l'arrêt de la prise de médication, il sera du mandat du psychologue de faire en sorte que le client soit ramené à l'hôpital s'il ne respecte pas son engagement. Ces situations mettent le psychologue dans une position de pouvoir considérable, qui peut paraître incompatible avec le développement d'une alliance thérapeutique, mais l'expérience nous a montré que l'alliance peut être maintenue malgré ces contraintes.

De plus, en raison de l'existence des dossiers médicaux antérieurs consultés par le psychologue dès le moment de la référence, l'histoire de vie des clients et de leurs difficultés antérieures est connue de manière exhaustive et ne reflète pas seulement ce que le client est prêt à partager, comme c'est le cas dans les sessions de thérapie conventionnelle. Cette connaissance, qui peut s'éloigner de la volonté du client à divulguer cette information, affecte les décisions qui seront prises en ce qui a trait au PII.

Tournée vers l'avenir

Notre équipe a pu développer une excellente cohérence interne, un esprit d'équipe tourné vers le rétablissement et une entraide mutuelle entre les intervenants que nous allons continuer à cultiver, en maintenant un score élevé à l'échelle DACTS. De plus, notre équipe s'est fixé comme objectifs pour les 12 à 18 prochains mois l'augmentation du nombre de personnes aidées de 10 %, la consolidation de nos services en psychiatrie légale, l'ajout à nos effectifs d'un intervenant par aidant, et la mise sur pied, avec des collaborateurs communautaires et l'Institut Douglas, d'un centre de réadaptation pour les clients présentant une comorbidité de troubles graves de santé mentale et troubles liés à l'usage des substances psychoactives.

Gilbert A. Tremblay est psychologue spécialisé en alcoolisme et toxicomanie à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Claude Descombes est psychologue à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et coordonnateur de l'équipe SIM.

Références

Une version de cet article, incluant la liste des références, est accessible à l'adresse URL suivante : <http://www.douglas.qc.ca/clinical-services/adults/specialized/act.asp?f>

**CALENDRIER DES ACTIVITÉS
FORMATION CONTINUE
HIVER et PRINTEMPS 2007**

13-14 octobre 2007 – Montréal
27-28 octobre 2007 – Montréal
Formation de base en hypnose clinique

22-23 septembre 2007 – Montréal
Intégration de l'hypnose clinique en psychothérapie
Atelier de formation intermédiaire

16-17 novembre – Montréal
Congrès de la SQH
L'hypnose entre le merveilleux et la science

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

Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

Activités de formation du Regroupement des psychologues en PAE

Le vendredi 21 septembre 2007, de 8 h 30 à 13 h 30, à Montréal, le RPPAE vous invite à une demi-journée d'activités, à l'occasion de son assemblée générale. Un déjeuner-rentrée sera offert entre 8 h 30 et 9 h. Un atelier de formation et d'expérimentation ayant comme thème « Théorie et pratique de la méditation transcendantale », sera animé par D^r Pierre Cousineau, psychologue. L'assemblée générale puis le lunch-réseautage se tiendront de 10 h 45 à 13 h 30. Ces activités sont gratuites et réservées aux membres du RPPAE. Votre inscription doit être faite avant le 15 septembre.

Le mercredi 17 octobre 2007, à Montréal, de 18 h à 21 h, le RPPAE tiendra un souper échange ayant pour thème « Défi d'appliquer les bonnes pratiques en PAE versus les exigences du marché », animé par Francine Laurin, psychologue. Cette activité est réservée aux membres qui

œuvrent dans des postes de coordination/gestion, en PAE interne ou qui font des mandats organisationnels pour les PAE. Le coût est de 50 \$ et votre inscription doit être faite avant le 10 octobre 2007.

Le vendredi 2 novembre 2007 de 8 h 30 à 16 h, à Montréal, le RPPAE vous invite à une journée de formation ayant pour thème « *La programmation neurolinguistique : boîte d'outils d'intervention brève* » avec Isabelle David, présidente d'IDCOM International inc., coach et formatrice. Votre inscription doit être faite avant le 26 octobre 2007 et le coût est de 100 \$ (125 \$ pour non-membre).

Les inscriptions se font par courriel, au rppae@videotron.ca ou par téléphone au 450 588-2026. Ces activités se tiendront au Centre Antique, 6086, rue Sherbrooke Est (métro Cadillac). Pour plus de renseignements, communiquez avec Hélène Bélanger au 514 747-1098.



Avis de radiation temporaire

Avis est par la présente donné que Monsieur Richard De Gagné, permis numéro 05172-89, exerçant sa profession à Montréal, a été trouvé coupable par le Comité de discipline en ce qu'il :

« n'a pas eu une conduite irréprochable avec sa cliente en acceptant que des gestes à caractère sexuel soient initiés par sa cliente envers lui ;

a maintenu le suivi thérapeutique qu'il avait entrepris auprès de sa cliente, se plaçant ainsi en situation de conflit d'intérêts et de non-respect des principes scientifiques généralement reconnus ;

a fait défaut de consulter un autre psychologue, alors que son état personnel, l'état de sa relation avec sa cliente ainsi que l'intérêt de cette dernière l'exigeaient. »

Le tout en contravention des dispositions alors en vigueur des articles 1, 7, 20, 30, 32 et 58 (11) du Code de déontologie des psychologues et aux articles 59.1 et 59.2 du Code des professions.

Dans sa décision, rendue le 26 juillet 2007 et signifiée le 30 juillet 2007, le Comité de discipline a condamné l'intimé à une radiation temporaire de trois (3) mois, à être purgée de façon concurrente, sur chacun des chefs 1, 2 et 3 de la plainte. L'intimé a été aussi condamné à une amende de 2 000 \$ sur le premier chef, 1 000 \$ sur le deuxième chef et 1 000 \$ sur le troisième chef de la plainte ainsi qu'à tous les déboursés. Le Comité a également ordonné que l'avis de cette décision soit publié dans un journal circulant dans un lieu où l'intimé a son domicile professionnel, et ce, aux frais de l'intimé.

Monsieur **Richard De Gagné** est donc radié du Tableau de l'Ordre pour une période de trois (3) mois à compter du 30 juillet 2007, et ce, jusqu'au 30 octobre 2007.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du Code des professions.

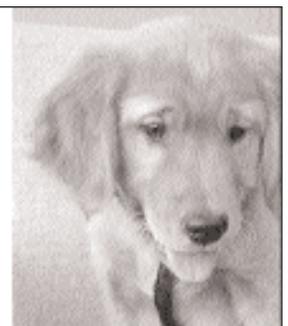
Mont-Royal, ce 30 juillet 2007

M^e Édith Lorquet

Secrétaire du Comité de discipline

Clinique
Amis-Maux
Services thérapeutiques

Formation en thérapie
assistée par l'animal



Qui sommes-nous ?

La Clinique Amis-Maux Inc. est la seule au Québec à offrir les services d'une équipe multidisciplinaire composée de psychologues, neuropsychologues, orthophonistes et ergothérapeutes qui intègrent, selon le souhait du client, un animal dans l'intervention.

La clinique offre une formation unique en thérapie assistée par l'animal donnée par des spécialistes tels que psychologue, zootherapeute, éducateurs canin et félin.

À qui s'adresse cette formation ?

Aux intervenants en santé (psychologues, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, orthophonistes, etc.) qui souhaitent intégrer un animal dans leurs interventions afin de faciliter l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

Quand ?

Samedi et dimanche les 10 et 11 novembre 2007 de 8 h 30 à 16 h 30

Lieu : Clinique Amis-Maux Inc., 11755 boulevard de la Colline, Québec (QC)

Téléphone : (418) 847-2666 – Télécopieur : (418) 847-3435

Site Internet : www.amis-maux.com

Tarifs :

Inscriptions avant le 31 octobre 2007 : 380.00 \$ (437.09\$ avec les taxes)

Inscriptions après le 31 octobre 2007 : 415.00 \$ (477.35\$ avec les taxes)

RENSEIGNEZ-VOUS ÉGALEMENT SUR
NOS OFFRES D'EMPLOIS DE PSYCHOLOGUES
EN ENFANCE AU SEIN DE NOTRE ÉQUIPE !

Colloques, congrès & ateliers

Programme de certification en thérapie relationnelle « Imago ». Formation offerte en anglais. Du 27 au 30 septembre 2007, du 29 novembre au 2 décembre 2007 et du 31 janvier au 3 février 2008. Au Centre Imago – Montréal. Information : Sophie Slade au 514 766-5502./**Certification Training in Imago Relationship Therapy.** In English, September 27-30, November 29-December 2, 2007 and January 31-February 3, 2008. At the Centre Imago – Montréal. Information : Sophie Slade at 514 766-5502.

Journée clinique Elliott-Sokoloff. Thème : « La psychothérapie et la consultation familiale dans la nouvelle ère de la génétique ». Conférencière : Susan H. McDaniel, Ph.D., professeure de psychiatrie et de Médecine familiale, Centre médical de l'université de Rochester, New York. Organisée par la division de psychologie de l'Hôpital Général Juif. Le vendredi 28 septembre 2007. Information : Johanne Archambault au 514 340-8210, poste 4215 ou à jarchamb@icfp.jgh.mcgill.ca./**Elliott Sokoloff Clinical Day.** Title : Psychotherapy and Family Consultation in the New Age of Genetics. Guest speaker : Susan H. McDaniel, Ph.D., Profess of Psychiatry and Family Medicine, University of Rochester Medical Center, Rochester, New York. Organized by The Psychology Division of the Jewish General Hos-

pital. Friday, September 28, 2007. Information : Johanne Archambault at 514 340-8210, ext. 4215, or at jarchamb@icfp.jgh.mcgill.ca.

Programme de formation offert aux psychologues souhaitant perfectionner leurs habiletés cliniques auprès d'une population présentant des troubles graves de santé mentale. Début des ateliers : octobre 2007. Information : Johanne Archambault, à jarchamb@icfp.jgh.mcgill.ca ou au 514 340-8222, poste 5227, ou encore Paule Delisle, Ph.D., à paule.delisle@mcgill.ca ou au 514 340-8222, poste 5195./**Training program for psychologists** looking to refine their clinical skills with a population presenting severe mental health problems. Starting October 2007. For more information : Johanne Archambault, at jarchamb@icfp.jgh.mcgill.ca or at 514 340-8222, ext. 5227, or Paule Delisle, Ph.D., at paule.delisle@mcgill.ca or at 514 340-8222, ext. 5195.

Groupe psychoéducatif pour les proches de personnes présentant un trouble de la personnalité. Organisé par l'Institut Victoria. Chaque rencontre comporte un thème différent, discuté à partir de situations vécues. Prochain groupe débutant le 3 octobre 2007. Information : 514 954-1848 ou à info@institut-victoria.ca.

Conférence de William M. Pinsof, PhD, LMFT, ABPP. Thème : « Integrative Problem – Centered Family Therapy ». Organisée par le Département de Psychiatrie – Programme

de Formation en Thérapie de Couple et de Famille. Le vendredi 5 octobre 2007, de 9 h à 16 h 30. Cet événement sera présenté en anglais. Information : Rosa Cautillo au 514 340-8222, poste 5887.

19^e colloque annuel de l'Association québécoise des psychologues scolaires et 15^e journée pédo-psychiatrique régionale du Saguenay-Lac-St-Jean. Les 18, 19 et 20 octobre 2007 à l'hôtel Le Montagnais, à Saguenay. Information : celine-brault@b2b2c.ca.

20^e colloque de l'Association québécoise de Gestalt. Thème : « Gestalt-thérapie : Curiosité et trajectoires » Les 19 et 20 octobre 2007, au Centre Saint-Pierre, 1212, de la rue Panet, à Montréal. Information : www.aqq.ca ou laissez un message au 514 971-7838.

Thérapie orientée vers les solutions (TOS). Formateur : Yves Gros-Louis, psychologue. Formation de base les 19 et 20 octobre 2007, à Québec, et les 26 et 27 octobre 2007, à Montréal. Formation avancée le 28 septembre 2007, à Québec, et le 5 octobre 2007, à Montréal. Un programme de formation continue de 8 jours sur la TOS à Québec et Montréal est également offert à partir d'octobre 2007. Information : www.psycho-solutions.qc.ca ou au 418 843-2970.

4^e Colloque annuel du Groupe d'étude sur l'intersubjectivité (GEI). Thème : « La compréhension empathique dans une vision de systèmes intersubjectifs : une nouvelle

sensibilité clinique? » Le samedi 20 octobre 2007, de 10 h à 17 h, au Centre Saint-Pierre, Salle 100, 1212, rue Panet, à Montréal. Information et inscription : Sonia Boudreault au 514 972-9098 ou à intersubjectivite@hotmail.com.

Colloque 2007 de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations. Thème : « Comment arrimer besoins organisationnels et humains : l'apport de la pratique et de la recherche? » Le 17 novembre 2007, au Centre Saint-Pierre, 1212, rue Panet, à Montréal. Information : www.sqpto.ca.

Approche fondée sur les données probantes/facteurs clés du succès de l'intervention. Formateur : Yves Gros-Louis, psychologue. Le 23 novembre 2007, à Québec, et le 30 novembre 2007, à Montréal. Information : www.psycho-solutions.qc.ca ou au 418 843-2970.

Utilisation stratégique des États du Moi dans le traitement des traumas et des troubles de la personnalité (atelier théorique et pratique). Formateur : Serge Saintonge, Ph.D. Les 24 et 25 novembre 2007, à Montréal. Information et réservation : www.ssaintonge.com ou au 514 971-7794.

Formation individualisée ou en petit groupe (de 2 à 4 personnes) à la thérapie conjugale et sexuelle d'approche interactionnelle. Formateur : Serge Tremblay, Ph.D. Information : 514 331-9004 ou tremblay.sps2@videotron.ca.



La Thérapie Relationnelle « Imago »
Programmes de formation professionnelle en thérapie de couple
basé sur les travaux de Harville Hendrix, Ph. D., auteur de
Getting the Love You Want (Le Défi du Couple)
présenté à Montréal par Sophie Slade, Ph.D., psychologue,
formatrice accréditée dans l'approche « Imago »
en français and in English – à partir de Septembre 2007
www.sophieslade.com
www.imagorelationships.com
514 766-5502
« Je me suis confiée d'une façon complètement différente pour travailler avec les couples. » - KW

Tableau des membres

Nouveaux membres

Audrière, Jean-Baptiste
Bellemare-Papadimitriou, Constantinos
Bourdeau, Lucie
Charest, Julie
Côté, Sylvain Marc
Cusson, Nancy
Daignault, Isabelle
Dimopoulos, Dimitra Jaimie
Dorcas, Allen
Gagnon, Émilie
Gobeil, Marie-France
Huard, Danielle
Laframboise, Marie-Renée
Lafrance, Isabelle
Lamarche, Anie-Claude
Landry-Cuerrier, Jade
Lavoie, Janic
Leclerc, Julie
Lemelin, Jean-Pascal
Lewkowsky, Maxim
Martel, Nathalie
Monroy, William
Moreau, Diane
Nadeau, Marie-Eve
Neveu, François
Paquette, Geneviève
Picard, Louis
Potvin, Olivier
Rahman, Amira
Richer, Sylvie
Rouleau, Sylvain
Russo, Natalie
Simard, Marjorie
Tesolin, Mireille
Vézina, Johanne
Wa Tshisekedi, Kalanga Marie-Rosaire
Wilshire, Élisabeth

Réinscriptions

Hébert, Chantal
Péloquin, Sylvie
Rose, Marie-Georgette
Ugnat, Jasmine

Cessations d'exercice

Balthazard, Huguette
Barbas, José Félix
Bélanger, André
Bélisle, Paul
Benoit, Chantal
Bensimon, Serge
Boucher, Karine
Caron, Monique
Chabot, Marie-Claude
Chamberland, Suzie
Charbonneau, Lucie
Charlebois, Marie
Cimon, Agathe
Couture, Jean
Cyr, Chantal
Da Sylva, Diane
Delatte, Mélanie
Déry, Gérard
Desaulniers, Renele
Doyon, Pierre
Dubé, Louis-Marie
Ducharme, Louise
Ferland, Marcel
Gagnon, Christiane
Gagnon, Jean-Hugues
Gagnon, Catie-Anne
Gervais Turgeon, Dominique
Girard, Nicole
Goudreau, Diane
Grandmaison-Petit, Gemma
Gratton, Geneviève
Grondin, Richard
Guilmette, Andrée
Harper, Dorothy
Henri, Johanne
Kaliski, Claude
Kougioumoutzakakis, Carole
Lacroix, Jocelyne
Ladouceur, Cécile
Lafrenière, Lucie
Lalande, Suzanne
Lalonde, Jean-Luc
Lamontagne, Andrée
Lamoureux-Hébert, Mélanie
Larouche, Vincent

Le Bouthillier, Claude
Létourneau, France-Claude
Lévesque, Solange
Maisonnette, Yolande
Marcellin, Karine
Marcoux, Céline
Martinez, Annick
Michaud, Carole
Morin, Alexandre
Nemeth, Georges A.
Nicole, Pierre
Pelletier, Isabelle
Pérusse, Michèle
Poulin, Patrick
Raymond, Jacques
Renaud, Lise-Anne
Riddell, Sylvia
Risler, Julie-Anne
Santerre, Sonia
Savoie, Gisèle
Shuter, Joan
Silva, Eugenia
St-Jacques, Caroline
St-Onge, Denise
St-Pierre, Manon
Tanguay, Mireille
Tassé, Christine
Thuot, Louise
Tremblay, Marie-Josée
Tremblay, Julie
Trépanier, Geneviève
Veilleux, Marie
Villeneuve, Jean-Claude
Wiederkehr, Sandra
Wilson, Claudine

Permis temporaires échus

Abela, John Robert Zachary
Bennett, Paula
Canizares De Garcia, Maria-Helena
Furuli, John
Paré, Donald D.
Wyglinski, Laura Ann

Retirés par défaut de paiement de pénalité

Bouffard, Gérard
Bujold, Stéphane
Mac Innis, Francine Heather

Retirés par défaut de paiement

Baxt, Susan V.
Bégin, Aline
Béland, Odette
Benibgui, Michaël
Berger, Patricia
Bérubé, Madelyne
Bérubé, Annie
Blais, Réal
Bose, Kheali Nandy
Boucher, Valère
Bourgeois, Yvan
Carignan-Lemieux, Thérèse-Marie
Caron, Laurie
Caron, Nathalie
Chabot, Jonathan
Chamberlain, Marie-Line
Charbonneau, Maude
Collette, Nathalie
Demers, Roselyne
Denis, Catherine
Desbois, Marie
Dion, Carole
Dufour, Shirley
Dupré-Zelig, Elise
Ekstrand, Ken
Fafard, Diane
Fournier, Louise
Garcin, Nathalie

Grace, Monika Maria
Grégoire, Christine
Houle, Sylvie
Lacharité, Mario
Laforte, Lucien
Lamothe-Laforest, Lise
Laroche, Lisette
Lavoie, Gabriel
Lebrun, Jean
Leclerc, Benoit
Lemire, Daniel
Lussier, Valérie
Oliver-Cohen, Jacquelyn
Plante, Anne-Renée
Repede, Alina Elena
Roy, Denis
Roy, Michel
Ruelens, Nicole
Sauvé, Lucie
Schottenfeld, Leon
Stojak, Richard
Talarmin, Jean-Pierre Laurent
Tremblay, Roger
Tremblay, Mariette
Véronneau, Mélissa
Vigneault, Andrée

Décès

Binette, Johan
Poirier, Lucie

Service d'intervention d'urgence pour les psychologues

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

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

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ce service, visitez le site Internet : www.ordrepsy.qc.ca

**Vous désirez parfaire vos connaissances ?
Actualiser votre pratique auprès des victimes d'actes criminels ?
Échanger avec d'autres professionnels ?**

Assistez aux formations offertes par l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes!

- Au programme**
- L'accompagnement des victimes souffrant de stress post-traumatique
Formatrice | PASCAL BRILLON
 - Le rapprochement sexuel thérapeute / patient: comment aider les victimes ?
Formatrice | MARIO VALQUETTE
 - «En-Main»: un outil d'aide à la prise de décision en intervention dans la maltraitance envers les personnes âgées
Formatrice | MARIE BEAULIEU
 - L'intervention auprès de survivants masculins d'agressions sexuelles dans l'enfance
Formateur | GAÉTAN ST-ARNAUD

**PROGRAMME
de formation
2007-2008**

Consultez le
www.aqpv.ca
ou composez le
514.526.9037



— 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.

Bureau disponible à partager à Pointe-Claire près de l'autobus et de l'autoroute 20. Heures flexibles. S.V.P., communiquez avec Barbara Mitchell au 514 624-7332.

Sherbrooke et De Lorimier, bureaux meublés et bien fenestrés situés dans un immeuble à bureaux comprenant un restaurant, un service de photocopie et une pharmacie. Les lieux, dont la salle d'attente, sont insonorisés et climatisés. Diverses modalités de location. Pour information : 514 523-8771.

Bureau à partager - Ahuntsic. Centre Professionnel Berri-Gouin. Disponible jeudi et vendredi de 1/2 à 2 jours/semaine. Pour rencontres individuelles/familiales (319 pieds carrés). Tarifs très abordables. Décor chaleureux. Près métro Henri-Bourassa et pont Viau. M^{me} Marchand : 514 381-2338.

Bureaux à louer - Ahuntsic. Temps plein ou partiel, bien aménagés, meublés ou non, insonorisés, climatisés, près du métro, service téléphonique, stationnement privé. Tarifs avantageux. M. Baillargeon : 514 387-5005.

Bureau à louer, rue Cherrier. Calme et accueillant. Meublé, tout inclus. Près du métro Sherbrooke. Modalités de location. Libre maintenant. Informations : 514 598-5423 ou 514 523-9483.

Promenades Fleury, beau bureau à louer, rénové, insonorisé, thermopompe, cuisinette. Nous sommes des psychologues seniors d'orientation psychodynamique. M^{me} Lavallée : 514 382-9825.

Québec, Charlesbourg - Bureau à partager, disponible à l'heure ou par blocs d'heures. Près autoroute de la Capitale. Calme et accueillant. 418 683-0660.

Laval - Bureau à sous-louer. Édifice médical face au Carrefour Laval. Stationnement gratuit, meublé, climatisé. Disponible 2 jours/semaine ou par blocs. Denise : 450 663-1740.

Nouveau Rosemont - Cogicor. Bureaux à louer, meublés, décorés avec goût, climatisés, salle d'attente, cuisine, tous les services inclus. Souplesse dans les modalités de location. Pour information : Denis Houde au 514 255-6541.

COURS DE DÉONTOLOGIE



CALENDRIER 2007

Des cours de « DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME » seront offerts en 2007-2008. Le cours s'adresse aux candidats à l'admission ainsi qu'aux psychologues qui pratiquent depuis quelque temps et qui souhaitent effectuer une mise à jour de leurs connaissances sur le plan déontologique.

Ces cours totaliseront 45 heures de travail et requièrent la présence des participants à deux journées complètes de formation. Fin le biais de présentations, de rouvance individuelle et en équipe, les participants sont appe-

lés à réfléchir sur plusieurs situations susceptibles de se présenter dans le cours d'une pratique professionnelle de la psychologie impliquant une prise de décision éthique. Les thèmes suivants sont notamment abordés : confidentialité, conflit d'intérêts, divulgation, tribunaux. Les situations étudiées tiennent compte des particularités de divers champs de pratique. Les participants peuvent ainsi discuter des principes déontologiques et des lois qui régissent leur conduite professionnelle et se sensibiliser au processus de prise de décision éthique.

Les prochains cours « DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME » auront lieu aux dates suivantes :

MONTRÉAL

Choix de sessions :

- 9 novembre et 7 décembre 2007

Les cours auront lieu de 9 h à 16 h 30 dans les locaux de l'Ordre, situés au 1100, avenue Beaumont, bureau 510, à Ville Mont-Royal
Formatrice : Élyse Michon, M.Fs.

QUÉBEC

- 17 septembre et 15 octobre 2007

Les cours auront lieu de 9 h à 16 h 30 à l'Hôtel Best Western Centre-ville, 300, rue de la Couronne, à Québec
Formateur : Michel Hivon

Inscrivez-vous par Internet : www.ordrepsy.qc.ca/membres

Cours Déontologie et professionnalisme • Sessions 2007-2008

Nom _____ Prénom _____
 Adresse à domicile _____
 Tél. domicile () _____ Tél. travail () _____
 N° de permis _____ Indiquez votre choix de date _____
 Paiement par carte de crédit (NUMÉRO DE LA CARTE) _____ Expiration _____

Les paiements par chèque au montant de 284,88 \$ (taxes incluses) doivent être libellés à l'Ordre des psychologues du Québec et envoyés au 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal, Québec, H3P 3H5, ou par télécopie (paiement par carte de crédit seulement) au (514) 738-8838.

Bureau à louer – Très joli bureau chauffé et climatisé rue Laurier Ouest, Outremont. Meublé. Espace à partager avec psychologue. Édifice professionnel coin Hutchison. Mur de brique, cachet, petite salle d'attente et salle de bain. Location à un prix imbattable. Possibilités à mi-temps ou à la journée. Elaine Kennedy : e.kennedy@videotron.ca ou 514 274-1839.

Rue Saint-Charles Vieux-Longueuil. Bureaux chaleureux meublés à sous-louer, tarifs très abordables incluant cuisinette, salle d'attente et salle conférence. Location par blocs de 4 heures ou à la journée, plusieurs disponibilités. Possibilité de références par une équipe de six psychologues expérimentés. Idéal pour nouveaux psychologues ou qui désirent sortir de l'isolement. 450 651-5496.

Westmount – Bureau à partager (jour ou soir). Accueillant, spacieux, meublé pour travail avec enfants, adultes et familles. Possibilité de références. Pour informations : T. Simard, 514 939-0366.

Saint-Jean-sur-Richelieu – Bureaux à louer ou partager avec psychologues, dans polyclinique. Possibilité de références. Libre immédiatement. 450 349-6191.

Local neuf 10' x 14' à partager avec autre professionnel (5 jours disponibles). Situé à Laval au cœur du vieux Sainte-Rose dans centre de beauté/santé. 514 895-1585.

Laval, deux grands bureaux éclairés à louer ou à partager, salle d'attente commune. 400 \$ ou 200 \$/mois. Jean Chapdelaine : 514 917-7017.

À Sillery (Québec), rue Maguire – Espace de bureau avec salle d'attente à partager avec collègue psychanalyste ou psychologue. Tél. : 418 682-0280.

Avenue du Parc et Bernard, beau grand bureau à louer, éclairé, cuisinette, bien insonorisé, bien décoré, milieu sympathique, diverses modalités. 514 274-0012.

Bureau à sous-louer. Pour 250 \$ par mois. Proche du Parc Lafontaine. Sherbrooke et De Lorimier. Tél. : 514 285-6485



Je veux

M'investir

L'Université de Sherbrooke propose un milieu de travail exceptionnel pour combler vos désirs de dépassement.

PROFESSEURE OU PROFESSEUR EN PSYCHOLOGIE
Faculté des lettres et sciences humaines
Offre n° 07-6-06-13

Défis et responsabilités
Être professeure ou professeur au Département de psychologie de la Faculté des lettres et sciences humaines. Enseignement aux trois cycles d'études universitaires, supervision de stages et d'internats en contexte de psychothérapie, principalement auprès d'une clientèle adulte. Recherche et supervision de thèses reliées à la psychologie clinique. Encadrement d'étudiantes et d'étudiants, participation à la vie universitaire et service à la collectivité.

Exigences
Doctorat en psychologie (Ph.D.), expérience pertinente et significative en psychothérapie, formation théorique et pratique à l'approche cognitive-comportementale, avoir un modèle d'intervention professionnelle basé sur l'approche cognitive-comportementale, travaux de recherche et publications associés à ces domaines d'expertise et d'intervention. Être admissible à l'Ordre des psychologues du Québec. Expérience en enseignement ou formation professionnelle.

Les curriculum vitae doivent être reçus avant 17 h, le vendredi 28 septembre 2007.

Visitez notre site pour connaître la description complète de ce poste et les modalités pour poser votre candidature.
www.USherbrooke.ca/srh

L'Université de Sherbrooke souscrit à un programme d'accès à l'égalité en emploi et un programme d'équité en emploi pour les femmes, les membres des minorités visibles et ethniques, les Autochtones et les personnes handicapées.



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

La Plaine (près Mascouche) – 2 bureaux à sous-louer, 2^e étage, édifice commercial, bien situé. Meublé, chaleureux, salle d'attente privée. Plusieurs services inclus. Possibilité de références. 514 576-5975.

Québec, sur Grande-Allée – bureau à louer. Édifice Le Claridge. Entièrement rénové, insonorisé, meublé, accueillant, salle d'attente. Location par heure/demi-journée/journée. Conditions souples et avantageuses. 418 682-2109.

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

Bureaux à partager – Québec. Près de l'Université Laval. Insonorisé, climatisé, meublé, salle d'attente, stationnement. Location par heure ou

demi-journée. Près des transports en commun. Libre immédiatement. Tél. : 418 653-2920.

Vieux-Terrebonne, bureaux à louer. 15 \$/heure ou par blocs de temps. Services inclus, bureaux meublés. Possibilités de références. Informations : René M. Forget, 450 964-1794.

RECHERCHE

Cherche un local à louer ou à partager dans Chambly ou les environs. Michel au 450 447-0685 (répondeur).

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS

Psychologues francophones/anglophones recherchés pour un PAE, Relais Expert Conseil Inc. Travaillant avec clientèle individuelle, couple et famille. Clientèle fournie. Information : 514 956-8288.

Le Programme d'aide Montérégie recherche **des psychologues à temps complet ou partiel** dans différentes régions de la Montérégie pour travailler dans nos bureaux ou pour références à votre bureau privé. Clientèle : les employés d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Profil recherché : minimum de cinq ans d'expérience clinique (clientèle adulte); utilisation d'une approche adaptée à l'intervention à court terme (6-10 rencontres). Pour information, communiquez avec Marie Gendreau au 450 443-6373 ou 1 800 363-9434, poste 340.
Courriel : marie.gendreau@rsss16.gouv.qc.ca.

Poste temporaire à temps partiel pour psychologue bilingue à la Clinique de retard staturo-pondéral et des troubles de l'alimentation de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. Exigences : diplôme universitaire de 3^e cycle en psychologie clinique ou en psychologie développementale appliquée; être membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec; expérience clinique incluant la maîtrise des outils d'évaluation et d'interventions (approche comportementale) auprès des enfants de moins de 6 ans; intérêt pour les aspects médicaux, physiologiques et psychosociaux des troubles de l'alimentation. Veuillez contacter D^r Maria Ramsay par téléphone au 514 412-4400, poste 22787 ou par courriel à maria.ramsay@muhc.mcgill.ca.

**CMR CENTRE MONTÉRÉGIE
DE RÉADAPTATION**

Près de vous... et adapté à vos besoins

Le Centre montérégien de réadaptation (CMR) offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale ainsi que des programmes de traumatologie et d'aides techniques à toute personne sur le territoire de la Montérégie ayant une déficience motrice, auditive ou du langage ou des incapacités physiques découlant d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement. Ses dix points de service sont situés à **Châteauguay, Granby, Longueuil, Saint-Hubert, Saint-Hyacinthe (2), Saint-Jean-sur-Richelieu, Sorel-Tracy, Valleyfield et Vaudreuil-Dorion.**

Dans le cadre du développement de nos services en déficience physique, nous sommes présentement à la recherche de plusieurs :

Psychologues

Rejoignez-vous à notre équipe de 480 employés, dont 33 psychologues, œuvrant dans un environnement dynamique, créatif et innovateur où les opportunités de développement et le travail interdisciplinaire sont omniprésents!

Pour de plus amples renseignements au sujet du CMR, visitez le www.cmrmonteregie.ca ou composez le 450 676-7447. N'hésitez pas à communiquer avec nous! Il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

Intéressé? Faites parvenir votre curriculum vitae au
Centre montérégien de réadaptation, 5300, chemin de Chambly,
Saint-Hubert (Québec) J3Y 3N7. Télécopieur : 450 676-0047.
Courriel : angele.massicotte@rsss16.gouv.qc.ca

Deux psychologues recherchés.

Un(e) psychologue pour clientèle d'adultes pour troubles divers (avec thérapie de couples serait un atout), et un(e) psychologue pour suivis thérapeutiques auprès d'une clientèle d'enfants et d'adolescents pour troubles divers. La passation de tests d'évaluation serait un atout. Clinique privée à Lachenaie, facile d'accès, flexibilité d'horaire, clientèle fournie. Envoyez votre curriculum vitae par fax au 450 657-9248 ou par courriel à psychologie@centrelachenaie.ca.

Les Psychologues du Suroît, une équipe de 10 psychologues située au 43, Jacques-Cartier, à Salaberry-de-Valleyfield, sont à la recherche de psychologues (travailleurs autonomes) pour enfants (troubles d'apprentissage et autres) et pour de l'expertise psycholégale. Pour information, communiquez avec June Dubé au 450 373-0848.

À VENDRE

Magnifique condo à vendre (secteur NDG), rénové, 2 c.c. + bureau insonorisé avec porte d'entrée indépendante, salle d'attente, toilette. Idéal pour psychologue. Information : 514 220-6348.

SERVICES OFFERTS

Vous souhaitez être supervisé par une psychologue formée en thérapies brèves et en intervention de crise? Vous recherchez une personne qui peut vous aider à développer vos compétences? Brigitte Lavoie a une expérience en éducation, dans les PAE et comme directrice de Suicide Action Montréal. Appelez au 514 241-0510.

Centre de santé et de services sociaux
de Rouyn-Noranda



Vous en avez assez des grandes villes et vous cherchez un endroit où la proximité de la nature constitue un atout remarquable pour les adeptes de plein air? La région de Rouyn-Noranda en Abitibi-Témiscamingue vous l'offre, et encore plus!

PSYCHOLOGUES

Un poste permanent à temps complet
Deux postes temporaires à temps complet – 18 mois

Le défi

- Concevoir et mettre en œuvre des activités d'évaluation, d'orientation et de traitement psychologiques auprès des clientèles enfants, adolescents et adultes dans le programme santé mentale.

Votre apport

- Diplôme universitaire de deuxième cycle en psychologie
- Membre de l'Ordre des psychologues du Québec
- Capacité de fonctionner au sein d'équipes multidisciplinaires
- Connaissance et intérêt pour l'approche communautaire
- De préférence, expérience de 2 ans reliée à la fonction

Les conditions de travail

- Selon les règles présentement en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux
- Possibilité de prolongation pour les deux remplacements
- Possibilité de l'horaire 4/32 pour les trois (3) postes

Veillez faire parvenir votre curriculum vitae
au plus tard le 21 septembre 2007 à :

Madame Carole Ledoux

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
4, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2
carole_ledoux@ssss.gouv.qc.ca



Choisir entre le bonheur et la télévision

La rentrée confronte souvent à l'obligation de faire des choix douloureux. En fin de journée, doit-on plonger à nouveau dans les activités reliées à la famille, l'emploi et aux études ou bien se laisser tenter par la nouvelle saison du téléroman *Virginie*? Il semblerait que beaucoup de gens regardent la télé plus que ce qu'ils considèrent bon pour eux. Regarder la télévision peut devenir une forme de dépendance puisque cela apporte des plaisirs à court terme sans effort réel. Les individus qui ont des problèmes à se contrôler s'y adonneraient davantage. Des chercheurs suisses ont étudié le fait de regarder la télé à l'aide des données tirées de la European Social Survey (ESS). Selon l'enquête ESS, réalisée auprès d'environ 42 000 personnes dans 22 pays d'Europe, les individus qui regardent la télé plus de 2,5 heures par jour sont moins satisfaits dans la vie. Les effets les plus négatifs se retrouvent chez les travailleurs autonomes (ex. : artiste, architecte, avocat, artisan, etc.) et les personnes en autorité (ex. : politicien, gestionnaire, chef d'entreprise, etc.) pour qui perdre du temps signifie passer à côté d'occasions (ex. : financières). Une longue exposition à la télé serait associée à une tendance à surestimer le taux de criminalité, à sous-estimer son propre revenu et à croire qu'il est très important d'être riche. Ainsi, rehaussez votre bonheur et faites vos choix! Sinon rien ne va plus!

Frey, B. S., Benesch, C. et A. Stutzer (2007). « Does watching TV make us happy? » *Journal of Economic Psychology*, 28, 283-313.

Des gens doués pour le bonheur ?

Plusieurs sont ceux qui remarquent, dans leur entourage, des gens davantage enclins au bonheur. Certains croient qu'il existe plusieurs façons d'être heureux et qu'il suffit de choisir la sienne. Portée par le courant de la psychologie positive, une étude, menée auprès de 12 439 participants américains et 446 participants suisses, a voulu approfondir la question. Les chercheurs ont évalué la force de caractère (l'espoir, la gratitude, l'amour, la curiosité, l'enthousiasme), l'orientation vers le bonheur (l'engagement, le plaisir et la quête de sens) et la satisfaction envers la vie au moyen d'un questionnaire mis en ligne sur Internet. De façon

Attention ! À risque au volant...

La *Pittsburgh ADHD Longitudinal Study* (PALS) a permis de suivre des sujets avec un TDAH (trouble de déficit d'attention avec hyperactivité) depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Certains participants de cette étude, ceux ayant conduit dans les six derniers mois, ont été questionnés à propos de leurs comportements au volant. Cet échantillon comprend 203 individus diagnostiqués TDAH entre 1987-1996 (alors âgés entre 5 et 16 ans) et 152 individus sans TDAH (contrôle) recrutés entre 1999 et 2001. Les résultats révèlent que comparativement au groupe contrôle, les individus avec un TDAH dans l'enfance ont eu un plus grand nombre d'accidents et de contraventions. Davantage de symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité au moment de l'évaluation des comportements de conduite étaient aussi associés à plus de contraventions et d'accidents. Des problèmes de comportement combinés au TDAH étaient également reliés à une conduite plus risquée (imprudence, vitesse excessive, alcool au volant, etc.). Des comportements à risque au volant devraient être considérés comme des conséquences néfastes du TDAH. Il serait ainsi très pertinent de prodiguer de l'aide aux adolescents et aux jeunes adultes ayant eu un TDAH durant leur enfance pour diminuer les risques au volant.

Thompson, A. L., Molina, B. S. G., Pelham W. Jr, et E. M. Gnagy (2007). « Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD ». *Journal of Pediatric Psychology* 32(7), 745-759.

C'est l'intention qui compte !

Une expérience américaine a vérifié ce qui motivait le plus les gens à redonner et à ressentir de la gratitude. Ainsi, Tsang (2007) a mis au point une situation en laboratoire au cours de laquelle les participants devaient atteindre un but et pouvaient ou non être aidés de la chance ou d'autrui pour ce faire. Elle a donc divisé les 149 participants de son étude en deux conditions (ceux qui reçoivent de l'aide par chance et ceux qui reçoivent de l'aide par autrui, telle une faveur). De plus, les participants obtenaient une aide de valeur variable. Les résultats de la recherche montrent que, lorsque les participants bénéficient d'une aide, de quelque nature que ce soit, ils adoptent davantage de comportements prosociaux par la suite (c'est-à-dire redonner à autrui ce qu'ils ont reçu). En outre, cet effet est corrélé avec la valeur de l'aide reçue. Toutefois, la motivation à redonner par gratitude est plus importante dans la condition où les participants reçoivent une faveur d'autrui plutôt que de l'aide par chance. Cela suppose alors que le bénéficiaire juge de l'intention bienveillante, gratuite et bénévole de l'aide reçue, ce qui accentue son sentiment de gratitude. Voici donc qu'une recherche en laboratoire aura prouvé que le bon vieux dicton s'avère : « c'est l'intention qui compte ! »

Tsang, J.-O. (2007). « Gratitude for small and large favors : A behavioral test ». *The Journal of Positive Psychology*, 2 (3), 157-167.

intéressante, des différences culturelles sont apparues parmi les facteurs associés au bonheur. En effet, parmi les participants américains, une part importante était accordée au sentiment de gratitude, tandis que pour les Suisses, la persévérance prédisait avec force leur degré de satisfaction envers la vie. Par ailleurs, au sein des deux groupes, c'est l'orientation vers le bonheur qui prédisait le plus fortement le sentiment de satisfaction envers la vie. Selon ces auteurs, il y aurait donc trois routes vers une vie satisfaisante : l'hédonisme (la beauté, l'humour, etc.), la quête de sens (par exemple par la religion) ou l'engagement (asso-

cié à la persévérance, la curiosité et la créativité). En outre, un lien direct est apparu entre le sentiment de satisfaction envers la vie et l'amour ou la gratitude. Alors, à vous de choisir votre propre recette du bonheur !

Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N. et M. E. P. Seligman (2007). « Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction ». *The Journal of Positive Psychology*, 2 (3), 149-156

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

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



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

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

Institut Victoria

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

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

VISITEZ NOTRE SITE WEB !

▶ **PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS** **LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION**

Sanctuaire de la formation, 1200, rue Beaudry, 2008, Montréal, Québec H3H 1S4

- Compréhension psychologique du trouble de la personnalité.
- Pièges relationnels et utilisation thérapeutique du contre-transfert.
- Techniques d'intervention et objectifs réalistes.
- Présentation de cas et de vignettes des participants.

Montréal 375,00 \$ (taxes incluses)

Groupe A, les 7, 14 et 28 novembre 2007; Groupe B, les 8, 15 et 29 février 2008;
Groupe C, les 1^{er} et 18 avril et 2 mai 2008; Groupe D, les 7, 14 et 28 mai 2008.

Régions 445,00 \$ (taxes incluses)

Sherbrooke les 25 et 26 octobre, et 9 novembre 2007; **Québec** les 27 et 28 mars, et 3 avril 2008.

Rimouski les 24, 25 et 26 avril 2008. **Chicoutimi** les 22, 23 et 24 mai 2008

▶ **PROGRAMME DE FORMATION DE 3 ANS** **À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

Montréal (groupes 2005/2008 et 2006/2009 en cours (complets)). Prochain groupe débutant en
septembre 2007.

▶ **FORMATION ET SUPERVISION SUR MESURE** **POUR LES INSTITUTIONS ET LES REGROUPEMENTS D'INDIVIDUS**

▶ **ATELIERS D'UNE JOURNÉE**

CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Montréal le 16 novembre 2007; **Québec** le 4 avril 2008.

150,00 \$ (taxes incluses)

ATELIERS THÉMATIQUES D'APPROFONDISSEMENT

Montréal - Perfectionnement de la formation continue

- Structure narcissique, le 12 mars 2008.
- Structure borderline, le 16 avril 2008.
- Structure schizoïde, le 6 juin 2008.

Montréal 150,00 \$ (taxes incluses)

Toutes nos formations sont agréées par Emploi-Québec

CIG



Le CIG est un institut de formation clinique, spécialisé dans le traitement des troubles de la personnalité. Depuis sa fondation en 1981, la formation et le perfectionnement professionnels sont au cœur des activités du CIG. Le système thérapeutique mis au point au CIG résulte d'une intégration de la perspective expérientielle propre à la Gestalt-thérapie et des perspectives développementales issues des théories de la relation d'objet, éclairées par les neurosciences contemporaines.

La psychothérapie des troubles de la personnalité

Un défi majeur pour la pratique contemporaine

La compréhension des Troubles de la personnalité est au cœur de la pratique du psychothérapeute généraliste. Le traitement de ces pathologies complexes nécessite l'établissement d'un lien fort, contenant, générateur de sens, et réparateur.

Le modèle pratiqué et enseigné au CIG est une « Evidence Based Practice » (APA, 2005), appuyée sur le développement continu des connaissances issues de l'expérience clinique, de la recherche clinique et de la neurodynamique contemporaine.

Le programme de formation clinique

La modèle du CIG

Son premier champ d'application est celui des troubles de la personnalité. Il est indiqué dans le traitement des pathologies présentant une comorbidité inter-axe.



Il est d'essence expérientielle, relationnelle et intégrative. Sa maîtrise nécessite le

déploiement de 3 axes de compétence. La compétence réflexive permet d'accéder à ses ressources théoriques et cliniques en cours de séance. La compétence affective est une capacité à éprouver un registre étendu d'affects modérés, en phase avec la situation clinique. Enfin, la compétence interactive permet de choisir divers modes de présence adaptés au contexte.

La sélection des candidats

Les programmes de formation clinique du CIG sont strictement réservés aux professionnels de la santé mentale. Chaque année, nous acceptons 16 de ces professionnels.

Des cliniciens formés à l'approche oeuvrent aujourd'hui en différents milieux, au Québec et en Europe.

50 % d'entre eux exercent en milieu hospitalier et au sein de divers éta-

blissements de santé. L'autre 50 % exerce en bureau privé.

Au Québec, 67 % de nos participants sont psychologues, 13 % sont psychiatres, 11 % sont travailleurs sociaux, et 9 % sont conseillers d'orientation ou infirmières psychiatriques.



La structure du programme

Afin de faciliter la participation de professionnels de l'étranger et des régions du Québec, le programme est structuré en 4 sessions de 4 jours

(jeudi, vendredi, samedi et dimanche) par année durant 3 ans, pour une durée totale de 360 heures. Les 4 sessions annuelles sont comprises entre septembre à juin. Entre les sessions comme telles, les participants suivent un programme de lectures et procèdent à des analyses de leur pratique ainsi qu'à la mise en application progressive de leurs acquis.



La méthode didactique

Elle vise le développement progressif des compétences réflexive, affective et interactive à travers des lectures guidées, des présentations théoriques, des activités expérientielles et des séances de pratique supervisées en direct.

Cette approche théorique, pratique et expérientielle du développement de la compétence thérapeutique, que nous avons perfectionnée depuis 1981, se trouve aujourd'hui soutenue par les connaissances issues de la convergence entre les neurosciences cognitives et affectives et les recherches sur le processus thérapeutique.



Nota bene : toutes les formations longues du CIG, y inclus les séminaires d'un an sur la relation d'objet, sont complets pour l'année académique 2007-2008. Nous accueillons maintenant les demandes d'admission pour 2008-2009.

Directeur de la formation clinique, Gilles Delisle, Ph.D.

Responsable de la sélection et de l'intégration clinique, Line Girard, M.Ps.

Superviseurs-didacticiens, Nadine Delbeka, M.Ps., Marc-Simon Drouin, Ph.D, Louise Lacasse, M.Ps., André Lapointe, Ph.D., Alain Mercier, M.Ps.

Secrétariat du CIG, 5285 boul. Décarie, bureau 300, H3W 3C2, 514-481-4134

Visitez notre site web : www.cigestalt.com