

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 31
numéro 02
mars 14

QUÉBEC

Les mille visages de la dépendance

Les psychologues interviennent à L'Isle-Verte

Avis d'élection à l'intérieur



FORMATION CLINIQUE

35^e PROMOTION, SEPTEMBRE 2014

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

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

DOCUMENTATION COMPLÈTE ET DOSSIER DE CANDIDATURE :

www.cigestalt.com | administration@cigestalt.com

514 481-4134

« Agrément de l'OPO RP00122-12; RP00123-12. 339 heures »

CIG
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE



Programmes de
formation clinique



Ateliers de
perfectionnement



Groupe
NeuROgestalt



Les Éditions du CIG

SÉMINAIRE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Optimiser ses facteurs d'efficacité

avec Gilles Delisle, Ph.D.



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

UN TOUT NOUVEAU SÉMINAIRE EXAMINANT :

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

QUÉBEC
LES 1^{er} ET 2 MAI 2014

MONTRÉAL
LES 8 ET 9 MAI 2014

325 \$ (plus taxes)
Les places sont limitées.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS
514 481-4134
administration@cigestalt.com

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

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

CIG 
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE

30 La dépendance aux mille visages?

32

Cyberdépendance sexuelle

D^r Mathieu Goyette et D^{re} Louise Nadeau, psychologues

Certains clients rapportent l'apparition ou l'exacerbation de difficultés à réguler leurs activités sexuelles en ligne, étant ainsi à la croisée des chemins entre le champ des dépendances et celui de la sexualité.

36

Les traitements autoadministrés chez les joueurs

D^{re} Isabelle Giroux, psychologue et Catherine Boudreault, étudiante au doctorat en psychologie

Moins de 30 % des joueurs pathologiques ont recours à une aide professionnelle. Puisque 31 % des joueurs abandonnent la thérapie en cours de route, il apparaît nécessaire d'améliorer les traitements psychologiques qui leurs sont offerts.

41

La dépendance aux médias sociaux et à la technologie mobile

D^{re} Marie-Anne Sergerie, psychologue

Bien qu'elle ne soit pas répertoriée dans le DSM-5, la cyberdépendance se traduit aussi par des symptômes de manque qui se manifestent par de l'anxiété, de l'irritabilité, de la colère ou de l'ennui lorsque l'accès aux médias sociaux est impossible.

44

Le trouble hypersexuel

D^r Mathieu Couture, psychologue et Isabelle Proulx, sexologue et psychothérapeute

Le groupe de travail sur les troubles sexuels et de l'identité de genre constitué pour la révision du DSM-5 a proposé d'inclure le trouble hypersexuel en tant que trouble distinct. Plusieurs ressemblances sont observées entre le jeu pathologique et le trouble hypersexuel.

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

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

Psychologie

QUÉBEC

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

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

sommaire

11 Les psychologues viennent en aide à la population de L'Isle-Verte

Une entrevue avec le psychologue Yves Michaud, coordonnateur psychosocial au poste de commande Santé du Centre de services aux sinistrés de L'Isle-Verte.



26 **Portrait** Danielle « Putushkueu » Descent, psychologue

Dans les communautés autochtones, les psychologues sont sollicités pour être non seulement des thérapeutes, mais des agents de changement social.

- 07_ **Éditorial**
Identité professionnelle et information du public
- 09_ **Secrétariat général**
La conservation des dossiers du psychologue qui cesse d'exercer
- 13_ **Pratique professionnelle**
La collaboration orthophoniste et psychologue/neuropsychologue : un gage de réussite
- 17_ **Forte augmentation de la fréquentation au service de référence**
- 18_ **Proposez une candidature aux prix de l'Ordre**
- 19_ **Déontologie**
Faire preuve de diligence
- 22_ **Avis d'élection**
- 24_ **Le forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020**
- 48_ **Le catalogue de formation continue**
- 50_ **Tableau des membres**
- 53_ **Vient de paraître**
- 54_ **Petites annonces**
- 58_ **La recherche le dit**
Le retour au travail

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

D^r Nicolas Chevrier, psychologue

D^{re} Magali Dufour, psychologue

D^{re} Nathalie Girouard, psychologue

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos ::

Couverture :: Onur Döngel / Getty Images

Pages :: 5 et 27 : Tobie Fraser, 18 et 48 : Alexa Tymocko,

56 : Marie-Josée Hains

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

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

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

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Mai 2014 : 21 mars 2014

Juillet 2014 : 26 mai 2014

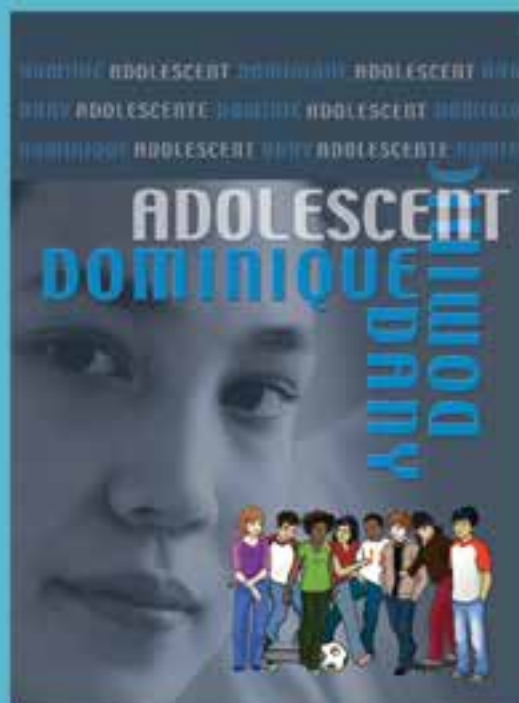
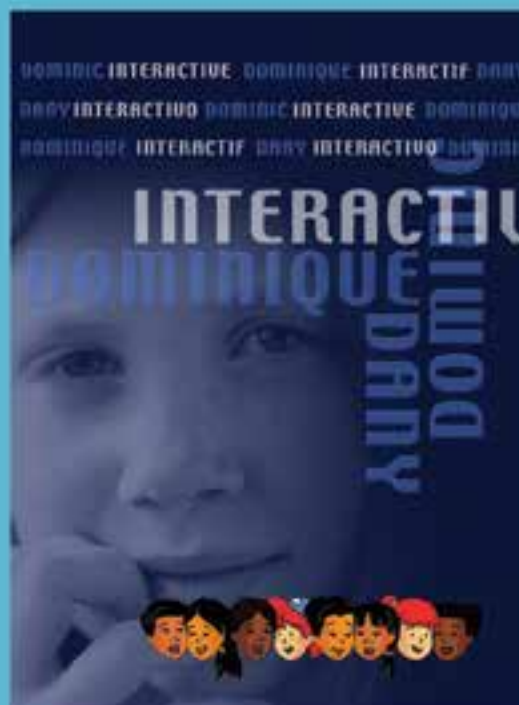
Conception graphique et production ::

MichauDesign



Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer les enfants et les adolescents



Un test:

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

Le test comprend:

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

Nous recyclons!

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

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

WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM



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

Éditorial

Identité professionnelle et information du public

Depuis l'entrée en vigueur de la loi 21, l'Ordre des psychologues est reconnu comme le guichet unique en psychothérapie. En effet, à l'exception des médecins, tous ceux qui pratiquent la psychothérapie au Québec sont soit psychologues, soit détenteurs d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre. Le service de référence est un endroit sûr où chercher un professionnel autorisé à pratiquer la psychothérapie en bureau privé. En plus de ce service, l'Ordre met à la disposition du public l'annuaire des professionnels afin qu'il puisse vérifier rapidement si une personne est reconnue pour exercer la psychothérapie. Mais comment faire en sorte que l'identité professionnelle des psychologues demeure bien définie tout en dirigeant le public vers l'Ordre des psychologues pour savoir qui est autorisé à pratiquer la psychothérapie, qu'il soit psychologue ou détenteur d'un permis de psychothérapeute? Voilà un défi que nous tenons à bien relever.

Dans les différentes étapes qui ont mené à l'adoption de la loi 21 et à l'encadrement de la psychothérapie par l'Ordre des psychologues, différents scénarios ont été envisagés. Ils allaient de l'attribution du titre de psychothérapeute par six ordres différents et selon des critères qui pouvaient varier d'un ordre à l'autre à la réserve de l'activité et à la délivrance du permis de psychothérapeute selon les mêmes critères pour tous. La possibilité pour le public d'avoir accès à une information claire a été l'élément essentiel qui a convaincu le gouvernement de confier à un seul ordre la responsabilité de délivrer le permis. La psychothérapie étant au cœur de notre profession et l'Ordre des psychologues ayant une vaste expérience de l'encadrement de la psychothérapie, il allait de soi que ce rôle lui revenait.

Je crois fermement que la meilleure façon de protéger le public est de bien l'informer et de lui permettre de faire un choix éclairé. Un sondage effectué quelques années avant l'entrée en vigueur de la loi 21 montrait une grande confusion chez le public entre le titre de psychothérapeute et celui de psychologue, que la majorité considérait comme équivalents. C'est pourquoi nous avons insisté auprès du gouvernement pour que la loi prévoie que personne ne puisse plus porter seulement le titre de psychothérapeute.

Tous doivent dorénavant l'accompagner de leur titre professionnel (travailleur social, psychothérapeute) ou, pour ceux admis par clause de droits acquis sur la base d'une formation en psychothérapie qui ne donnait pas accès à un ordre, du diplôme universitaire (maîtrise en philosophie, psychothérapeute). À compter de juin prochain, seuls les membres des ordres professionnels reconnus pourront obtenir le permis.

Le service de référence de l'Ordre a été créé en 1993. Il est largement connu du public, qui y fait appel, soit par téléphone, soit par Internet, à une fréquence qui ne cesse d'augmenter (25 % de plus dans les 30 derniers mois). Les psychologues s'y inscrivent sur une base volontaire et à leurs frais. Ils sont actuellement 2310. Quand s'est posée la question de savoir si les détenteurs de permis de psychothérapeute pourraient aussi s'y inscrire, la réflexion a été menée en tenant compte de plusieurs angles, dont principalement l'identité professionnelle et l'information du public. Il a été résolu d'y donner accès aux détenteurs de permis de psychothérapeute, en inscrivant clairement les titres de chacun comme il se doit. Ils sont actuellement 214. Il semble toutefois que cette façon de faire ne soit pas suffisante pour éviter tout risque de confusion. Il a donc été convenu de faire en sorte que le public qui effectue une recherche en ligne auprès du service de référence doive choisir une option supplémentaire : obtenir des noms de psychologues seulement ou obtenir des noms de tous les professionnels qui pratiquent la psychothérapie. Avec ce nouveau critère de recherche s'affichera une page Web expliquant la différence entre les psychologues et les détenteurs de permis de psychothérapeute. Ainsi, l'Ordre des psychologues continue d'être le guichet unique pour le public qui veut consulter en psychothérapie en diminuant les risques de confusion qui pourraient ébranler l'identité professionnelle des psychologues.

L'implantation de la loi 21 pose de nombreux défis. Je vous invite à continuer de nous faire part des situations qui vous apparaissent problématiques. Vous nourrissez ainsi le processus d'amélioration continue que nous faisons nôtre dans tous les secteurs de l'Ordre.

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

Des rabais exclusifs : c'est réglé.



10 %

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

Jusqu'à

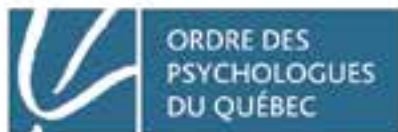
360 \$

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

Obtenez une soumission

1 866 551-2641

lacapitale.com/opq



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC


La Capitale
Assurances générales

Secrétariat général

La conservation des dossiers du psychologue qui cesse d'exercer



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

sbeaulieu@ordrepsy.qc.ca

Avec le phénomène démographique de vieillissement « accéléré » de la population, un nombre élevé de psychologues prendront leur retraite au cours des prochaines années. Ce phénomène pose le problème du transfert et de la conservation des dossiers des psychologues qui cessent d'exercer. La retraite n'est évidemment pas le seul moment dans la carrière du psychologue où celui-ci doit avoir recours à un tiers pour assurer la garde de ses dossiers. Le psychologue qui interrompt temporairement ses activités professionnelles, pour un motif de santé par exemple, peut avoir à confier ses dossiers à un collègue de façon temporaire.

Le Règlement sur les dossiers d'un psychologue cessant d'exercer sa profession prévoit des dispositions pour la garde définitive ou provisoire des dossiers selon que le psychologue cesse d'exercer ses activités professionnelles de façon permanente ou temporaire. Cette réglementation a deux visées, soit celles d'assurer la conservation sécuritaire et confidentielle des dossiers et de permettre un accès au dossier à la clientèle. Le cessionnaire ou le gardien provisoire doit obligatoirement être un psychologue dûment inscrit au tableau des membres de l'Ordre. Celui-ci a les mêmes devoirs et obligations déontologiques envers le dossier dont il a la garde qu'envers ses propres dossiers.

Le psychologue qui cesse d'exercer et celui qui accepte de conserver les dossiers doivent confirmer le transfert des dossiers au moyen d'une « convention concernant la cession ou la garde provisoire des dossiers d'un psychologue cessant d'exercer » qui doit être transmise par écrit au secrétaire de l'Ordre. Celle-ci peut être préparée en tout temps au cours de la carrière du psychologue. L'Ordre encourage fortement les membres à effectuer cette démarche à l'avance, de façon préventive. Nous y reviendrons plus loin.

_LE CESSIONNAIRE

Le règlement prévoit que le psychologue qui cesse d'exercer définitivement sa profession doit désigner un cessionnaire pour assurer la conservation de ses dossiers. Au plus tard 15 jours

avant la date de cessation définitive d'exercice, le psychologue doit informer le secrétaire de l'Ordre par écrit de la date à laquelle il interrompra ses activités et lui communiquer le nom et les coordonnées professionnelles du psychologue qui a été désigné comme cessionnaire de ses dossiers.

Une fois que le cessionnaire se trouve en possession des dossiers de son collègue, il doit informer les clients par écrit, dans un délai de 30 jours, qu'il détient leur dossier. Il doit aussi les informer de leur droit de consulter un autre psychologue et leur permettre l'accès à leur dossier. De plus, il doit faire publier, dans un journal quotidien qui dessert la région où le psychologue exerçait sa profession, une annonce indiquant son adresse, son numéro de téléphone et ses heures de bureau et précisant au public qu'il est en possession des dossiers de ce psychologue. Cette annonce doit être publiée deux fois, à 10 jours d'intervalle. Le cessionnaire doit faire parvenir copie de cette annonce au secrétaire de l'Ordre. Il doit conserver les dossiers dont il est cessionnaire pendant cinq ans.

_LE GARDIEN PROVISOIRE

La même procédure s'applique lorsque le psychologue cesse d'exercer pour une période temporaire. On pense ici à un congé de maladie prolongé, à un déménagement à l'étranger, à un congé sabbatique, etc. pendant lequel le psychologue n'est plus inscrit au tableau de l'Ordre. Le psychologue qui conserve les dossiers est alors désigné « gardien provisoire ». Au plus tard 15 jours avant le début de la période de cessation temporaire d'exercice, le psychologue doit informer le secrétaire de l'Ordre par écrit de la date à laquelle il interrompra ses activités et lui communiquer le nom et les coordonnées professionnelles du psychologue qui a été désigné comme gardien provisoire de ses dossiers. Il doit aussi préciser la durée de son interruption d'exercice ainsi que la date anticipée du retour à la pratique. Au besoin, le gardien provisoire doit tenir à jour ces dossiers et doit prendre toutes les mesures conservatoires nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des clients de ce psychologue. Au terme de la période d'interruption de pratique du psychologue, le gardien provisoire a l'obligation de lui remettre ses dossiers.

Il est important de noter que le psychologue qui n'offre pas de services professionnels tout en demeurant inscrit au tableau de l'Ordre, par exemple dans le cas d'un congé parental, n'a pas à confier ses dossiers à un gardien provisoire. Il peut demeurer en possession de ses dossiers dans la mesure où il conserve des coordonnées professionnelles permettant aux clients de le contacter s'ils veulent avoir accès à leur dossier.

_DÉCÈS ET ABSENCE DE CESSIONNAIRE OU DE GARDIEN PROVISOIRE

Lorsqu'un psychologue décède, le secrétaire doit, dès qu'il en est avisé, veiller à ce que les ayants cause du psychologue décédé trouvent un cessionnaire dans le plus bref délai possible. Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une cessation définitive ou temporaire ou d'un décès, en l'absence d'un cessionnaire ou d'un gardien provisoire, c'est le secrétaire de l'Ordre qui est désigné responsable de la garde temporaire ou définitive des dossiers.

_LES PSYCHOTHÉRAPEUTES NON ADMISSIBLES À UN ORDRE PROFESSIONNEL

Le Règlement sur le permis de psychothérapeute prévoit que le Règlement sur les dossiers d'un psychologue cessant d'exercer sa profession s'applique aux détenteurs de permis de psychothérapeute qui ne remplissent pas les conditions de délivrance d'un permis d'un ordre professionnel dont les membres peuvent exercer la psychothérapie. Ceci signifie que le détenteur de permis de psychothérapeute peut désigner un autre détenteur de permis de psychothérapeute comme cessionnaire ou gardien provisoire. Un psychologue peut agir comme cessionnaire ou gardien provisoire des dossiers d'un psychothérapeute, mais pas l'inverse.

_DÉSIGNATION PRÉVENTIVE D'UN CESSIONNAIRE

L'Ordre favorise grandement que chaque psychologue, quelle que soit l'étape de sa carrière, désigne à l'avance un autre psychologue qui pourra agir comme cessionnaire ou gardien provisoire en cas de besoin. Cette mesure se veut préventive au cas où une situation soudaine ou imprévue précipiterait l'interruption temporaire ou permanente des activités du professionnel. Pour ce faire, le psychologue doit identifier un collègue avec qui il convient d'une entente qui est consignée dans une « convention concernant la cession ou la garde provisoire des dossiers d'un psychologue cessant d'exercer » qui doit être transmise par écrit au secrétaire de l'Ordre.

Une telle entente entre deux psychologues, effectuée à l'avance, facilite grandement le processus lorsque le temps est venu d'actualiser la procédure de transfert des dossiers. Les psychologues qui seront intéressés par une telle procédure pourront adresser leur correspondance à l'attention du secrétaire général de l'Ordre à secretariatgeneral@ordrepsy.qc.ca. Un « modèle » de convention est disponible sur demande au secrétariat général.

_LES PSYCHOLOGUES EN SOCIÉTÉ OU EMPLOYÉS PAR UNE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE

Dans le cas d'un psychologue membre ou employé par une société de psychologues ou par une personne physique ou morale, le Règlement sur les dossiers d'un psychologue cessant d'exercer sa profession ne s'applique pas aux dossiers de cette société ou de cet employeur que le psychologue utilise dans l'exercice de sa profession. Le règlement s'applique toutefois lorsque tous les membres d'une société de psychologues cessent d'exercer.

Vous pouvez consulter le règlement intitulé Règlement sur les dossiers d'un psychologue cessant d'exercer sa profession à l'adresse suivante :

www.ordrepsy.qc.ca/reglementcessionexercice

ÉTUDE EN COURS : Validation de l'outil intitulé « **Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter** » (ORTESES)
Chercheur principal : Pr. Marc Corbière



Les personnes recherchées pour participer à l'étude sont :

- En arrêt de travail dû à un problème de santé mentale (dépression, épuisement professionnel, etc.)
- Et envisagent un retour au travail chez le même employeur.

Si votre clientèle correspond à ces critères, veuillez contacter M. Jean-Philippe Lachance, coordonnateur de recherche, au :

- ☎ 1-888-463-1835, poste 61728
- ✉ Jean-Philippe.Lachance@USherbrooke.ca

Lorsque validé, cet outil sera disponible gratuitement pour les cliniciens qui désirent l'utiliser dans leur pratique.

CPRIIT **UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE** **Université de Montréal** **UNIVERSITÉ LAVAL** Étude financée par l' **IRST** Institut de recherche Robert-Duval en santé et en éducation de l'Université de Sherbrooke

Les psychologues viennent en aide à la population de L'Isle-Verte

Psychologie Québec a interviewé le 30 janvier dernier M. Yves Michaud, coordonnateur psychosocial au poste de commande Santé du Centre de services aux sinistrés de L'Isle-Verte, au cœur des actions d'urgence et de première ligne. Les services à la communauté et les interventions des psychologues décrits dans cet article ont probablement évolué depuis l'édition du magazine.

Après 34 ans de service au CSSS Rivière-du-Loup, le psychologue Yves Michaud avait pris sa retraite depuis deux semaines, lorsque dans la nuit du 23 janvier l'incendie de L'Isle-Verte a secoué une communauté et a ébranlé toute une région. Lorsque le téléphone de M. Michaud a sonné pour lui demander d'assumer la coordination psychosociale des services aux sinistrés de L'Isle-Verte, il n'a pas hésité à accepter : « Profondément touché par l'ampleur du sinistre dans ma région, j'ai dit oui pour ma collectivité, suivant mon expertise, mon sens professionnel, mon expérience... mais aussi parce qu'il s'agit de mes collègues! »

C'est toute la région du Bas-Saint-Laurent qui est mobilisée depuis que l'incendie est survenu. Une quinzaine de psychologues, en collaboration avec des travailleurs sociaux, interviennent auprès de la population de L'Isle-Verte chaque jour. Provenant de tous les CSSS de la région, ils ont parcouru de longues distances pour être affectés à L'Isle-Verte. « Ce sont tous les psychologues de la région qui mettent un effort supplémentaire pour venir en aide à la population de L'Isle-Verte. Ceux qui gardent le phare et qui restent aux points de service réguliers, pris avec une liste d'attente et des collègues en moins, eux aussi contribuent! » reconnaît le coordonnateur, qui souligne l'engagement entier et la grande générosité des professionnels.

_DES SERVICES ORGANISÉS

Des services ont été mis sur pied pour accompagner les personnes touchées, de près ou de loin, par le drame humain de l'incendie.

Repérage – Des équipes formées d'un psychologue ou un travailleur social, un policier et un pompier, ont rencontré 500 familles en faisant du porte-à-porte. Des dépliants leur étaient remis et les services psychosociaux leur étaient offerts. Les équipes ont ainsi pu prendre en note les besoins et repérer les personnes en détresse.

Interventions directes – Des psychologues sont disponibles par téléphone, certains se déplacent à domicile et d'autres offrent de la consultation à l'école primaire de L'Isle-Verte. Plusieurs accompagnent le bureau du coroner pour annoncer aux familles que leur proche a été identifié. Les CSSS de toute la région offrent des services en priorité aux familles d'un proche qui est disparu ou décédé.

Interventions en milieu de travail – Des psychologues sont présents dans les milieux de travail, pour expliquer les réactions possibles et les services mis en place pour aider la communauté.

Interventions auprès des premiers intervenants – Les pompiers, les ambulanciers, les répartiteurs du 911, les employés de la résidence qui étaient sur place, etc. : les premiers intervenants étaient nombreux et il faut dire que l'incendie a constitué une véritable scène d'horreur. « Les premiers intervenants, on en fait une priorité. D'autant plus que nous avons été encouragés par la visite du ministre de la Santé, le D^r Réjean Hébert, qui a exprimé à quel point tous les services psychosociaux doivent être mobilisés immédiatement pour venir en aide à ces victimes d'un stress exceptionnel », affirme M. Michaud

Interventions auprès du personnel de la résidence et des fournisseurs – Les préposés aux soins, la coiffeuse, le cuisinier, tous les employés et les fournisseurs qui connaissaient la clientèle de la résidence ont été affectés par la tragédie. Les psychologues interviennent aussi auprès d'eux.

Séances d'information psychosociale (SIP) – Ces séances d'information visent à décrire les faits de l'événement, à exposer les réactions psychologiques possibles et à déceler les personnes vulnérables. « On tente de recadrer et de normaliser pour sécuriser les gens », affirme M. Michaud. Chaque séance a été tenue pour des clientèles particulières : les proches de parents décédés, les proches de personnes disparues, les témoins de l'événement ou les évacués, le personnel de la résidence et le grand public.

Trois des psychologues du CSSS de Rivière-du-Loup présents à L'Isle-Verte : Yves Michaud, Renald Laliberté et Martine Cormier.



« L'HORREUR DE L'ÉVÉNEMENT SUSCITE LA DÉTRESSE DES GENS »

La première ministre du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux, les dirigeants de l'Agence de la santé et des services sociaux et ceux des CSSS; tous sont conscients des besoins psychosociaux de la population, de ce qu'ils impliquent et de l'apport des services de première ligne sur le plan de la prévention. M. Michaud a reçu des commandes claires : ne pas lésiner sur les besoins en matériel et en hébergement pour les équipes sur le terrain. « Les conditions de travail doivent être satisfaisantes », soutient-il.

La détresse psychologique reliée à l'incendie touche toutes les tranches d'âge, des enfants jusqu'aux personnes âgées. « L'horreur de l'événement suscite une grande détresse et nécessite une mobilisation des capacités d'adaptation pour parvenir à métaboliser un tel stress », explique Yves Michaud. Les psychologues doivent conjuguer avec une nouvelle réalité pour la communauté et la sécurité civile : l'omniprésence des médias. Les journalistes

ne se gênent pas pour frapper aux portes et harceler les individus les plus exposés. Les réactions à leur égard sont devenues de plus en plus épidermiques. « Plusieurs personnes se sentent brusquées. Nous tentons de leur donner des stratégies pour s'adapter à l'intrusion médiatique, voire à refuser les entrevues ou ne pas répondre à toutes les questions des journalistes », confie M. Michaud.

En tout, L'Isle-Verte compterait sur 300 employés de la santé et de la sécurité civile sur place et on a déjà compté 27 intervenants psychosociaux (psychologues et travailleurs sociaux) travaillant simultanément. « Pour une petite communauté de 1500 habitants, c'est beaucoup de monde! Mais c'est merveilleux de voir le niveau de collaboration des intervenants », témoigne M. Michaud.

Et le départ à la retraite avait-il déjà été souligné? « Ça devait être hier, mais ça a été reporté... », conclut le coordonnateur... fièrement psychologue.

Cours de déontologie et professionnalisme



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

M^{me} Élyse Michon, formatrice



M^{me} Élyse Michon, psychologue, a été inspectrice de l'Ordre pendant trois ans avant de collaborer à la conception du cours de déontologie qu'elle donne maintenant

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

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

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

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

Inscription en ligne : www.ordrepsy.qc.ca/coursdeontologie

**PROCHAINES FORMATIONS : À MONTRÉAL
■ 9 mai et 6 juin 2014**

Pratique professionnelle

La collaboration orthophoniste et psychologue/neuropsychologue : un gage de réussite



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et
du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

Cet article est le fruit d'une collaboration entre l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). Il a nécessité au préalable la consultation de psychologues, de neuropsychologues et d'orthophonistes qui œuvrent auprès d'enfants qui présentent des difficultés de communication. Cette collaboration s'appuie sur l'importance qu'accordent les deux ordres professionnels de mettre les clients au centre de toutes les interventions professionnelles. Les auteurs sont : Pierre Desjardins, psychologue et directeur de la qualité et du développement de la pratique de l'OPQ, Josée Larocque, orthophoniste et directrice des services professionnels de l'OOAQ, et Francine Bédard, orthophoniste et conseillère aux affaires professionnelles en orthophonie de l'OOAQ.

_LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La loi 21 a réservé à différents professionnels des activités en fonction de leurs compétences. Cette réserve ne devrait pas avoir pour effet de créer des royaumes dont les sujets seraient captifs ni de soutenir une pratique professionnelle qui se ferait en silo. En effet, cette loi vise l'actualisation de la mission de protection du public des ordres professionnels. Elle « éclaire sur la particularité de chacune des professions, favorise une utilisation optimale des compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire afin d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et d'offrir des services de qualité à la population¹ ».

La collaboration interdisciplinaire et multidisciplinaire est donc requise tant en santé mentale et en relations humaines qu'en santé physique et, si elle est plus facilement envisageable en réseau public, elle peut représenter un certain défi lorsque les professionnels consultés œuvrent en réseau privé.

_LES TROUBLES DE LA COMMUNICATION CHEZ LES ENFANTS

Il arrive fréquemment que des parents s'inquiètent du développement de leur enfant et ne s'expliquent pas pourquoi il lui est si difficile de communiquer avec les autres. Parmi les ressources à leur disposition, il se peut qu'on leur ait recommandé de consulter un psychologue ou un neuropsychologue, ou encore un orthophoniste ou qu'ils aient pris l'initiative de consulter l'un ou l'autre de ces professionnels.

Il est probable que les parents ne soient pas au fait de tout ce que peut impliquer cette première démarche auprès du psychologue, du neuropsychologue ou de l'orthophoniste alors qu'ils doivent y consentir de façon libre et éclairée. Il importe notamment qu'ils ne soient ni surpris, ni déçus, ni frustrés à l'issue de cette première consultation. En effet, dans les suites à donner, il est possible que le professionnel consulté propose un traitement qu'il serait à même d'offrir. Mais il est aussi possible qu'il soit nécessaire d'orienter l'enfant et ses parents vers un autre professionnel. Ce serait le cas par exemple du psychologue ou du neuropsychologue qui conclut à la présence d'un trouble du langage et qui recommande que l'enfant consulte un orthophoniste. Ce serait le cas également de l'orthophoniste qui réalise qu'il est nécessaire de procéder à une évaluation différentielle, compte tenu que les possibilités que les difficultés de communication découlent de la présence par exemple d'un trouble d'ordre affectif ou neuro-développemental ou encore qu'elles soient compliquées par la concomitance de deux ou plusieurs troubles mentaux ou neuropsychologiques. En pareil cas, les parents et l'enfant devraient à nouveau s'engager dans un processus d'évaluation et ils pourraient avoir la fausse impression de devoir impliquer leur enfant dans une nouvelle démarche inutile et coûteuse.

Le consentement libre et éclairé

Le consentement libre et éclairé est de première importance. Il repose essentiellement sur l'information, la compréhension et le plein gré. Par conséquent, il faut non seulement informer les parents (et l'enfant²), mais s'assurer également qu'ils comprennent bien, en utilisant par exemple un niveau de langue qui leur est accessible. Le Code de déontologie des psychologues et celui de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes ont chacun des dispositions relatives au consentement libre et éclairé, dispositions qui, bien qu'elles puissent différer sur le plan de la forme, renvoient essentiellement aux mêmes obligations. Chaque professionnel doit donc s'y référer lorsqu'il s'agit d'aider les clients à s'engager volontairement auprès d'eux³.

Le consentement à l'évaluation et à l'intervention

Ainsi, les clients devraient savoir qu'il y a plusieurs issues possibles à cette évaluation. Au mieux, tout irait bien et il n'y aurait pas de suites à donner. Autrement, il leur serait proposé des recommandations et un plan d'intervention qui pourraient impliquer une orientation vers un autre professionnel. Dans ce dernier cas, ils doivent aussi savoir que cette autre consultation professionnelle engendrera, en réseau privé, le paiement d'honoraires pour couvrir l'évaluation particulière alors requise et les traitements qui seront ensuite offerts.



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

Documentation disponible
en ligne ou sur demande

Institut Victoria

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

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

VISITEZ NOTRE SITE WEB !
www.institut-victoria.ca

► NOUVELLE FORMATION

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

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

► FORMATIONS 2014-2015

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

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
Groupe A les 27 et 28 novembre 2014

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

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

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

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
les 1er et 2 mai 2014

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

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

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

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

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

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

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
les 10 et 11 avril 2014

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

Dans la perspective d'orienter le client vers un autre professionnel, il faut envisager de circonscrire l'évaluation et, si cela n'est pas nécessaire à la compréhension des problèmes, ne pas la faire porter sur des difficultés que devra de toute façon évaluer de son côté l'autre professionnel sollicité⁴. L'orientation vers cet autre professionnel sera ainsi requise :

- d'une part, lorsque le psychologue ou le neuropsychologue concluent à la présence d'un trouble de la communication nécessitant l'expertise d'un orthophoniste;
- d'autre part, lorsque l'orthophoniste écarte l'hypothèse que seules les difficultés de communication soient à la source des problèmes éprouvés ou que se profile un tableau complexe nécessitant l'expertise d'un psychologue ou d'un neuropsychologue.

Le consentement à la transmission d'informations confidentielles

Il est également de grande importance de demander aux parents le consentement à la transmission d'informations confidentielles, le but étant que le professionnel qui recevra l'enfant dans un deuxième temps dispose de toutes les informations pertinentes et ne reprenne pas en tout ou en partie l'évaluation qui aurait déjà été faite. Ouvrons à cet égard une parenthèse sur la question des données brutes, non interprétées que permettent notamment de recueillir les outils psychométriques (scores et autres

données quantitatives), mais qui ne peuvent être transmises qu'à des membres d'un même ordre professionnel⁵. Cette contrainte déontologique risque quand même peu d'avoir un impact sur la suite des choses, dans la mesure où les scores seuls ne suffisent pas pour bâtir un plan d'intervention spécifique en orthophonie comme en psychologie ou en neuropsychologie et à la condition bien sûr que la communication interprofessionnelle soit soignée et transparente.

Il faut s'assurer que l'échange d'informations auquel le client consent soit utile au professionnel qui prend le relais. Le professionnel ayant fait passer les tests psychométriques a donc la responsabilité d'interpréter les données et de les transmettre de façon efficace. Pour ce faire, il faut que l'un soit bien au fait des besoins de l'autre et que les communications autant verbales qu'écrites soient adaptées à ces besoins et compréhensibles pour celui à qui elles sont destinées⁶. Il n'y a pas de véritable travail interdisciplinaire ou multidisciplinaire sans communication. Plus l'information qui circule est claire et pertinente, moins il y aura de risques que le second professionnel dédouble le travail d'évaluation.

En ce qui a trait à l'engagement de ce second professionnel, l'on s'attend donc qu'il prenne appui sur les informations qui auront été mises à sa disposition et qu'il explique à son tour aux parents et à l'enfant les tenants et aboutissants de son travail dans le but d'obtenir également un consentement libre et éclairé à la fois sur

Formation continue Gestion de la douleur chronique

RA00330-13 / 7 crédits reconnus par l'OPQ

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

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



Formations 2014

28 mars : Sherbrooke
11 avril : Laval
9 mai : Gatineau
30 mai Chicoutimi
26 septembre : Montréal
24 octobre : Québec
7 novembre : Trois-Rivières
5 décembre : Boucherville

Objectifs de la formation

- Décrire le portrait global de la douleur chronique, ses impacts physiques, fonctionnels et psychologiques.
- Évaluer de façon rigoureuse pour établir un plan de traitement précis et adapté.
- Outiller le client afin qu'il reprenne le contrôle de sa vie.



Information et inscription : www.mariejoseerivard.com
514-918-2451 / marie-josée.rivard@videotron.ca

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

l'intervention proposée, soit celle qui découle de son évaluation (et de celle de son collègue professionnel), et sur la divulgation d'informations confidentielles. Les échanges ainsi autorisés, notamment avec le premier professionnel impliqué, ne pourront que favoriser une meilleure compréhension des difficultés ou troubles que vit l'enfant et conséquemment soutenir de meilleures interventions.

_CONCLUSION

Il n'y a pas de services qui soient centrés sur les clients sans accorder sa pleine importance au consentement libre et éclairé. Ce consentement n'est jamais obtenu une fois pour toutes et il est nécessaire de le revalider au fil des interventions, surtout s'il y a des changements d'orientation ou si l'on passe à une autre étape. Il faut rappeler que le client peut le retirer en tout temps, dès le début même. La tarification doit permettre cette éventualité, au sens où les clients ne doivent pas se sentir captifs de forfaits d'évaluation auxquels ils auraient de prime abord consenti sans pouvoir en saisir toute la portée. C'est par le consentement libre et éclairé que sont donnés aux clients tous les pouvoirs qui leur reviennent et que l'on s'assure qu'ils sont véritablement partie prenante de services qu'on leur offre, services pouvant par ailleurs être exigeants sur plusieurs plans, dont le plan financier. En matière de consentement, le prêt-à-porter n'est pas recommandable. Ainsi, il revient à chaque professionnel d'adapter son propos à la démarche de consultation de chaque client de même qu'à la réalité propre de ce dernier et, le cas échéant, d'élaborer un formulaire de consentement sur mesure, impliquant les honoraires à payer.

_Notes

- 1 Extrait du Guide explicatif du projet de loi n° 21, p. 11 [www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/2013_12_Guide_explicatif_Projet_de_loi_21.pdf] (consulté le 24 janvier 2014).
- 2 L'importance d'informer l'enfant et d'obtenir son consentement renvoie ici à des considérations d'ordre clinique plutôt que légal puisque, s'il a moins de 14 ans, ce sont ses parents ou les titulaires légaux qui doivent consentir.
- 3 Pour ce qui est du Code de déontologie des psychologues, les articles 11, 12 et 13 de la section I circonscrivent essentiellement les obligations en matière de consentement. L'extrait qui suit de l'article 11 donne des balises quant à ce qui doit être abordé avec le client :
 1. le but, la nature, la pertinence et les principales modalités de la prestation des services professionnels, ses avantages et inconvénients ainsi que son alternative, les limites et les responsabilités mutuelles des parties incluant, s'il y a lieu, l'entente sur le montant des honoraires et les modalités de paiement;
 2. le choix de refuser les services professionnels offerts ou de cesser, à tout moment, de recevoir les services professionnels;
 3. les règles sur la confidentialité ainsi que ses limites de même que les modalités liées à la transmission de renseignements confidentiels reliés à l'intervention.

Pour ce qui est du Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, les articles 16, 17, 23, 51 et 52 concernent le consentement éclairé du client.
- 4 Voir à cet égard les articles 40 et 45 du Code de déontologie des psychologues et les articles 15 et 20 du Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.
- 5 Une disposition similaire sur les données brutes se trouve dans les codes de déontologie de chacun des deux ordres professionnels ici concernés. Il s'agit de l'article 49 du Code de déontologie des psychologues et de l'article 73 du Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.
- 6 Il n'y a pas que le destinataire de la communication qui doit être pris en compte dans la formulation des rapports ou autres documents, puisque les clients ont le droit d'accéder à leur dossier et à tous les écrits les concernant. Il importe donc que le niveau de langue du professionnel soit tel que les clients concernés puissent bien comprendre également.

**Psychothérapie
Corporelle
Intégrée**

www.institutpci.com

Montréal
(514) 383-8615

Extrier de Montréal
1-877-383-8615

2500 Henri-Bouasse St.
Bureau 101 Montréal (Qc)
H2B 1V3

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

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

- Exploration des patterns de respiration
- La conscience corporelle
- Les indices corporels de la présence à soi
- Les indices corporels des enjeux de frontières en lien
- La respiration pour réguler l'expérience émotionnelle

Soirée d'information / Conférence

Montréal
11 avril 2014, 19h30

Le corps, baromètre incontournable dans le processus de la gestion de son bien-être et de la régulation affective.

Formation de 90 heures

Montréal
automne 2014

Développée depuis 1985

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Genêt, recherche, psychologie du Soi, relations objectives) et de plusieurs techniques permettent d'intégrer l'expérience corporelle au cœur du processus de développement et d'intégration du Soi.

Le travail avec la respiration, le mouvement, les frontières et la présence, dans le cadre de la relation thérapeutique stimulent et supportent une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant. Ces expériences d'intégration corps-esprit-cœur favorisent une réorganisation du cerveau au sens où le décrivent les neurosciences actuelles.

Programme offert au Québec et en Belgique.

André Duchesne, psychologue, directeur de l'IPQ

Forte augmentation de la fréquentation au service de référence

Depuis son implantation il y a plus de 20 ans, le service de référence de l'Ordre des psychologues poursuit le même objectif : offrir à la population du Québec un lieu sûr où obtenir des noms de professionnels qui répondent à leurs besoins en matière de santé psychologique, et ce, en toute confidentialité. Loin de constituer une liste banale ou un produit publicitaire pour mousser la profession, le service de référence a été un moyen de chercher un psychologue pour un demi-million de personnes au cours des cinq dernières années : 70 000 personnes par téléphone et 430 000 visiteurs sur le service de référence en ligne. Il s'agit d'un service pertinent pour la protection du public et plusieurs ordres professionnels se sont dotés d'un tel service.

_LES RÉFÉRENCES

Nous recevons régulièrement des questions de la part des psychologues qui se demandent comment le système fonctionne depuis l'entrée des détenteurs de permis de psychothérapeute au service de référence. D'abord, il faut dire que ceux-ci ont été intégrés au service de référence dès l'émission des permis en 2012 afin d'offrir au public un guichet unique. Le système téléphonique prévoit que si plusieurs professionnels répondent aux mêmes critères de recherche, ils sont référés aléatoirement selon le nombre de références reçues. Puisque 2308 psychologues et 197 détenteurs de permis de psychothérapeute sont inscrits au service de référence, les psychologues sont nettement plus recommandés que les détenteurs de permis de psychothérapeute. Il est toujours possible pour le client de préciser à la téléphoniste de n'obtenir que des noms de psychologues. Sur le service de référence en ligne, il est également possible de ne prendre que des noms de psychologues, puisque le titre professionnel est bien en évidence. N'oublions pas que les détenteurs de permis de psychothérapeute sont obligés d'utiliser le double titre : par exemple, infirmière psychothérapeute ou travailleur social psychothérapeute. Cette mesure prévient toute confusion avec le titre de psychologue.

_NE LAISSEZ PAS N'IMPORTE QUI ENTRER DANS VOTRE TÊTE

La grande campagne de communication de l'automne dernier a attiré beaucoup de gens sur le site de l'Ordre et au service de référence téléphonique. Cette publicité a eu un effet monstre sur le public! Elle a marqué l'imaginaire, les gens se souviennent qu'il faut faire attention avant de consulter. Bien que le service téléphonique reçoive en moyenne 62 appels par jour, on note une importante augmentation de la fréquentation de la recherche en ligne. Cette hausse est attribuable à la campagne, mais aussi à un changement de comportement de recherche qui semble s'opérer depuis les dernières années.

NOMBRE DE VISITEURS UNIQUES AU SERVICE DE RÉFÉRENCE EN LIGNE

	2012	2013	2014	Augmentation par rapport à l'année précédente
Septembre	8 052	9 763	N/A	21 %
Octobre	9 862	15 863		61 %
Novembre	9 693	13 706		41 %
Décembre	6 626	8 733		32 %
Janvier	8 496	10 792	13 293	23 %

_UN SERVICE AUTOFINANCÉ

Les dépenses du service de référence sont assurées par les abonnements au coût de 90 \$ par année. Parmi les dépenses, on pense au salaire de la téléphoniste, au maintien de la ligne 1 800, à la publicité faite dans divers médias pour faire connaître le service, aux améliorations et à l'entretien fait sur le site Web. Les inscriptions au service de référence se font au moment du renouvellement de la cotisation. Les psychologues sont aussi invités à se procurer une page personnelle leur permettant de détailler leurs services. Les inscriptions sont aussi possibles en cours d'année, mais les abonnements vont du 1^{er} avril au 31 mars et les tarifs sont les mêmes, quelle que soit la période d'inscription.

_PLUS DE 1000 PSYCHOLOGUES PARTICIPENT AU SONDAGE SUR LE CONGRÈS 2014

Le comité organisateur du congrès lançait, en janvier dernier, un sondage pour connaître les intérêts des membres sur le plan de la formation. C'est à partir de ce sondage que le comité élabore la programmation et procède aux invitations des formateurs. Le congrès se tiendra du 16 au 18 octobre prochain au Palais des congrès de Montréal. Pas moins de 1300 psychologues sont attendus.

Un grand merci aux 1009 membres qui ont répondu au sondage! Le programme du congrès sera inséré dans l'édition de juillet de *Psychologie Québec*.

Proposez une candidature aux prix de l'Ordre

Réfléchissez-y quelques minutes. Un psychologue, un jour, vous a sûrement inspiré de l'admiration. Il peut parfois sembler compliqué de soumettre une candidature aux prix de l'Ordre. Détrompez-vous! Le formulaire ne contient qu'une seule requête : « Présentez succinctement les principaux aspects de la carrière du psychologue qui motivent votre proposition. Décrivez l'impact de cette personne sur la profession et/ou sur sa sphère d'activité. » Le plus compliqué est de recueillir les noms des deux autres personnes qui appuieront la candidature.

La cérémonie de remise des prix de l'Ordre est toujours un moment rempli d'émotions. Rendre hommage à l'excellence de la profession est l'occasion de découvrir le vécu et la vision des récipiendaires sur la psychologie. Une soirée où les frissons nous envahissent et nous rendent fiers d'être psychologues.

_PRIX NOËL-MAILLOUX

Le Prix Noël-Mailloux, ainsi nommé en l'honneur du père Noël Mailloux, premier récipiendaire et fondateur du Département de psychologie de l'Université de Montréal, est décerné à un membre de l'Ordre qui s'est distingué par sa contribution au développement de la psychologie. Ce prix souligne l'ensemble d'une carrière marquée par l'excellence. En 2012, le Dr Luc Granger et le Dr Conrad Lecomte ont reçu ce prix.

_PRIX PROFESSIONNEL

Le Prix professionnel est remis à un membre de l'Ordre des psychologues du Québec pour une ou des réalisations professionnelles remarquables. Aucun Prix professionnel n'a été remis en 2012.

_PRIX DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Le Prix de la santé et du bien-être psychologique est décerné à une personne, à un organisme ou à une entreprise pour reconnaître son engagement et sa contribution significative à l'amélioration de la santé et du bien-être psychologique des Québécois. En 2012, la Fondation de la Visite s'est vu décerner ce prix.

_PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC

Ce prix est une reconnaissance offerte par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) à un professionnel recommandé par son ordre pour sa contribution remarquable à l'organisation ou au développement de sa profession. Les membres du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec soumettent des candidatures au CIQ. Ce dernier procède alors à la sélection du récipiendaire. En 2012, la Dr^{re} Marcelle Farahian a reçu ce prix.

C'est dans le cadre du congrès 2014 qu'aura lieu la remise des prix de l'Ordre. Vous avez jusqu'au mois de mai pour déposer un dossier. Ne tardez pas et proposez une candidature dès maintenant!

www.ordrepsy.qc.ca/candidatureprix

_DENIS HOUDE, NOUVEAU CONSEILLER À LA DÉONTOLOGIE

Depuis la fin janvier, M. Denis Houde, psychologue, agit à titre de conseiller à la déontologie auprès de l'ordre. Il prend ainsi la relève de M. Serge Tremblay, qui a pris sa retraite. M. Houde est psychologue clinicien et superviseur en bureau privé à Saint-Jean-sur-Richelieu. Il exerce ses fonctions à l'Ordre à raison de trois jours par semaine. Créé en 2012, le poste de conseiller à la déontologie vise à répondre aux nombreuses questions du public et des membres de l'Ordre sur les règles déontologiques en vigueur et sur la façon de bien les interpréter. Il travaille en étroite collaboration avec les syndicats de l'Ordre. Pour joindre M. Houde, composez le 514 738-1881 ou le 1 800 363-2644, poste 270, ou écrivez-lui à dhoude@ordrepsy.qc.ca. Bienvenue à M. Houde!



Déontologie

Faire preuve de diligence



Serge Tremblay / Psychologue

Conseiller à la déontologie

stremblay@ordrepsy.qc.ca

Question : « Je tente depuis trois semaines de joindre mon psychologue. Je laisse chaque fois un message dans sa boîte vocale et il ne m'a toujours pas rappelé. Je lui ai écrit un courriel aussi, toujours pas de réponse. Pouvez-vous m'aider? »

Question : « Mon enfant a été évalué en mai dernier par un psychologue pour ses difficultés scolaires. Nous sommes fin octobre et l'équipe-école n'a toujours pas reçu le rapport d'évaluation du psychologue. Mon enfant n'aura pas de service pour ses problèmes à l'école tant que le rapport ne sera pas produit. Que dois-je faire? Le psychologue m'assure qu'il envoie le rapport dans la semaine suivant mon appel, mais ne le fait pas... »

Question : L'avocat d'une partie ayant été évaluée dans le cadre d'un mandat d'expertise en matière familiale attend, depuis plusieurs semaines, le rapport de l'expert. Il a dû demander au tribunal une remise de l'audience, n'ayant pas encore reçu le rapport de l'expert psychologue. Ce dernier promet qu'il fera tout son possible pour le déposer... dans quelques semaines. « Pourriez-vous intervenir? » nous demande l'avocat du client.

Le bureau du syndic reçoit périodiquement des appels du public se plaignant du manque de diligence du psychologue consulté. Pourtant, ce dernier a la responsabilité, le devoir de s'acquitter de ses obligations avec promptitude envers ses clients. Le Code de déontologie des psychologues est clair à ce sujet. L'article 43 stipule que :

« Le psychologue fait preuve de disponibilité et de diligence à l'égard de son client. S'il ne peut répondre à la demande dans un délai qui ne risque pas d'être préjudiciable au client, il l'avise du moment où il sera disponible. Dans le cas où la situation risque de porter préjudice au client, il le réfère à une ressource appropriée. »

On doit donner une interprétation plus large à cet article du code de déontologie alors que de nombreux psychologues croient que cette exigence ne réfère qu'à la première demande de service du

client. L'article concerne également les interventions du psychologue en cours d'exécution du mandat reçu ou postérieures à sa complétion, comme le montrent les questions du public citées plus haut. D'ailleurs, le *Guide explicatif concernant la tenue de dossier* commente l'article 43 de la manière suivante :

« Le psychologue doit, avant d'accepter un mandat, évaluer ses disponibilités en regard du temps alloué pour compléter son mandat, particulièrement en expertise psycholégale et neuro-psychologique où des rapports sont requis. Par ailleurs, en cas de non-disponibilité, le psychologue réfère à une ressource appropriée requise par l'état du client. »

On souligne donc par ce commentaire l'importance pour les psychologues d'estimer avec la plus grande précision l'ampleur des exigences d'un mandat avant de l'accepter. Il lui faudra, lors de l'obtention du consentement de son client, s'engager concrètement à respecter les échéanciers convenus. Il peut surveiller, bien sûr, des impondérables lors de l'exécution de la tâche, lesquels sont habituellement l'exception. Une bonne prévision des étapes à franchir pour la réalisation du mandat permet au psychologue une meilleure gestion de ses activités professionnelles et l'assurance de mener à terme son travail dans les délais prévus. Ces considérations s'appliquent surtout dans l'acceptation de mandats d'évaluation, que ce soit pour le tribunal (expertise psychosociale), pour une instance administrative (expertise neuropsychologique, invalidité, IVAC, CSST) ou pour un enfant d'âge scolaire présentant des difficultés d'apprentissage.

Le devoir de diligence s'exerce d'une manière un peu plus aléatoire toutefois lors de suivis en psychothérapie. Souvent, les demandes, habituellement de nature administrative, surviennent inopinément. Le client soumet un formulaire à compléter à la demande de son assureur, il souhaite obtenir une attestation de suivi pour son employeur ou encore il demande de transmettre une copie de son dossier à son médecin traitant. Le psychologue répondra à ces demandes, sauf exception, en l'absence de son client lors de ses périodes de travail administratives. Encore ici, l'importance d'une gestion efficace du temps accordé à ces tâches se confirme par le degré de satisfaction des clients. On peut rappeler ici les articles 20 et 21 du code de déontologie, lesquels s'inspirent de la Loi sur l'accès à l'information. Ces articles accordent jusqu'à 30 jours aux psychologues pour donner suite à une demande d'accès aux dossiers par leurs clients. Évidemment, rien n'empêche un psychologue de satisfaire la demande de son client en deçà de ce délai, faisant preuve ainsi d'empressement comme l'exige par ailleurs le code de déontologie.

Un autre point à souligner a trait aux retours des appels reçus par les psychologues. Comme déjà noté au début du présent texte, c'est un motif fréquent exprimé par le public auprès du bureau du syndic. Il serait opportun, et c'est là une suggestion, d'indiquer dans le message d'accueil le moment prévisible de ce retour d'appel. Certains psychologues indiquent, par exemple, qu'à moins d'une urgence les appels seront retournés tel jour de la semaine. De plus, lors d'une absence prolongée (vacances, maladie, etc.), il est important d'indiquer dans le message d'accueil la date probable de la reprise du service et de lui s'adresser en cas d'urgence. Dans ces situations particulières, une entente avec un collègue est souhaitable. De plus, l'utilisation des courriels facilite la communication avec le client et on évite « le festival des boîtes vocales »! On peut même activer un message préprogrammé d'absence du bureau en indiquant la date du retour.

Dans le même ordre d'idée, l'obligation de diligence nécessite aussi une bonne gestion de la boîte vocale, puisqu'il s'agit souvent de l'unique moyen pour un client de joindre un psychologue. Une boîte vocale « pleine » des jours durant peut être non seulement frustrante pour le client, mais cela peut aussi alimenter l'anxiété ou la détresse d'une personne qui tente désespérément de parler à son psychologue pour prendre rendez-vous ou pour un autre motif.

Finalement, plusieurs commentaires reçus du public concernent des situations où, après avoir fait une demande de service à un psychologue, on ne reçoit aucun retour d'appel de ce dernier, et ce, même après plusieurs tentatives.

Dans le respect des exigences déontologiques relativement à la diligence avec laquelle les psychologues doivent livrer leurs services, on observe qu'une planification réaliste de la charge de travail ainsi qu'une gestion efficace de celle-ci et une bonne discipline sont garantes d'un aspect important de la qualité des services offerts par les psychologues. Agissant ainsi, les psychologues commandent le respect de leurs clients et font honneur à leur profession, ce à quoi les psychologues sont aussi obligés.

ÉVALUATION D'UN TROUBLE MENTAL démarche d'évaluation et rédaction d'un rapport

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

CONTENU

- Rôle d'évaluateur vs rôle d'expert
- Démarche et procédure d'une évaluation
- Canevas de rapport d'évaluation
- Lexique terminologique de l'examen mental
- Lexique des acronymes
- Exemple d'un rapport d'évaluation

JEAN-GUY ROCHEFORT | psychologue clinicien

Expérience clinique de 30 ans auprès d'adultes et de personnes âgées. A travaillé en évaluation au Guichet d'accès en santé mentale et au programme de traitement 1ère ligne d'un CSSS. Pratique actuellement dans un guichet liaison entre un centre hospitalier et un C.S.S.S. Professeur de clinique aux études graduées pour l'École de psychologie de l'Université Laval.

FORMATION EN SALLE | Montréal 14 mai

Les coûts sont de 150\$ incluant taxes. Pour obtenir le formulaire d'inscription, veuillez en faire la demande à l'adresse courriel suivante : jeanguyrochefort@videotron.ca

FORMATION EN SALLE | Gatineau 11 avril

Veuillez vous inscrire sur le site internet suivant : www.chpj.ca/campus

FORMATION EN LIGNE

Accessible sur le site internet suivant : www.chpj.ca/campus

CETTE FORMATION EST RECONNUE PAR L'OPQ : RA00133-12

Gatineau 11 avril | Montréal 14 mai

_Bibliographie

Gouvernement du Québec. Code de déontologie des psychologues, Code des professions, L.R.Q., c. C-26, a. 87.

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

Ordre des psychologues du Québec (2008). *Guide explicatif concernant la tenue de dossier*.

Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec [www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/0GuideExplicatif_Web_FR.pdf] (consulté le 24 janvier 2014).

_SERVICE D'INTERVENTION D'URGENCE POUR LES PSYCHOLOGUES

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

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

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ce service, visitez le site Web www.ordrepsy.qc.ca/membres.

L'inscription annuelle au tableau des membres

Par le Web, en 3 étapes :

- 1_ Rendez-vous au www.ordrepsy.qc.ca/inscription2014
- 2_ Entrez votre numéro de permis et votre mot de passe
- 3_ Remplissez le formulaire et payez en ligne!

**DATE LIMITE :
31 MARS**

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

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

Le service de référence est le moyen le plus efficace pour faire connaître votre bureau privé. Chaque jour, la ligne téléphonique répond à environ 60 demandes et le moteur de recherche sur le Web reçoit 250 visiteurs uniques. Au prix de 90 \$ pour y inscrire un bureau, le service de référence est le repère où dénicher la clientèle!

Ajoutez à votre abonnement du service de référence la page personnelle, une page Web reliée au service de référence en ligne comprenant un complément d'information sur votre parcours professionnel et vos champs d'expertise. Vous pourrez personnaliser votre page personnelle en accédant à la section sécurisée du site Web, sous l'onglet Services aux membres,

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

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

Peu importe votre secteur d'activités, vous trouverez des articles scientifiques qui alimenteront votre pratique pour seulement 49,50 \$ par année!

en cliquant sur *Modifier ma page personnelle*. Une adresse Web, qui comprend votre prénom et votre nom (comme ceci : www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom), sera générée automatiquement, vous permettant de l'utiliser sur votre carte professionnelle. Un minisite Web éditable en tout temps pour seulement 45 \$!

Mont-Royal, le 1^{er} mars 2014

Par la présente, avis vous est donné que des élections auront lieu à sept (7) postes d'administrateurs du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec au cours des mois d'avril et de mai 2014.

Vous trouverez ci-dessous des renseignements sur les procédures d'élection et un bulletin de présentation aux postes mis en élection.

Stéphane Beaulieu, Secrétaire général

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

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

L'ancienne région Laurentides-Lanaudière est divisée en deux afin de créer deux nouvelles régions électORALES distinctes, soit la région des Laurentides et celle de Lanaudière. Ceci fait donc passer de neuf (9) à dix (10) le nombre total de régions électORALES.

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

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

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

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

NOUVELLE DIVISION DU TERRITOIRE ET REPRÉSENTATIVITÉ

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

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

ÉLECTION 2014

Les postes mis en élection en 2014 sont les suivants :

RÉGION ET NOMBRE DE POSTES À COMBLER	ADMINISTRATEURS DONT LE MANDAT SE TERMINE EN 2014
Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord (1 poste sur 1)	M. Pierre Bélanger
Québec/Chaudière-Appalaches (1 poste sur 3)	M. Guy Lafond
Mauricie/Centre-du-Québec (1 poste sur 1)	M. Frédéric Langlois
Montérégie (1 poste sur 3)	M ^{me} Sara Lemelin
Montréal (2 postes sur 7)	M. Nicolas Chevrier M. Marcel Courtemanche M ^{me} Lysanne Rochon-Goyer
Laurentides (1 poste sur 1)	Nouveau poste

RENSEIGNEMENTS

Conformément aux articles 61 et 78 du Code des professions, le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec est composé de la présidente et de vingt-quatre (24) administrateurs dont vingt (20) sont élus par les membres et quatre (4) sont nommés par l'Office des professions du Québec, pour un total de vingt-cinq (25) personnes.

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

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ DES CANDIDATS

Aux fins des présentes élections, les candidats :

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

Extrait du Code des professions, article 60

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

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

2014 BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR OU D'UNE ADMINISTRATRICE

ÉCHÉANCIER DES ÉLECTIONS 2014

Les élections 2014 de l'Ordre se dérouleront selon l'échéancier suivant :

- > Période de mise en candidature : du 20 mars au 15 avril 2014 à 17 h
- > Période de vote : du 30 avril au 15 mai 2014 à 17 h
- > Clôture du scrutin : 15 mai 2014 à 17 h
- > Dépouillement du vote : 16 mai 2014

NOTE : Seules les personnes qui seront membres de l'Ordre le 31 mars 2014 à 17 h pourront voter.

BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

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

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

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

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

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

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

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

En vertu de l'article 19 du Règlement sur les élections et sur la représentation régionale au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, si un groupe de candidats fait équipe dans une ou plusieurs régions, ou pour l'ensemble des postes, chacun de ces candidats doit en aviser le secrétaire au plus tard le 15 avril 2014 à 17 h. Lorsqu'une équipe est formée selon l'article 19, le secrétaire joint à l'envoi postal contenant les bulletins de vote et les curriculum vitae des candidats une lettre circulaire informant les membres à cet effet.

Tous les documents pertinents à la mise en candidature, soit le bulletin de présentation, le curriculum vitae des candidats et, éventuellement, l'avis de composition d'une équipe doivent parvenir au secrétariat général de l'Ordre des psychologues du Québec, 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5, au plus tard le 15 avril 2014 avant 17 h.

Note : Il est à noter que les bulletins de présentation expédiés par télécopieur ne seront pas acceptés.

Proposition

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

- Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord
- Québec/Chaudière-Appalaches
- Mauricie/Centre-du-Québec
- Montérégie
- Montréal
- Laurentides

Nom du candidat (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du candidat

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

1.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 1

2.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 2

3.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 3

4.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 4

5.

Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 5

Acceptation

Je, soussigné(e), domicilié(e) au Québec et membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, ayant élu domicile professionnel dans la région _____, accepte de me porter candidat ou candidate au poste d'administrateur ou d'administratrice de cette région.

Signature du (de la) candidat(e)

Le forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020

Par Pierre Desjardins, psychologue et directeur de la qualité et du développement de la pratique

La Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) travaille actuellement à l'élaboration du prochain plan d'action en santé mentale 2014-2020 (PASM). Soucieux d'entendre le point de vue et les recommandations des différents partenaires, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D^r Réjean Hébert, a présidé lui-même, le 28 janvier dernier, un forum d'une journée sur ce sujet. Il était accompagné du D^r Louis Couture, sous-ministre adjoint aux services de santé et à la médecine universitaire, et du D^r André Delorme, directeur de la santé mentale. Ont pu participer à ce forum 52 délégués d'organisations concernées, provenant d'horizons divers (ordres professionnels, associations médicales, établissements du réseau de la santé, organismes communautaires, etc.). L'Ordre des psychologues y était représenté par notre présidente, M^{me} Rose-Marie Charest. Les organisateurs du forum avaient également ouvert les portes à un nombre limité d'observateurs, dont je faisais partie à titre de directeur de la qualité et du développement de la pratique.

Les participants devaient au préalable prendre connaissance du document de consultation produit par la Direction de la santé mentale du MSSS et se préparer notamment à échanger sur les meilleures mesures à mettre en place. Ce document de près de 25 pages faisait état en introduction des principes directeurs en matière de santé mentale pour ensuite se centrer sur quatre grands thèmes, soit :

- le plein exercice de la citoyenneté;
- la détection et l'intervention précoce chez les jeunes;
- la gamme de services en santé mentale;
- les pratiques organisationnelles et cliniques.

Bien que nous ayons eu assez peu de temps pour nous préparer, il a été relativement aisé de prendre position, puisque ce n'était pas la première fois que nous nous penchions sur le PASM, sur les besoins en santé mentale et sur les services à offrir en conséquence. La présidente de l'Ordre s'est donc présentée à la journée forum avec en main un document explicitant notre point de vue, document qui lui a servi d'assises à sa participation.

QUELQUES MESSAGES CLÉS

L'organisation de la consultation sous forme de journée forum ne pouvait évidemment permettre à tous de faire valoir l'ensemble de leurs opinions et recommandations, et ce, en raison notamment du nombre de participants et du nombre de questions complexes auxquelles tous étaient conviés de répondre. Il a donc fallu dégager au préalable quelques messages clés et la présidente a dû saisir durant le forum les opportunités qui se sont présentées pour les livrer. C'est ainsi qu'elle a pu insister sur quelques principaux points, dont :

- l'accès à la psychothérapie;
- l'importance de l'évaluation faite avec compétence et rigueur;
- la valorisation du travail fait dans le réseau de la santé.

L'ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Il allait de soi de souligner l'efficacité démontrée de la psychothérapie, la place relativement moindre qui lui est faite en comparaison à la pharmacothérapie et l'importance primordiale de donner un véritable accès à ce traitement pour tous ceux qui en ont besoin, et ce, indépendamment des ressources financières dont disposent ces derniers. La présidente de l'Ordre n'a pas été la seule à soutenir ce point de vue qui a même semblé faire l'unanimité chez les participants et qu'ont de plus repris le ministre et le directeur de la santé mentale.

L'IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION FAITE AVEC COMPÉTENCE ET RIGUEUR

Il a été question de l'importance de la détection, et ce, afin d'offrir de façon précoce et préventive les services requis. Par ailleurs, on a soulevé les risques de *faux négatifs* et de *faux positifs*. Compte tenu que cela et dans la perspective d'offrir des services efficaces, efficaces et de soutenir les médecins de famille vers qui se tourne la clientèle en santé mentale, la présidente de l'Ordre a insisté sur l'importance de l'évaluation, à ne pas confondre avec la détection, notamment de l'évaluation des troubles mentaux que réserve la loi 21 et sur la pertinence de compter sur les psychologues pour exercer cette activité avec compétence et rigueur.

LA VALORISATION DU TRAVAIL FAIT DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ

La Direction de la santé mentale, se souciant de faire du réseau de la santé un employeur exemplaire en matière de santé mentale, a voulu savoir ce que l'on pourrait lui recommander à cet effet. La présidente de l'Ordre a fait valoir l'importance de l'estime de soi et elle a fait le constat que les propos que l'on entend au sujet des employés du réseau de la santé et de leur travail ne sont pas toujours valorisants. Elle a recommandé que l'on pose des gestes significatifs pour reconnaître leur apport et que l'on tienne des propos qui renforcent positivement leur contribution.

LES SUITES À DONNER

Il est entendu que l'Ordre des psychologues a bien plus à dire que ces simples messages clés. L'Ordre a d'ailleurs préparé un document dans lequel il approfondit ses positions et assoit ses recommandations. Il a remis ce document à la Direction de la santé mentale dans la perspective que celle-ci considère son point de vue pour la production du PASM 2014-2020. Il semble par ailleurs que la Direction de la santé mentale fera une nouvelle consultation quand les travaux auront suffisamment avancé, ce qui donnera à l'Ordre une nouvelle occasion de faire valoir ses positions.

Enfin, il est probable que nous présentions un résumé des positions de l'Ordre eu égard au PASM 2014-2020 dans le numéro du mois de mai 2014 du magazine *Psychologie Québec*. À suivre.

LES REGROUPEMENTS DE PSYCHOLOGUES : LES CONNAISSEZ-VOUS?

Plusieurs psychologues ont formé des regroupements par spécialité ou par région, qui leur donnent l'occasion d'échanger sur des problématiques, de partager des ressources et d'organiser des formations répondant à leurs besoins.

Conformément à la Politique de soutien matériel aux regroupements de psychologues, le conseil d'administration de l'Ordre peut reconnaître des regroupements. Ceux-ci reçoivent ainsi un appui logistique de la part de l'Ordre pour l'envoi de documents aux psychologues susceptibles d'être intéressés par leurs activités.

Informez-vous sur leurs activités et joignez-vous à eux!

Association des psychologues en centre jeunesse

Communiquez avec M. Kees Maas par courriel à
kees_maas@ssss.gouv.qc.ca.

Association des psychologues des Laurentides

www.psychologues-laurentides.ca

Association québécoise des neuropsychologues

www.aqnp.ca

Association québécoise des psychologues scolaires

www.aqps.qc.ca

Société québécoise de psychologie du travail et des organisations

www.sqpto.ca

Regroupement des neuropsychologues pédiatriques

Communiquez avec la D^{re} Julie Duval, psychologue,
par courriel à info@lecime.com.

Regroupement des psychologues en gérontologie

Communiquez avec M^{me} Julie Bélanger par courriel
à alfers@sympatico.ca.

Regroupement des psychologues cliniciennes et cliniciens de Québec

www.rpccq.net

Regroupement de la psychologie interculturelle et transculturelle

www.psychologieculturelle.org

Le Rassemblement pour la santé et le mieux-être en entreprise
14-15 AVRIL 2014
PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL

Une initiative du **GRUPE ENTREPRISES EN SANTÉ**

Lucie Dutil, Bell Canada
Présidente d'honneur

Participez au seul événement au Québec qui touche à tous les aspects de la santé au travail
Promotion • Prévention
Réadaptation • Gestion d'invalidité

En collaboration avec • Coprésentié par

APST Desjardins Assurances optima Santé globale

INSCRIVEZ-VOUS DES MAINTENANT!
lerassemblement.ca

Portrait

Danielle « Putushkueu¹ » Descent, psychologue

Le 6 juin 2013, Danielle Descent a reçu l'insigne de chevalière de l'Ordre national du Québec pour son implication au sein des communautés innues du Québec et du Labrador. Vivant au sein de la réserve de Mani-Utenam sur la Côte-Nord, elle a notamment participé à fonder, il y a 25 ans, le Centre de santé et de services sociaux Uauitshitun, où 150 personnes œuvrent aujourd'hui à favoriser le mieux-être des membres de la communauté innue de Uashat mak Mani-Utenam dans le respect de leur langue et de leur culture.

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

Danielle Descent a grandi à Saint-Télesphore, petit village situé non loin de Valleyfield. Son père la voyait vétérinaire, mais elle penchait plutôt pour la philosophie. Vu les faibles perspectives d'emploi dans cette voie, c'est celle de la psychologie qu'elle a choisie. Au milieu des années 1970, après avoir complété sa maîtrise à Ottawa, elle a amorcé sa carrière comme psychologue scolaire à Montréal. « J'ai tellement administré de WISC que je connaissais le test par cœur! » relate-t-elle en riant. Trois ans plus tard, pour prendre l'air, dans une forme de fuite assumée, elle est partie un bon soir, à minuit, en vacances sur la Côte-Nord. Pourquoi là? Parce qu'elle n'y avait jamais mis les pieds. Après 30 ans, sa mère lui a dit qu'elle prenait de bien longues vacances...

_DÉCOUVRIR LE NOUVEAU MONDE

Danielle Descent s'est dirigée vers la côte sans se douter qu'il y avait là une importante communauté d'autochtones. À l'époque, sa connaissance des premières nations se limitait à Kahnawake et aux films de westerns, admet-elle. Le récit de son premier contact est cocasse. Peu après son arrivée, croyant reconnaître des traits italiens sur le visage d'une femme croisée dans un corridor de l'école où elle avait trouvé du travail, elle lança à cette dernière un joyeux « *buongiorno!* » Et l'autre de lui répondre : « L'immigrante entre nous deux, ce n'est pas celle que tu penses. » Danielle Descent faisait sa première rencontre avec... une Innue de Pessamit qui, pour la petite histoire, devint éventuellement l'une de ses grandes amies.

C'est par amour que Danielle Descent s'est établie définitivement à Mani-Utenam, dans la région de Sept-Îles. Elle y a connu celui qui est son mari depuis 1978, mais le dédic s'était déjà produit avant : « J'ai été en amour avec son pays. Avec le rire de ses concitoyens. Avec leur façon de voir la vie. » C'est dans cette région qu'elle a développé sa pratique de psychologue, tantôt dans le milieu scolaire, tantôt pour la protection de la jeunesse (couvrant le territoire de Tadoussac à Blanc-Sablon!), pour les services correctionnels et pour les services sociaux et de santé. Elle a occupé des fonctions d'intervenante, mais aussi de direction et de recherche. Depuis un an, elle œuvre en pratique privée dans les communautés innues de Uashat mak Mani-Utenam et Matimekush-Lac John, dans la région de Schefferville.

_LE RESSAC

À la fin des années 1970, raconte Danielle Descent, les classes spéciales des écoles étaient remplies de jeunes autochtones : « Il y avait un gros préjugé selon lequel ils étaient moins intelligents. »

Ce sentiment de supériorité des descendants d'Européens, elle dit l'avoir ressenti pendant les 20 premières années de son travail sur la Côte-Nord. Aujourd'hui encore, elle reste vigilante : « Avec un client, il est facile de s'en tenir à nos livres répertoriant les meilleures approches, mais on oublie qu'eux aussi ont des façons de guérir. Une approche est-elle la meilleure parce qu'elle vient de telle ou telle université? Ce n'est pas toujours le cas. »

Rapidement, Danielle a voulu comprendre pourquoi ces jeunes ne brillaient pas à l'école. Pourquoi ne voulaient-ils rien savoir de la compétition? Pourquoi était-il difficile pour eux de comprendre des notions abstraites? Son moyen d'y parvenir a été de vivre avec eux en essayant de découvrir leur mode de vie traditionnel. Elle ne parle pas la langue (mais la comprend), ce qui ne l'empêche pas de décoder le non verbal. « Éviter de regarder directement une personne dans les yeux est pour l'Innu une manifestation de respect, alors que le non-autochtone l'interprète comme un malaise », explique la psychologue. Autre particularité : plusieurs Innus vont sourire et dire « oui », même s'ils sont en désaccord ou qu'ils n'ont pas compris. « Ils ne veulent pas contredire et n'aiment pas les questions directes. La relation thérapeutique peut elle aussi être empreinte des valeurs culturelles du thérapeute, un autre ressac du colonialisme. »

_TRAITER LA PEUR

Être psychologue dans une réserve, c'est être généraliste. « Je suis toujours à la recherche de formations qui vont m'aider à aider mon monde », soutient Danielle Descent. Car elle est appelée à traiter un spectre très large de problématiques : trouble panique, trauma, schizophrénie... Si les moyens ont longtemps tardé à venir, la psychologue constate que certaines choses s'améliorent : « On arrive à avoir des personnes ressources issues du milieu ou près du milieu. » Une expertise interne se développe, notamment en ce qui concerne les troubles liés aux dépendances – ce que Danielle Descent appelle « les troubles concomitants à la Peur, avec un grand "P" ».

Certaines difficultés sont plus spécifiques à la réalité autochtone. Comme ce phénomène qu'elle nomme le syndrome de la réserve : « Les jeunes qui sortent de la réserve se sentent handicapés. C'est difficile pour eux de se former à l'extérieur, de compétitionner avec les non-autochtones. Hors des murs, ils se sentent diminués, différents, ils s'ennuient, l'angoisse les prend... et ils en tombent parfois malades. » Fort heureusement, plusieurs jeunes parviennent à surmonter ces défis d'adaptation.

_UNE PRATIQUE TOUT TERRAIN

La psychologue a, au fil du temps, intégré certains outils autochtones à sa pratique, comme la roue de la médecine, dont les enseignements rejoignent ceux de l'approche holistique. Elle l'utilise en évaluation, notamment en intervention de crise : « Pressée pour faire mon évaluation, je regarde ma roue et ça me rappelle de sonder comment la personne se sent sur tous les plans : mental, émotionnel, physique et spirituel. »

Certaines des thérapies qu'elle a mises sur pied – pour les adultes agressés sexuellement en enfance ou pour les ados – comportent une partie de traitement qui se déroule en territoire. Les gens se retrouvent dans la nature, à vivre dans une tente, à cuisiner des mets autochtones. « Je les amène à avoir recours à l'eau, à la terre, au feu, au silence, pour essayer de s'aider et de se renforcer », explique-t-elle. Elle fait appel à des collaborateurs qui connaissent les vertus des plantes ou certaines cérémonies traditionnelles. Le cercle de parole, où chacun s'exprime à tour de rôle, est aussi utilisé.

« J'ai adapté mes approches thérapeutiques avec ce qu'ils avaient et qui fonctionnait », résume-t-elle. L'humour en fait partie. « C'est une des clés d'intervention qu'il faut apprendre à manier devant des récits souvent très tristes. » Le rire, dans la culture innue, est omniprésent. Danielle Descent, qui était un brin sérieuse à son arrivée, a appris le rire au contact des Innus : « On rit chaque fois qu'on se rencontre. Et si possible, on se quitte aussi en riant! C'est comme une règle sociale. »

_CHERCHER POUR AIDER

La psychologue confie qu'elle aimait les études et que si elle en avait eu les moyens, elle aurait entrepris un doctorat après sa maîtrise. Et de fait, elle n'a jamais cessé, tout au long de sa carrière, de réaliser diverses recherches sur le terrain. « Je pense que c'est un passage obligé pour des gens qui, comme moi, travaillent dans une culture qui n'est pas la leur. » Elle donne l'exemple de l'intervention dans le domaine de la violence conjugale : « J'avais une approche féministe, mais ça ne fonctionne pas ici. Quand tu fais de la recherche, tu réalises que le conjoint et la famille doivent bénéficier de l'aide en même temps. »

« On est forcés d'avoir un pied dans le traitement, un pied dans la prévention et un pied dans l'intervention communautaire », dit-elle. Dans les communautés autochtones, les psychologues sont sollicités pour être non seulement des thérapeutes, mais des agents de changement social. Par ailleurs, c'est aussi la recherche qui permet d'obtenir les subventions nécessaires à la mise en



Danielle « Putushkueu » Descent, psychologue

place des différentes ressources d'aide ou activités adaptées au milieu : centre de réhabilitation pour les détenus, programmes pour jeunes consommateurs, foyers de groupes, centres d'hébergement et même festival de musique.

_SE REPOSER SUR LA COURBURE DE L'HORIZON

Ayant grandi sur une ferme, Danielle Descent a toujours aimé la nature et recherche sans cesse son contact. Elle juge que celle de la Côte-Nord est grandiose. « Le paysage est infini. En Montérégie, jamais je n'avais eu cette sensation-là en regardant l'horizon : l'impression de ne plus être confinée. Cela permet à l'esprit de prendre de l'expansion, de s'agrandir par l'intérieur. Ça m'apaise énormément. »

Certains rêvent de vacances dans le sud, mais pour Danielle Descent, l'eldorado, c'est le Labrador! Chaque hiver, elle se paie « le luxe » de passer un mois dans un de ces derniers espaces vierges de la planète : « Je recherche ces moments-là très intenses, de grand silence... Voir un territoire qui se déploie jusqu'à la courbure. »

_LES RÉSERVES...

En plus de l'intervention individuelle, Danielle Descent fait ce qu'elle appelle de l'accompagnement dans le mouvement de guérison communautaire. « Depuis 2003, ici sur la côte, il y a un courant de prise de conscience des séquelles laissées par les pensionnats indiens », explique-t-elle. Des séquelles liées aux centaines d'agressions sexuelles commises, mais aussi à l'interdiction de parler la langue, une mesure qui a court-circuité la transmission culturelle. Selon la psychologue, les jeunes qui sont nés dans les réserves n'ont pas pu bénéficier

de l'apprentissage des mêmes outils de « survivance » que ceux qui sont nés en forêt : le savoir-être, le savoir résister et le savoir-faire nécessaires pour traverser les coups durs de la vie.

Les pensionnats ont disparu, mais les réserves indiennes subsistent. Danielle Descent connaît bien ce cadre de vie, car c'est le sien. Elle décrit les défis d'être psychologue dans ce contexte : « Tu développes une proximité assez spéciale. Tu croises tous les jours de tes clients, que ce soit au dépanneur, à la salle communautaire... » Mais pas question pour elle de partir : « Je finirai mes jours dans une réserve, car je ne crois pas vivre assez vieille pour célébrer l'abolition de la Loi sur les Indiens et les injustices qu'elle perpétue. » Qu'à cela ne tienne, Danielle Descent garde l'espoir pour ses enfants et ses petits-enfants, car elle croit en la détermination des jeunes autochtones à en sortir.

_PORTEUSE DE SECRETS

Il n'est pas bien vu de chercher à se démarquer dans la culture innue. « Briller, c'est pas brillant », résume Danielle Descent en évoquant cette indinaison à l'humilité. Au centre Uauitshitun, tous les professionnels en relation d'aide portent le même titre d'intervenant. C'est donc avec perplexité que la psychologue a appris qu'on lui décernait l'insigne de chevalière de l'Ordre national du Québec. D'une part, elle ne connaissait pas l'existence de cette distinction. D'autre part, elle s'est étonnée du fait que ses concitoyens aient cherché à mettre son travail en lumière : « Ils m'ont expliqué qu'ils savaient que j'étais liée par la confidentialité à cause de mon métier. Qu'ils savaient que je ne pouvais pas parler de ce que les gens me confiaient... » Ce n'est pas les honneurs qui ont ému Danielle Descent, mais le fait que cela vienne des membres de sa communauté.

Être psychologue requiert à son avis une santé de fer et la capacité à cultiver l'état de grâce. Elle ne le cache pas, certains moments sont très difficiles : « Les conflits, la souffrance, ça ne m'appartient pas, tout ça. Mais je le porte. Je peux le porter. Mais en plaçant tout ça dans une petite case. » Pendant toutes ces années, elle dit s'être « faufilée » à travers les drames domestiques, les barrages routiers, les arrestations, les suicides, les tentatives de suicide, les viols, les meurtres, les victimes et les agresseurs, la vie et la mort. » À découvrir son parcours, il y a lieu d'admettre que le terme est bien choisi, car se faufiler signifie se glisser dans un lieu, s'y couler.

Depuis 30 ans, Danielle Descent porte en elle le poids des secrets d'un peuple éprouvé. Mais, elle le fait à la manière d'une rivière. Un cours d'eau frais, constant, vigoureux. Est c'est peut-être pour ça que les siens ont voulu lui dire *tshinashkumitin* (merci).

_Notes

- 1 Danielle Descent – en dépit de certaines protestations – s'est rapidement fait appeler Putushkueu par les membres de sa communauté et certains ne la connaissent que sous ce nom. Comme *ishkueu* veut dire femme, et qu'elle est mariée à un homme dont le surnom est Putu, la femme de Putu devient donc Putushkueu. Mais il faut savoir que *putushkueu* peut aussi signifier « grosse et trapue », ce qui, lorsqu'on constate l'allure élancée de Danielle Descent, a quelque chose d'un peu troublant...
- 2 Les curieux de nature prendront sans doute plaisir à découvrir le récit intitulé *Pèlerinage au Nitassinan*, que M^{me} Descent a rédigé pour *Géo Plein Air* : www.geopleinair.com/Pelerinage-au-Nitassinan.
- 3 À Mani-Utenam, précise M^{me} Descent, le pensionnat n'a fonctionné qu'une vingtaine d'années (1951-1972). Ailleurs au Québec et surtout dans l'Ouest canadien, on parle d'un régime qui a parfois duré plus de 100 ans.

_DES TEXTES LIBRES SERONT PUBLIÉS DANS L'ÉDITION DE JUILLET DU *PSYCHOLOGIE QUÉBEC*

Fidèle à sa tradition, le *Psychologie Québec* de juillet ne comportera pas de dossier prédéfini et ne publiera que des textes libres. Vous tenez à faire découvrir votre expertise à vos collègues? Écrivez un résumé de votre proposition de texte en une dizaine de lignes et faites-le parvenir au comité de rédaction avant le 15 avril à dcote@ordrepsy.qc.ca. Le comité de rédaction sélectionnera les auteurs et vous devrez remettre le texte final le 15 mai.



Association des
psychologues
du Québec

**FORMATION DE CALIBRE
INTERNATIONAL**

**26-27 septembre 2014
Montréal**



Traduction
simultanée

Places limitées

**Clinical innovations
in the Treatment
of complex trauma**

Portant sur le traitement des adultes
ayant vécu la maltraitance et la
négligence durant l'enfance

FORMATRICE:

Christine Courtois, PhD

Auteur de nombreux ouvrages et
chef de file à l'APA en matière de
traitement des trauma complexes.

C.V. disponible à:

[http://www.drchristinecourtois.com/
aboutus.html](http://www.drchristinecourtois.com/aboutus.html)

**POUR INFORMATION
ET INSCRIPTION**

www.apqc.ca

L'Association des psychologues
du Québec vise à soutenir ses membres
dans l'exercice et le développement
de leur profession.



ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Écrivez à l'adresse courriel : apq@spg.qc.ca

Communiquez avec notre secrétariat au

514.353.7555 ou 1.877.353.7555

7400, boul. Les Galeries d'Anjou, bureau 410

Montréal (Québec) H1M 3M2

La dépendance aux mille visages?

Dans la société d'abondance dans laquelle nous vivons, plusieurs se questionnent sur leur « dépendance ». Certains croient que nous sommes tous dépendants de quelque chose. D'ailleurs, dès 1975, Stanton Peel décrivait la société comme étant *addictogène* (Plourde et Quirion, 2009). Aujourd'hui encore, il n'est pas rare que nos proches utilisent le mot dépendance pour parler de leur besoin intense, de leur relation excessive avec le sucre (« dépendance au sucre »), le chocolat (« dépendance au chocolat »), l'alcool (« dépendance à l'alcool ») ou même avec leur conjoint (« dépendance amoureuse »). Pourtant, la définition même de la dépendance dépasse largement le concept d'intensité, de fréquence ou de quantité. Bien que le mot *dépendance* ait évolué dans le temps, empruntant différents noms comme *alcoolisme*, *assuétude* ou *addiction*, la souffrance subjective de la personne a toujours été centrale à ce concept. Pour l'American Society of Addiction Medicine, la dépendance est une « maladie primaire, chronique, impliquant les circuits de récompenses du cerveau conduisant potentiellement à la rechute, au développement progressif et ayant un potentiel de fatalité si ce n'est pas traité » (Smith, 2012, p. 1). Pour ces médecins, la dépendance perturbe les zones dans le cerveau modulant et contrôlant les comportements, les émotions et les cognitions (Smith, 2012). Le DSM-5 (APA, 2013), quant à lui, définit la dépendance comme étant « un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence de plusieurs manifestations (sevrage, tolérance, conséquences, etc.) au cours de la dernière année ».

Alors que le nombre et la définition des critères associés à la dépendance a légèrement varié au cours des années, trois caractéristiques sont toujours présentes dans ces définitions. Tout d'abord, la dépendance s'accompagne obligatoirement d'un sentiment de perte de liberté souvent décrit par l'usager comme étant une obsession. Comment, où, quand utiliseront-ils le produit? L'objet de dépendance devient le centre de leur vie, les autres activités quotidiennes se retrouvant dès lors en périphérie. Comme le disait si justement une personne qui consommait de l'héroïne, les tâches quotidiennes deviennent leur « microvie », alors que leur « vraie vie » est centrée sur la recherche de la dose, de sa consommation et de sa récupération. Dans un deuxième temps, la personne rapporte avoir perdu le contrôle de son comportement. Alors que plusieurs dépendants s'interrogent sur leur relation au produit, il n'est pas rare qu'ils tentent à maintes reprises de contrôler ou de s'abstenir sans succès de ce produit. Finalement, la dépendance se traduira inévitablement par des conséquences importantes, significatives, conséquences pour lesquelles la personne demandera parfois de l'aide. Les écrivains et autres artistes ont illustré avec vivacité l'intense souffrance que peuvent vivre les personnes aux prises avec un problème de dépendance.

Depuis peu, la famille des dépendances s'est élargie pour intégrer non seulement les troubles liés à l'utilisation des substances, mais aussi le jeu pathologique, considéré comme une dépendance comportementale (Black, 2013). Marc Valleur (Valleur et Matysiak, 2006) préférera parler d'addiction pour décrire ce processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives. Si le jeu pathologique fait partie de la même famille que la dépendance à l'alcool, il n'en demeure pas moins un cousin éloigné, un cousin présentant des caractéristiques communes, mais ayant plusieurs spécificités. Ce faisant, la compréhension de la dépendance et les méthodes d'intervention ne peuvent faire uniquement l'objet de « copier-coller ». De fait, ces stratégies doivent être adaptées, modifiées ou même réinventées à la lumière de la complexité présentée par les joueurs pathologiques.



Si les similarités neurobiologiques entre le jeu pathologique et la dépendance ne font aucun doute, une controverse plus intense prend place quant aux autres nouvelles dépendances. Jusqu'à présent, aucun autre comportement (Internet, jeu vidéo ou sexualité) n'a été inclus officiellement dans le DSM-5 (APA, 2013). Ces « nouvelles dépendances » soulèvent de nombreuses questions : est-ce que la souffrance engendrée par la dépendance à Internet ou celle associée à la dépendance sexuelle sont comparables à celle des personnes dépendantes aux substances? Quelles sont les conséquences de ces nouvelles dépendances? L'étiologie et les facteurs de risque sont-ils semblables aux dépendances déjà existantes? Est-ce que les traitements utilisés auprès des joueurs ou des personnes dépendantes seront efficaces auprès de ces usagers? Pour l'instant, les recherches scientifiques n'apportent aucune réponse définitive à ce questionnement. Nous sommes à construire nos connaissances tout en étant prudents de ne pas rendre pathologique ce qui est peut-être simplement une adaptation à une nouvelle technologie. Nous devons aussi nous assurer que nous ne réinventons pas la roue, c'est-à-dire que sous prétexte que le médium est différent (Internet) nous redéfinissons le terme. Devant l'utilisation du mot *dépendance*, nous devons conserver notre regard critique en nous interrogeant sur la souffrance, sur les conséquences ainsi que sur la perte de contrôle vécue. En tant que professionnels de la santé mentale, nous ne pouvons nous permettre de galvauder le terme *dépendance* et de l'utiliser pour décrire simplement une mauvaise utilisation ou une relation « coupable » ou inconfortable avec un produit. La dépendance est une problématique sévère, engendrant de la souffrance et ayant plusieurs conséquences dans la vie de la personne et pour ses proches. Ainsi, les psychologues sont des intervenants tout désignés pour accompagner ces personnes dans leur rétablissement. J'espère que ce dossier vous permettra de faire le point sur le sujet et vous donnera envie de poursuivre vos lectures critiques sur ces potentielles nouvelles dépendances. Bonne lecture.



D^{re} Magali Dufour / Psychologue

La D^{re} Dufour est professeure agrégée au service de toxicomanie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. Elle est la psychologue experte invitée au comité de rédaction pour ce dossier sur les nouvelles dépendances.

_Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Washington, DC.
- Black, D. W. (2013). Behavioural Addictions as a Way to Classify Behaviours. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (5), 249-251.
- Plourde, C., et Quirion, B. (2009). Où sont passés les héritiers de Stanton Peele? Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance. *Drogues, santé et société*, vol. 8 (2), 7-26.
- Smith, D. E. (2012). The Process Addictions and the New ASAM : Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (1), 1-4.
- Valleur, M., et Matysiak J.-C. (2006). *Les pathologies de l'excès Sexe, alcool, drogue... Les dérivés de nos passions*. Éditions, JC Lattès, France, 263 p.



Dr Mathieu Goyette / Psychologue

Le Dr Goyette est professeur adjoint au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et chercheur associé au Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne et à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal. mathieu.goyette@usherbrooke.ca



Dr^e Louise Nadeau / Psychologue

La Dr^e Nadeau est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheure associée à l'Institut universitaire de santé mentale Douglas de l'Université McGill.

Cyberdépendance sexuelle

Un problème à la frontière de la dépendance et de la sexualité

L'arrivée récente et la transformation rapide d'Internet modifient grandement notre représentation du monde (Nadeau, 2013). En effet, chaque époque confronte les individus d'une société à des défis particuliers. Le 19^e siècle fut celui du contrôle moral et de l'hystérie ainsi que des conditions de vie des ouvriers et de l'alcoolisme. Le 21^e siècle place l'Occident face à un défi d'autorégulation quant aux différents risques associés à la surabondance de ressources, qu'il s'agisse de l'alimentation, des jeux de hasard et d'argent ou d'Internet. La Toile permet notamment à chacun de moduler ses usages en fonction de ses besoins et de ses envies.

L'arrivée d'Internet est venue bouleverser ce qui touche les représentations de la sexualité (Cooper et coll., 1999). Jamais auparavant il ne fut possible d'avoir accès à un contenu si diversifié de représentations d'activités sexuelles (Weis et Samenow, 2010). Les activités sexuelles en ligne correspondent à une « utilisation d'Internet [...] pour toute activité qui comprend de la sexualité dans un but récréatif, de plaisir, d'exploration, de soutien, d'éducation, de commerce et de recherche d'un partenaire sexuel ou romantique » (Cooper et Griffin-Shelley, 2002, p. 12). À l'ère où les médias et le cinéma dépeignent le portrait d'hommes accros à la pornographie sur Internet (Bergman, Chartier et Gordon-Levitt, 2013; St-Onge, 2013), les psychologues de divers milieux se voient exposés à un nouveau spectre de difficultés personnelles. Certains clients rapportent l'apparition ou l'exacerbation de difficultés à réguler leurs activités sexuelles en ligne. Leur tableau clinique se trouve à la croisée des chemins entre le champ des dépendances et celui de la sexualité (Griffiths, 2012). Ce syndrome est un trouble hybride, non documenté et incarné au sein de l'ère numérique.

Ainsi, ce qu'on a nommé la cyberdépendance sexuelle (au même titre que la cyberdépendance et la dépendance sexuelle [Goyette et Nadeau, 2008; Kafka, 2013]) est un trouble qui n'a aucune existence nosologique (American Psychiatric Association, 2013).

Cette nouvelle commande pour la pratique clinique représente à la fois des défis et des opportunités auxquels les cliniciens sont invités à répondre. Cet article vise à sensibiliser nos collègues à l'émergence du problème que représente la cyberdépendance sexuelle quant à ses conceptualisations, à l'évaluation et au traitement ainsi qu'aux trajectoires de services qu'il est possible de développer.

_UN SYNDROME FLOTTANT DIFFICILEMENT IDENTIFIABLE

Groneman (2000, dans Kaplan et Krueger, 2010) soulève au sujet de la cyberdépendance sexuelle les questions suivantes : « *How much sex is too much? How much is enough? And who decides?* » Il faut garder en mémoire que les normes relatives à la sexualité et à la consommation de substances psychoactives sont tributaires de l'époque et de la culture dans lesquelles elles s'inscrivent. La morale et la religion ont été, au moins depuis que nous avons des sources fiables, les grands ordonnateurs du contrôle des pratiques sexuelles (Valleur et Nadeau, 2014). Depuis quelques décennies, la psychiatrie et les sciences sociales ont pris le relais, en partie. Avec la Toile, dans l'intimité de son foyer, seul devant un écran accessible à toute heure du jour et de la nuit, c'est maintenant à l'individu à s'autoréguler. Or, il semble que nous ne sommes pas tous égaux devant les risques nouveaux que crée l'abondance.

En matière de classification des troubles, le débat actuel a pour objet la conceptualisation et l'opérationnalisation de la cyberdépendance sexuelle (Griffiths, 2012). Il s'agit premièrement de savoir si la cyberdépendance sexuelle relève d'un trouble psychiatrique spécifique, d'une extension d'un problème déjà existant (p. ex. une dépendance sexuelle), d'une conséquence d'un trouble sous-jacent (p. ex un trouble de l'humeur) ou d'un mécanisme d'adaptation surinvesti (Moser, 2013). Ces propositions taxonomiques coexistent dans les champs des dépendances et des troubles concomitants (Goyette, Fillion-Bilodeau et Sirois,

2013). Deuxièmement, alors que pour certains l'étiologie et les symptômes reposent sur des catégories de troubles mentaux déjà existants ou une combinaison de ceux-ci, d'autres suggèrent de faire table rase et d'amorcer un processus de réflexion reposant uniquement sur le tableau clinique de la cyberdépendance sexuelle avant de déterminer dans quelle catégorie elle s'inscrit. Troisièmement, une fois les signes et symptômes circonscrits, le passage d'une utilisation à risque à un trouble, par l'identification d'un seuil clinique, demande à être délimité. Qui plus est, étant donné que la cyberdépendance sexuelle semble s'étaler, comme les autres dépendances, sur un continuum (Cooper, Delmonico et Burg, 2000) et que les données normatives relatives aux activités sexuelles en ligne, voire à la sexualité en général, sont pour le moins limitées (Cooper et coll., 2003; Kafka, 2010), la démarcation entre ce qu'une convention en psychiatrie appellerait le normal, d'une part, et le pathologique, d'autre part, est d'autant plus difficile à établir (voir Paris, 2013 pour une discussion sur l'élaboration d'un trouble mental).

Si, *a priori*, ces discussions sur la nosologie psychiatrique semblent relever d'un débat métaphysique et peuvent paraître futiles pour les psychologues cliniciens, elles ont néanmoins une influence déterminante sur la pratique. Un consensus est en effet nécessaire pour estimer l'ampleur du phénomène : sans définition qui fait consensus, impossible de procéder à des études épidémiologiques pour établir la prévalence du trouble dans la population, d'établir les besoins des personnes présentant une cyberdépendance sexuelle ou de développer des protocoles d'évaluation valides et de soutenir l'efficacité de certaines modalités de traitement. Cela dit, la documentation scientifique permet d'établir les constats suivant : 1) certaines personnes sont aux prises avec une difficulté à contrôler leurs activités sexuelles sur Internet et cette difficulté est cliniquement significative (Ross, Månsson, et Daneback, 2012); 2) la conceptualisation et l'opérationnalisation du trouble d'hypersexualité (Kafka, 2010; Reid et coll., 2012), qui inclut les activités sexuelles en ligne, semblent progressivement faire consensus.

_UNE ÉVALUATION ET UN TRAITEMENT ISSUS DE PLUSIEURS EXPERTISES

Les appuis entourant l'évaluation et le traitement sont limités et ceux-ci sont généralement développés pour répondre aux besoins d'une clientèle constituée d'hommes adultes. En ce qui a trait aux protocoles d'évaluation et de traitement, ils reposent généralement sur une transposition ou une combinaison des connaissances et des savoir-faire issus des domaines des dépendances, des troubles sexuels, des paraphilies et de la thérapie conjugale.

En ce sens, les textes sur la cyberdépendance et le trouble d'hypersexualité dans ce numéro (Couture et Proulx; Sergerie) et d'autres sources (Nadeau et coll., 2011) peuvent offrir des repères complémentaires.

En ce qui a trait au repérage et à l'évaluation, il est recommandé d'aborder rapidement la sphère sexuelle avec le client afin de souligner l'ouverture du clinicien à aborder ce thème, la honte et la culpabilité associées à la cyberdépendance sexuelle menant parfois les clients à ne pas partager leurs difficultés (Kaplan et Krueger, 2010). Alors que des grilles de dépistage (Carnes et coll., 2012), des critères diagnostiques (Kafka, 2010) et des instruments d'évaluation ont été développés pour évaluer la dépendance et la cyberdépendance sexuelle (Hook et coll., 2010), il est souhaitable de garder les éléments suivants en tête lors de l'évaluation (Goodman, 2008; Schneider et Irons, 2001) : 1) le sentiment subjectif, intime de perte de liberté en ce qui a trait aux préoccupations d'ordre sexuel et à l'incapacité de s'abstenir de comportements sexuels; 2) la présence de préoccupations et d'obsessions en lien avec les comportements sexuels; 3) la poursuite des comportements sexuels malgré les conséquences négatives.

L'évaluation ne doit pas se limiter aux activités sexuelles en ligne, mais s'étendre à l'ensemble de la sexualité, aux relations intimes, aux activités et attitudes en lien avec Internet (Kaplan et Krueger, 2010). Il faut aussi considérer la présence de troubles et de difficultés concomitantes, notamment les dépendances avec et sans substance. Lorsque le client est en couple, le clinicien tente de déterminer si la difficulté relève d'une cyberdépendance sexuelle ou de difficultés conjugales (Jones et Hertlein, 2012; Reid, Garos et Carpenter, 2011). Les éléments relatifs à la motivation et aux motifs de référence sont également importants à considérer dans la mesure où la présence d'ambivalence et de pressions externes (conjoint, employeurs) peut faire partie du tableau clinique (Reid, 2007).

Pour le traitement, les objectifs d'utilisation contrôlée ou de non-utilisation d'Internet à des fins sexuelles se doivent d'être considérés avec le client. Plusieurs modalités de traitement peuvent être considérées (suivi individuel, de couple et de groupe, soutien de pairs aidants). Les modèles d'intervention proposés s'inspirent de modèles cognitifs-comportementaux (Twohig et Crosby, 2010; Young, 2008), du modèle de prévention de la rechute (Osborne, 2004), d'interventions reposant sur l'entretien motivationnel (Del Giudice et Kutinsky, 2007) ou de modèles relatifs à la promotion de la santé sexuelle (Edwards, 2012). Notre lecture de la documentation scientifique actuelle

nous amène à penser que les facteurs clés sont une bonne alliance thérapeutique, une prise en compte de tous les éléments du tableau clinique et des approches reconnues efficaces pour les dépendances et les troubles sexuels.

_UNE TRAJECTOIRE DE SERVICES À INVENTER

L'offre de services entourant la cyberdépendance sexuelle présente certaines difficultés. D'une part, la cyberdépendance et, par extension, la cyberdépendance sexuelle ne sont pas incluses dans l'offre de services des centres de réadaptation en dépendances (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). En outre, la sphère sexuelle et l'utilisation d'Internet ne sont pas examinées dans le protocole d'évaluation spécialisée à l'admission en traitement dans ces centres (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2010). D'autre part, les services publics relatifs à la santé sexuelle n'incluent pas la cyberdépendance sexuelle. Par conséquent, ce *no man's land* contraint les clients à recourir à des services privés, accessibles seulement à ceux qui en ont les moyens. Comme le suggèrent Rush et Nadeau (2012), on pourrait penser à une forme de traitement intégré qui prenne en compte la complexité du tableau clinique de ces clients comme il en existe pour d'autres troubles concomitants dans les services publics, tout en faisant l'exercice d'en évaluer l'efficacité.

D'ores et déjà, les mesures suivantes pourraient être prises :

- 1) la mise en place d'un protocole de repérage systématique des difficultés sexuelles, qui dépasse les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), afin de repérer la cyberdépendance sexuelle; 2) l'intégration de services relatifs à la dépendance et à la sexualité, où des contrats de service seraient octroyés afin de favoriser la mise en place d'un plan de traitement conjoint; 3) la présence de psychologues ayant développé une expertise entourant la sexualité ou de sexologues cliniciens dans les centres de réadaptation en dépendance à titre de consultants auprès d'équipes; 4) la mise en place de formations croisées entre les cliniciens œuvrant en dépendance et en sexualité pour favoriser l'échange de connaissances et de savoir-faire entre ces champs de pratique; 5) compte tenu que les conséquences rapportées par les proches d'individus présentant une cyberdépendance sexuelle (Manning, 2006; Schneider, 2003), des services de soutien à l'entourage devraient être mis en place. Il serait ainsi possible d'entrevoir progressivement l'établissement de partenariats formels entre les ressources spécialisées en dépendance et des organismes communautaires et des psychologues ou sexologues cliniciens en privé œuvrant auprès de cette clientèle afin de pouvoir suivre ces clients tout au cours de la trajectoire de services.

_UNE RÉFLEXION À POURSUIVRE ET À ÉLARGIR

Certains individus présentent de la difficulté à réguler leurs activités sexuelles en ligne et rapportent des conséquences négatives sur leur fonctionnement et avec leurs proches. Si certains sont d'avis que ce syndrome relève du trouble d'hypersexualité alors que d'autres affirment qu'il s'agit d'une cyberdépendance, il demeure prématuré d'apparier la cyberdépendance sexuelle à une catégorie de troubles. Les connaissances issues de plusieurs domaines de la psychologie, dont ceux des dépendances, des troubles sexuels, des troubles obsessionnels compulsifs, des paraphilies et de la thérapie conjugale, peuvent grandement contribuer à notre compréhension du phénomène. En parallèle, la cyberdépendance sexuelle représente une opportunité unique d'intégration des savoirs et des pratiques à même d'améliorer les services offerts aux personnes aux prises avec une dépendance avec ou sans substance. Cette situation offre ainsi la possibilité de s'intéresser aux troubles sexuels présents chez certaines personnes aux prises avec une dépendance (Blinn-Pike, Worthly et Jonkman, 2010; Vallejo-Medina et Sierra, 2013) et de placer la sexualité dans une perspective de bien-être et de santé sexuelle (Edwards, 2012). Comme Canguilhem (1943/2005) avant nous, on ose espérer que ces cas complexes nous permettront de mieux comprendre les troubles mentaux émergents, mais également les changements psychologiques normaux liés à Internet.

_Bibliographie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (2010). *Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance : fondements et modalités d'organisation* [www.acrdq.qc.ca] (consulté le 26 janvier 2014).
- Bergman, R., Chartier, N. (producteurs), et Gordon-Levitt, J. (réalisateur) (2013). *Don Jon* (film). États-Unis : Relativity Media.
- Blinn-Pike, L., Worthy, S. L., et Jonkman, J. N. (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health, 47*, 223-236.
- Canguilhem, G. (1943/2005). *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, réédité sous le titre Le Normal et le Pathologique* (9^e éd.). Paris : PUF/Quadrige.
- Carnes, P. J., Bradley, A. G., Merlo, L. J., Polles, A., Carnes, S., et Gold, M. S. (2012). PATHOS: A brief screening application for assessing sexual addiction. *Journal of Addiction Medicine, 6*(1), 29-34.
- Cooper, A., Boies, S. C., Maheu, M., et Greenfield, D. (1999). Sexuality and the Internet: The next sexual revolution. Dans L. Szuchman et F. Muscarella (dir.), *Psychological perspective on human sexuality* (p. 519-545). New York : Wiley.
- Cooper, A., Delmonico, D. L., et Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction and Compulsivity, 7*(1), 5-30.
- Cooper, A., et Griffin-Shelley, E. (2002). A quick tour of online sexuality: Part 1. *Annals of the American Psychotherapy Association, 5*(6), 11-13.
- Cooper, A., Månsson, S.-A., Daneback, K., Tikkanen, R., et Ross, M. W. (2003). Predicting the future of Internet sex: Online sexual activities in Sweden. *Sexual and Relationship Therapy, 18*(3), 277-291.
- Del Giudice, M. J., et Kutinsky, I. (2007). Applying motivation interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity, 14*(4), 303-319.
- Edwards, W. (2012). Applying a sexual health model to the assessment and treatment of Internet sexual compulsivity. *Sexual Addiction and Compulsivity, 19*(1-2), 3-15.
- Goyette, M., Fillion-Bilodeau, S., et Sirois, M.-A. (2013). Comorbidité et clients atteints de troubles concomitants. Dans K. M. Fortinash, et P. A. Holoday Worret (dir.), *Soins infirmiers - Santé mentale et psychiatrie* (2^e éd.) (p. 678-701). Montréal : Chenelière Éducation.
- Goyette, M., et Nadeau, L. (2008). Utilisation pathologique d'Internet : une intégration des connaissances. *Alcoologie et addictologie, 30*(3), 275-283.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical Pharmacology, 75*, 266-322.
- Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research and Theory, 20*(2), 111-124.
- Hook, J. N., Hook, J. P., Davis, D. E., Worthington, E. L., et Penberthy, J. K. (2010). Measuring sexual addiction and compulsivity. *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(3), 227-260.
- Jones, K. E., et Hertlein, K. M. (2012). Four key dimensions for distinguishing Internet infidelity from Internet and sex addiction: Concepts and clinical application. *American Journal of Family Therapy, 40*, 115-125.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 377-400.
- Kafka, M. P. (2013). The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for the DSM-5: Hypersexual disorder. *Sexual Addiction and Compulsivity, 20*(1-2), 19-26.
- Kaplan, M. S., et Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research, 47*(2-3), 181-198.
- Manning, J. C. (2006). The impact of Internet pornography on marriage and family: A review of the research. *Sexual Addiction and Compulsivity, 13*, 131-165.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007). *Programme-services Dépendance : offre de service 2007-2012*. Québec : MSSS.
- Moser, C. (2013). Hypersexual Disorder: Just More Muddled Thinking. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 227-229.
- Nadeau, L. (2013). La cyberdépendance : et s'il fallait faire des Descartes de nous-mêmes? *Psychotropes, 18*, 11-24.
- Nadeau, N., Acier, D., Kern, L., et Nadeau, C.-L. (2011). *La cyberdépendance : état des connaissances, manifestations et pistes d'intervention*. Montréal (Québec) : Centre Dollard-Cornier – Institut universitaire sur les dépendances.
- Osborne, C. S. (2004). A group model for the treatment of problematic Internet related sexual behaviours. *Sexual and Relationship Therapy, 19*(1), 87-99.
- Paris, J. (2013). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. New York : Oxford University Press.
- Reid, R. C. (2007). Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual Addiction and Compulsivity, 14*(3), 167-186.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., Cooper, E. B., McKittrick, H., Davtian, M., et Fong, T. (2012). Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *Journal of Sex Medicine, 9*(11), 2868-2877.
- Reid, R. C., Garos, S., et Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction and Compulsivity, 18*(1), 30-51.
- Ross, M. W., Månsson, S.-A., et Daneback, K. (2012). Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and Women. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 459-466.
- Rush, B., et Nadeau, L. (2012). L'intégration des services et des systèmes en santé mentale et en dépendances. Dans L. Nadeau, et M. Landry (dir.), *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques* (p. 5-44). Québec : Collection Toxicomanies, Presses de l'Université Laval.
- Schneider, J. P. (2003). The impact of compulsive cybersex behaviours on family. *Sexual Relationship Therapy, 18*(3), 1468-1479.
- Schneider, J. P., et Irons, R. R. (2001). Assessment and treatment of addictive sexual disorders: Relevance for chemical dependency relapse. *Substance Use and Misuse, 36*(13), 1795-1820.
- St-Onge, M. (2013). *30 minutes de porno avec Mathieu St-Onge* [trouble.voir.ca/math-lab/30-minutes-de-porno-avec-mathieu-st-onge] (consulté le 26 janvier 2014).
- Twohig, M. P., et Crosby, J. M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic Internet pornography viewing. *Behavior Therapy, 41*, 285-295.
- Vallejo-Medina, P., et Sierra, J. C. (2013). Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: A multisite study. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 333-341.
- Valleur, M., et Nadeau, L. (dir.) (2014). Pour une histoire des addictions. Dans *Pascasius ou comment comprendre les addictions* (p. 11-68). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Weiss, R., et Samenow, C. P. (2010). Smart phones, social networking, sexting and problematic sexual behaviors – A call for research. *Sexual Addiction and Compulsivity, 17*, 241-246.
- Young, K. (2008). Internet sex addiction: Stages, risk factors, and treatment. *American Behavioral Scientist, 52*(1), 21-37.



D^{re} Isabelle Giroux / Psychologue

La D^{re} Giroux est psychologue et professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université Laval. Directrice du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ), elle s'intéresse particulièrement aux mécanismes psychologiques impliqués dans le développement des problèmes de jeu.



Catherine Boudreault

Étudiante au doctorat en psychologie

M^{me} Boudreault, B. A., est étudiante au doctorat en psychologie sous la supervision de la D^{re} Isabelle Giroux. Son projet de thèse doctorale, en cours de réalisation au sein de l'équipe du CQEPTJ, porte sur la validation scientifique du programme semi-autonome *JEu me questionne*.

Les traitements autoadministrés chez les joueurs

Une nouvelle perspective d'intervention

Malgré les répercussions négatives d'une pratique du jeu excessive, moins de 30 % des joueurs pathologiques ont recours à une aide professionnelle. Le désir de régler le problème par soi-même, la honte et les difficultés d'accessibilité aux traitements représentent les raisons les plus évoquées par les joueurs pour expliquer ce phénomène. Il existe donc un besoin criant de développer l'offre de services en y intégrant des modalités d'intervention qui tiennent compte de ces difficultés. À ce titre, les traitements autoadministrés représentent une avenue fort prometteuse. Le traitement autoadministré *JEu me questionne* fait actuellement l'objet d'une validation scientifique à l'Université Laval. Cet article dresse le portrait des traitements autoadministrés et de leur efficacité, et décrit le programme *JEu me questionne*, qui, sous peu, sera disponible au Québec.

_LA PRATIQUE EXCESSIVE DU JEU ET SES CONSÉQUENCES

La pratique des jeux de hasard et d'argent représente une activité répandue au sein de la société québécoise. La plus récente étude de prévalence indique qu'environ 70 % de la population du Québec participerait à un jeu de hasard et d'argent annuellement (Kairouz et Nadeau, 2010). Pour la majorité des gens, il s'agit d'une activité dépourvue d'effets néfastes alors qu'elle peut devenir problématique pour d'autres. À l'échelle provinciale, 1,3 % de la population adulte présenterait un risque modéré de développer un problème de jeu alors que 0,7 % afficherait un problème de jeu pathologique probable, ce qui correspondrait approximativement à 42 000 individus (Kairouz et Nadeau, 2010). Le jeu pathologique, maintenant désigné sous l'appellation de « trouble de jeu » dans le DSM-5, se définit comme une pratique persistante du jeu qui entraîne une détresse marquée chez l'individu (American Psychiatric Association, 2013). En plus de la comorbidité avec d'autres troubles tels que la dépression (Battersby et coll., 2006), l'abus ou la dépendance à l'alcool (Chou et Affi, 2011) ou aux substances (el-Guebaly et coll., 2006), le jeu pathologique se voit associé à un ensemble d'effets négatifs tels

que l'altération de la santé physique et psychologique du joueur et de ses proches, les problèmes légaux et d'ordre financier ainsi que les problèmes interpersonnels (Raylu et Oei, 2002).

_FAIBLE TAUX DE DEMANDE D'AIDE ET OBSTACLES À FAIRE UNE DEMANDE D'AIDE CHEZ LES JOUEURS

Malgré les nombreuses conséquences négatives des problèmes de jeu, une infime proportion de joueurs a recours à un traitement. Des données récoltées auprès de la population ontarienne révèlent qu'à peine plus de 29 % des joueurs pathologiques ont déjà utilisé une ressource d'aide (Suurvali et coll., 2008). Chez les joueurs à risque qui ne rencontrent pas l'ensemble des critères diagnostiques du jeu pathologique, ce pourcentage n'est que de 12 % (Suurvali et coll., 2008). Quelques travaux ont donc tenté d'identifier les obstacles pouvant expliquer la faible utilisation des ressources d'aide par les joueurs en récoltant le point de vue de ceux-ci. De façon générale, les facteurs psychologiques semblent principalement à l'origine de la sous-utilisation des ressources. La honte et l'embarras associés au fait de reconnaître son problème de jeu, le déni des difficultés et le désir de régler le problème par soi-même constituent les obstacles les plus fréquemment nommés par les joueurs (Evans et Delfabbro, 2005). En plus de ces facteurs psychologiques, les joueurs auraient tendance à recourir à un traitement alors qu'ils ont atteint un seuil de détresse psychologique et de problèmes financiers très élevé. Cette tendance à demander de l'aide alors qu'ils vivent un maximum de conséquences négatives pourrait en partie expliquer l'écart entre la prévalence des problèmes de jeu et le faible taux d'utilisation des services de traitement (Evans et Delfabbro, 2005). Le désir de prévenir l'aggravation des problèmes de jeu constitue une motivation secondaire pour les joueurs, les problèmes financiers étant souvent la cause primaire de demande d'aide (Pulford et coll., 2009). Les individus dont l'état ne s'est pas encore grandement détérioré ne vont donc pas nécessairement consulter de manière préventive, alors qu'une telle démarche permettrait pourtant de contenir les conséquences d'une pratique excessive du jeu et d'en empêcher l'amplification.

Certaines inquiétudes concernant le déroulement d'une thérapie et l'accessibilité des services de traitement sont aussi identifiées par les joueurs comme pouvant nuire à la demande d'aide (Suurvali et coll., 2009). Bien que les obstacles reliés aux services eux-mêmes soient reconnus de façon plus secondaire par les joueurs, remédier à ces obstacles pourrait néanmoins favoriser l'accessibilité des services. Certaines formes de traitement pourraient paraître plus acceptables pour des joueurs chez qui les problèmes de jeu sont une source de honte et d'embarras ou chez qui les traitements conventionnels offerts en clinique ou en milieu hospitalier sont peu accessibles. De l'ensemble de ces constatations émerge donc la nécessité de développer de nouvelles modalités d'intervention afin de faciliter l'accès au traitement et d'offrir des types de traitement préconisant l'autonomie de la personne et la prévention.

Actuellement, l'utilisation de la psychothérapie selon l'approche cognitive-comportementale semble produire des résultats satisfaisants dans le traitement des problèmes de jeu (Toneatto et Ladouceur, 2003). Cette approche thérapeutique utilise notamment la restructuration cognitive afin de corriger les pensées erronées entretenues par les joueurs qui sont susceptibles de maintenir une pratique inadaptée du jeu. Le traitement prévoit également des séances destinées à la prévention de la rechute. Cependant, étant donné les obstacles et les réticences à aller en traitement et le faible taux de rétention des joueurs en traitement, environ 31 % des joueurs abandonnent la thérapie en cours de route (Melville, Casey et Kavanagh, 2007). Il apparaît nécessaire d'améliorer les traitements psychologiques actuellement offerts et de réfléchir à de nouvelles façons de les dispenser. À ce titre, les traitements autoadministrés (TAA) constituent une voie prometteuse d'intervention dans le domaine du jeu.

LES TRAITEMENTS AUTOADMINISTRÉS POUR LE JEU

Les traitements autoadministrés présentent plusieurs avantages susceptibles d'intéresser les joueurs peu attirés par les formes plus classiques d'intervention. Premièrement, ils se déroulent à l'endroit choisi par le joueur, donc généralement à la maison. Ensuite, les traitements autoadministrés permettent que la personne chemine par elle-même. Ils donnent ainsi l'occasion de prendre en main ses difficultés, de se responsabiliser envers son traitement et d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie.

Ce genre de traitement non intrusif constitue par ailleurs un outil d'intervention tout indiqué pour des individus vivant des difficultés légères à modérées (Mains et Scogins, 2003). Un individu préoccupé par sa pratique du jeu, mais qui n'éprouve

pas de détresse psychologique très intense, peut percevoir la participation à une thérapie individuelle ou de groupe comme inadaptée à ses besoins, d'où l'attrait possible envers un traitement autoadministré (Hodgins, Currie et el-Guebaly, 2001). En ayant accès à ce genre d'intervention de façon préventive, le joueur peut développer un meilleur contrôle sur ses habitudes de jeu avant de ressentir de la détresse. Les TAA peuvent, pour certains joueurs, être considérés comme un premier outil d'intervention, le premier pas vers les ressources d'aide (Hodgins, 2005). En effet, un joueur ambivalent à l'égard de son investissement dans un processus de thérapie pourrait se montrer plus enclin à entreprendre une intervention utilisant une formule auto-administrée (Raylu, Oei et Loo, 2008). Advenant le cas où cette option ne donnerait pas les améliorations escomptées, le joueur sera alors possiblement davantage familiarisé avec les traitements psychologiques et à même d'adhérer à une forme de traitement plus intensive.

Comment un traitement autoadministré se déroule-t-il habituellement? Généralement, la personne consulte un manuel d'autotraitement ou différents documents à la maison et franchit les étapes du traitement à son rythme. Par contre, il semble que l'ajout d'un contact avec un intervenant à une telle formule d'intervention permette l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. Notamment, la combinaison de quelques entrevues effectuées selon les principes de l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick (2002) à un traitement autoadministré produirait des résultats favorables (Hodgins et coll., 2009). La pertinence d'utiliser les principes de l'approche motivationnelle dans un contexte de traitement du jeu provient du fait que les joueurs ressentent fréquemment de l'ambivalence à l'égard d'un processus de changement qui implique de renoncer partiellement ou totalement au jeu (Wulfert, Blanchard et Martell, 2003). Ainsi, une attention particulière portée à la motivation chancelante du joueur à cesser de jouer pourrait contribuer à le garder en traitement, peu importe la modalité.

Jusqu'à maintenant, quelques études réalisées au Canada et aux États-Unis ont investigué l'effet des traitements autoadministrés auprès des joueurs. Bien que la rigueur méthodologique des recherches soit variable et que les résultats diffèrent quelque peu d'une étude à l'autre, il semble que les traitements auto-administrés constituent une méthode d'intervention appréciée des joueurs et puissent réduire la gravité des problèmes de jeu et la fréquence de jeu (Hodgins, Currie et el-Guebaly, 2001; Hodgins et coll., 2009). De plus, l'inclusion d'entretiens de type motivationnel permet de renforcer les acquis à long terme (Hodgins et coll., 2004).

JEU ME QUESTIONNE

Avec ces résultats en tête, les chercheurs et cliniciens du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) ont élaboré un programme d'autotraitement intitulé *JEU me questionne* et destiné aux joueurs qui désirent modifier leurs habitudes de jeu (Ladouceur et coll., 2011). Inspiré d'*Alcochoix*, le programme comprend deux composantes, soit un manuel de traitement autoadministré et des entrevues de type motivationnel. La formule semi-autonome de *JEU me questionne* permet au joueur de progresser à son propre rythme tout en pouvant bénéficier de contacts téléphoniques avec un intervenant.

Le manuel de traitement autoadministré *JEU me questionne*, divisé en cinq phases, est d'approche cognitive-comportementale. Chacune des phases du manuel comprend les éléments suivants : 1) une courte introduction qui décrit le contenu de la section et la période de temps nécessaire à sa réalisation; 2) des grilles d'autoenregistrement afin que le joueur puisse noter quotidiennement ses activités de jeu tout au long du programme et ainsi prendre connaissance de sa pratique du jeu et visualiser ses progrès; et 3) des exercices, des réflexions et des textes informatifs. Le contenu du manuel permet au joueur de réfléchir sur la place qu'occupe le jeu dans sa vie et sur les situations qui le

placent à risque de jouer. Le joueur est également invité à choisir entre un objectif de jeu contrôlé ou d'abstinence et à identifier les pensées automatiques qui l'incitent à jouer afin de les remplacer par des pensées plus réalistes. Enfin, une phase est consacrée à la prévention de la rechute.

JEU me questionne a fait l'objet d'une étude de faisabilité dont les résultats s'avèrent prometteurs. En effet, les résultats découlant de cette première étude révèlent des changements significatifs observés sur les principaux indicateurs liés au jeu chez les 32 joueurs ayant complété le programme. Au terme du traitement, une réduction de la gravité des problèmes de jeu a été observée et celle-ci s'est maintenue lors des suivis d'un mois et de six mois. De même, les résultats indiquent une diminution significative du temps passé au jeu et de l'argent dépensé au jeu chez les joueurs une fois le programme complété. Enfin, une augmentation de la satisfaction de vie est remarquée auprès des participants après la complétion du programme et est maintenue aux mesures de suivi d'un mois et de six mois. *JEU me questionne* semble être une approche de traitement attrayante pour les joueurs, puisque la moitié des participants ont mentionné qu'ils n'auraient sans doute pas entrepris un traitement conventionnel pour leur problème de jeu.

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

Dates de la formation : 23-24 Mai 2014

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

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

No. de reconnaissance OPQ : RA00705-13

Objectifs de la formation :

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

Lieu: 1940 Boul. H-Bourassa Est, H2B 1S1

La formation est de 9h-17h.
Le repos du midi ainsi que le café/thé sont inclus et seront servis sur place les deux jours de formation.

Inscription avant le 11 Avril 2014 : 460\$
Inscription après le 11 Avril 2014 : 485\$

Inscriptions et informations :
info.formatoc@gmail.com



Formatrice:
Marie-Claude Félizier, Ph.D.

Psychologue spécialiste du TOC, en pratique privée depuis 10 ans.

Active dans la recherche clinique sur le TOC pendant 12 ans.

Avec ses collègues, elle a publié 'Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in OCD and Related Disorders' (Wiley, 2005).

Elle poursuit des activités de formation et de supervision clinique individuelle depuis plus de 10 ans.

Malgré que le programme autoadministré *JEu me questionne* semble apprécié des joueurs et paraît produire des résultats prometteurs, il est important de vérifier son efficacité à l'aide d'un protocole scientifique rigoureux, notamment par l'emploi d'un groupe de comparaison de type liste d'attente. Les études visant la faisabilité et la validation du programme ont obtenu le financement du Fonds de recherche du Québec – Société et culture et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le recrutement des joueurs pour l'étude de validation, débuté en 2013, se poursuit pendant toute l'année 2014 à l'Université Laval. Nous sollicitons l'aide des lecteurs de *Psychologie Québec* qui pourraient connaître des joueurs intéressés par ce programme. À la suite de sa validation empirique, le programme *JEu me questionne* pourrait être offert dans les CSSS du Québec, par exemple.

Programme *JEu me questionne* : participants recherchés

Le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) est actuellement à la recherche de participants souhaitant recevoir le programme *JEu me questionne*. Entièrement gratuit, le programme comprend des entretiens téléphoniques avec un intervenant et un manuel d'autotraitement afin d'aider toute personne qui désire garder ou reprendre le contrôle de ses habitudes de jeu.

Pour plus d'information, veuillez contacter Catherine Boudreault, responsable du projet, au **418 656-5389 [JEU]** ou au **1 866 677-5389**, ou par courriel à **catherine.boudreault.1@ulaval.ca**

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : n° d'approbation 2012-079 Phase I A-2 / 29-11-2013.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M., et Thomas, L. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 233-246. doi: 10.1007/s11469-006-9022-z
- Chou, K.-L., et Afifi, T. O. (2011). Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Epidemiology*, 173, 1289-1297. doi: 10.1093/aje/kwr017
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., et Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22, 275-287. doi: 10.1007/s10899-006-9016-6
- Evans, L., et Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 133-155. doi: 10.1007/s10899-005-3029-4
- Hodgins, D.C. (2005). Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19. doi: 10.1007/s10899-004-1917-7
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., Currie, G., et Fick, G.H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 950-960. doi: 10.1037/a0016318
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., et el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem-gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.50
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., et Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293-296. doi: 10.1037/0893-164X.18.3.293
- Kairouz, S., et Nadeau, L. (2010). *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal : Université Concordia.
- Ladouceur, R., Fournier, P.-M., Lafond, S., Giroux, I., Sévigny, S., Simoneau, H., et Leclerc, M. (2011). *Programme d'intervention bref et semi-autonome « JEU me questionne » pour les joueurs à risque et pathologiques*. Québec, Canada: Université Laval.
- Mains, J. A., Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 237-246. doi: 10.1002/jclp.10145
- Melville, K. M., Casey, L. M., et Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27, 944-958. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.004
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing 2nd edition: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., et Williams, J. (2009). Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 19-32. doi: 10.1007/s10899-008-9112-x
- Raylu, N., et Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00101-0
- Raylu, N., Oei, T. P. S., et Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review*, 28, 1372-1385. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.005
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., et Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25, 407-424. doi: 10.1007/s10899-009-9129-9
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T., et Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59, 1343-1346. doi: 10.1176/appi.ps.59.11.1343
- Toneatto, T., et Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.284
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., et Martell R. (2003). Conceptualizing and treating pathological gambling: A motivationally enhanced cognitive behavioral approach. *Cognitive and behavioral practice*, 10, 61-72. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80009-3



Offre de formations Hiver • Printemps 2014

Formations  Porte-Voix

Toutes ces formations sont accréditées par l'OPQ

Hiver 2014



Thérapie cognitive-comportementale des psychoses : formulation de cas et intervention

Mtl : 13-14 mars 2014

Par D^{re} Marie-Josée Marois, psychologue



Initiation à l'intervention auprès des enfants de 4 à 14 ans présentant des troubles de l'attachement

Qc : 20-21 mars 2014

Par D^{re} Geneviève Tardif, psychologue



Printemps 2014



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

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

Par D^{re} Lyse Turgeon, psychologue



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

Mtl : 13 juin 2014 • Qc : 25 avril 2014

Par André Renaud, psychologue et psychanalyste



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

Mtl : 12 juin 2014 • Qc : 24 avril 2014

Par D^r Sébastien Bouchard, psychologue



Notions de base de l'Entretien Motivationnel

Mtl : 29-30 mai 2014 • Qc : 17-18 avril 2014

Par D^{re} Rachel Green, psychologue



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

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

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

Par D^{re} Pascale Brillon, psychologue



Informations et inscriptions www.porte-voix.qc.ca

Tél. : 418 658-5396 | Téléc. : 418 658-5982 | Courriel : porte-voix@videotron.ca



D^{re} Marie-Anne Sergerie / Psychologue

La D^{re} Sergerie est psychologue clinicienne en bureau privé à Laval, formatrice et directrice de la Clinique Laval (cliniquelaval.com). Elle s'intéresse depuis plus de 15 ans aux aspects psychologiques et sociaux des nouvelles technologies. En 2008, elle a fondé le site Cyberdependance.ca, qui vise à donner des informations sur ce nouveau problème.

Cyberdépendance

La dépendance aux médias sociaux et à la technologie mobile

L'avènement des réseaux sans fil et de la technologie mobile ont favorisé le développement et l'utilisation des médias sociaux. Des problèmes liés à l'utilisation de ces nouvelles technologies ont toutefois été constatés. Cet article aborde la cyberdépendance en mettant l'accent sur la dépendance aux médias sociaux et aux technologies mobiles. Des pistes d'intervention seront également proposées afin d'aider les professionnels à intervenir auprès de cette clientèle.

_UTILISATION D'INTERNET, DES RÉSEAUX SOCIAUX ET DE LA TECHNOLOGIE MOBILE

Internet compte plus de 2 milliards d'utilisateurs à travers le monde (Miniwatts Marketing Group, 2013), dont environ 5 millions au Québec. Facebook est sans conteste le plus populaire des sites de réseautage social avec plus d'un milliard d'utilisateurs. À l'heure actuelle, 82 % des internautes adultes québécois utilisent les médias sociaux et ils le font habituellement pour consulter du contenu, pour relayer de l'information ou pour créer du contenu écrit, photo ou vidéo (CEFRIQ, 2013b).

Du côté de la technologie mobile, 52 % des adultes québécois possèdent un téléphone intelligent ou une tablette numérique. Chez les 18 à 44 ans, la proportion est encore plus forte, car environ 66 % d'entre eux possèdent un téléphone intelligent (CEFRIQ, 2013a).

_CYBERDÉPENDANCE : ÉTAT DES CONNAISSANCES

La cyberdépendance se manifeste par une utilisation récurrente et persistante des technologies ou des moyens de communication en ligne qui entraîne des difficultés sur le plan du fonctionnement social, psychologique, scolaire ou professionnel ainsi qu'un sentiment de détresse significatif chez l'individu (Caplan, 2002; Young, 1998, 2004; Sergerie, 2014). Cependant, la cyberdépendance n'est pas répertoriée dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), car, encore aujourd'hui, il n'existe pas de consensus entre les chercheurs et les cliniciens sur l'appellation de ce trouble et sur sa nosographie. Toutefois, le DSM-5 contient un chapitre intitulé « Troubles liés aux substances et les troubles addictifs » qui inclut actuellement le jeu pathologique, trouble qui figurait auparavant dans les « Troubles du contrôle des impulsions » dans le DSM-IV. Le DSM-5 aborde également le trouble du jeu vidéo sur Internet (*Internet Gaming Disorder*) dans une section sur les troubles

nécessitant des études plus approfondies sur le sujet (American Psychiatric Association, 2013).

Les critères proposés pour le trouble du jeu sur Internet du DSM-5 sont semblables à plusieurs critères de la cyberdépendance publiés dans la littérature. On y retrouve l'aspect de l'utilisation persistante et récurrente qui entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement. Les symptômes similaires sont :

- des préoccupations à l'égard de son utilisation (anticipation des prochaines sessions en ligne ou préoccupations à propos des sessions antérieures);
- un état de manque (ou sevrage) qui se caractérise par une humeur dysphorique, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la colère, de la tristesse ou de l'ennui lorsque l'accessibilité est impossible;
- de la tolérance (p. ex. accroître la durée d'utilisation);
- des tentatives infructueuses pour réduire, contrôler ou cesser l'utilisation;
- une perte d'intérêt ou une réduction des activités, passe-temps ou divertissements hors ligne;
- le maintien d'une utilisation excessive en dépit des problèmes psychosociaux associés à l'utilisation;
- des mensonges envers la famille, le thérapeute, l'entourage ou autres à propos du temps passé en ligne;
- l'utilisation pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex. sentiment d'impuissance, culpabilité, anxiété);
- des conséquences en raison de son utilisation (p. ex. perte de relations significatives, perte d'emploi ou d'occasions d'emploi, de carrière ou d'études) (traduction libre, APA, 2013; Tao et coll., 2009).

Il existe toutefois des disparités sur le plan de la période de référence pour poser un diagnostic, allant de 3 mois à 12 mois.

_TYPES DE CYBERDÉPENDANCE : UN BREF APERÇU

La cyberdépendance, ou l'usage problématique d'Internet, se manifeste à travers diverses applications. Dans la littérature, on peut trouver différents types de cyberdépendance, soit les activités sexuelles en ligne, les jeux en ligne, les transactions en ligne, la recherche d'informations et les cyberrelations (Young, 1999).

Les *activités sexuelles en ligne* renferment la cyberpornographie (échanger, visionner et télécharger du matériel pornographique en ligne) et la cybersexualité (p. ex. comportements masturbatoires durant les périodes de clavardage érotique). La catégorie des *jeux en ligne*, quant à elle, comprend principalement les jeux vidéo (en ligne ou hors ligne). Les *transactions en ligne* réfèrent aux sites et applications permettant de faire des achats ou activités commerciales en ligne (p. ex. boutiques en ligne, sites d'enchères, transactions boursières, etc.). La *recherche d'informations* (articles, photos, fichiers musicaux ou vidéo, etc.) peut devenir un problème lorsqu'une personne consacre des périodes de temps importantes à rechercher ou à amasser du contenu en ligne, ce qui réduit la productivité. Enfin, les *cyberrelations* comportent un aspect interactif et regroupent les applications de cyber-correspondance comme le clavardage, le courriel, la publication de blogues ou l'utilisation des médias sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, etc.).

__CYBERDÉPENDANCE AUX MÉDIAS SOCIAUX ET À LA TECHNOLOGIE MOBILE

La cyberdépendance aux médias sociaux se caractérise notamment par d'importantes préoccupations par rapport à l'utilisation des médias sociaux. Elle se traduit également par des symptômes de manque qui se manifestent par de l'anxiété, de l'irritabilité, de la colère ou de l'ennui lorsque l'accès aux médias sociaux est impossible. L'individu peut aussi observer un besoin d'accroître la fréquence ou le temps d'utilisation pour être satisfait, voir une réduction ou une perte d'intérêt pour les activités ou autres divertissements hors ligne ou encore avoir du mal à réduire ou à cesser son utilisation. L'utilisation sera aussi maintenue malgré les conséquences négatives vécues par l'utilisateur (p. ex. retards importants et fréquents dans les échéanciers au travail ou à l'école; problèmes amoureux s'il y a présence d'infidélité en ligne). Bien que plusieurs chercheurs se soient intéressés au thème des médias sociaux, il importe de spécifier que peu d'études portent spécifiquement sur la cyberdépendance aux médias sociaux.

La technologie mobile et les médias sociaux ont aussi contribué à l'apparition du phénomène FOMO (*Fear of missing out*), soit la peur de manquer quelqu'un ou quelque chose de mieux, de plus intéressant ou de plus excitant que ce que l'on fait présentement. Chez certains, la peur de faire un mauvais choix, combinée à l'instantanéité des technologies et à un sentiment d'urgence, alimente ainsi les hésitations et l'indécision. Paralysés, ils peuvent ainsi perdre beaucoup de temps à modifier leur horaire, mais aussi irriter leur entourage par leurs changements et annulations à la dernière minute.

La technologie mobile confronte donc ses utilisateurs à certains paradoxes. Le paradoxe de la *planification/improvisation* renvoie au fait que les technologies mobiles permettent de planifier efficacement des tâches ou des activités, mais peuvent aussi laisser place à l'improvisation lorsqu'en raison de la notion d'instantanéité les individus prennent des décisions rapidement. Le paradoxe de la *liberté/esclavage* réfère à la possibilité d'être contacté à

différents endroits et différents moments. La personne peut ainsi ressentir une certaine liberté de pouvoir être jointe facilement, mais également vivre un stress et se sentir obligée de répondre lorsqu'on tente de la joindre. Le paradoxe de l'*indépendance/dépendance* illustre que d'un côté les technologies mobiles permettent d'acquiescer plus d'indépendance en raison des nombreuses applications, mais d'un autre côté elles peuvent créer l'illusion qu'il est nécessaire d'y avoir accès pour fonctionner efficacement (Jarvenpaa et Lang, 2005). Ainsi, il importe que l'utilisateur apprenne à faire face adéquatement aux différents paradoxes pour tirer profit des technologies.

__PISTES DE SOLUTION ET D'INTERVENTION

Le traitement cognitif-comportemental de la cyberdépendance comprend des stratégies pour modifier les comportements, pour recadrer les pensées et réduire les méfaits (Young, 2011). Le tableau 1 (page 43) présente plusieurs stratégies pouvant être utilisées.

L'auto-observation de l'utilisation des technologies (fiches disponibles sur cyberdependance.ca) permet d'amorcer une réflexion afin d'aider le client à prendre conscience de ses comportements. Pour enrichir les auto-observations, une journée sans technologie comme Facebook, Twitter ou sans cellulaire peut également donner de précieux indices sur le rapport aux technologies.

La cyberdépendance est souvent associée à d'autres difficultés comme la dépression, l'anxiété, les problèmes relationnels, les difficultés professionnelles ou d'autres formes de dépendances (Young, 2011). Les technologies offrent une solution instantanée et « socialement acceptable » pour éviter ou fuir les problèmes de la vie courante. En un clic, les problèmes disparaissent temporairement. Le traitement doit donc tenir compte des autres problèmes psychologiques ou psychiatriques liés aux usages problématiques.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) s'avère également une avenue intéressante pour le traitement de la cyberdépendance. Les résultats d'une étude indiquent qu'après un traitement ACT de huit séances d'une heure trente minutes, huit cyberdépendants à la pornographie ont montré une réduction significative de leurs comportements de visionnement ainsi qu'une plus grande flexibilité psychologique (Twohig et Crosby, 2010). Les notions d'*acceptation* (laisser place aux émotions, aux pensées au lieu de les réprimer), de *défusion* (prendre de la distance à l'égard du contenu de ses pensées douloureuses afin de les désamorcer), de *soi comme contexte* (observer ses pensées et émotions sans se faire du mal), d'être en contact avec le *moment présent*, de *valeurs* (identifier ce qui est important pour soi afin d'orienter et donner un sens à sa vie) ainsi que d'*action engagée* (poser des actions conformes à ses valeurs) sont les six dimensions fondamentales de l'ACT qui permettent d'accroître la flexibilité psychologique (Harris, 2009). Il est donc intéressant d'intégrer ces dimensions au traitement de la cyberdépendance.

Tableau 1

STRATÉGIES POUR LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE (Young, 1999, 2011; Khazaal et coll., 2012)			
OBJECTIF	STRATÉGIE	DESCRIPTION	EXEMPLE
Auto-observation	Faire des auto-observations.	Évaluer la durée, la fréquence, les pensées, les émotions, les facteurs déclencheurs, etc. reliés aux comportements en ligne.	Voir cyberdependance.ca pour télécharger des exemples et des fiches.
Reconnaissance du problème	Reconnaître les coûts et les bénéfices.	Identifier les avantages et les inconvénients à poursuivre ou cesser le comportement.	Balance décisionnelle
	Recadrage cognitif	Identifier les croyances irrationnelles.	« J'ai eu une grosse journée, je vais aller me relaxer sur Internet. » « Ça ne fait de mal à personne. » « Ça ne prendra pas beaucoup de temps. »
Gestion du temps et planification	Pratiquer l'opposé.	Développer de nouvelles habitudes d'utilisation.	Changer l'ordinateur d'endroit, se connecter à des moments différents.
	Utiliser des alarmes externes.	Déterminer une durée de connexion et configurer une alarme en conséquence.	Minuterie de la cuisinière, réveil-matin, montre
	Réorganiser les appareils (ordinateur, tablette, console, cellulaire).	Effacer les applications problématiques.	Effacer les favoris (p. ex. sites pornographiques), les fichiers ou les applications problématiques (p. ex. photos, médias sociaux).
	Établir des objectifs.	Structurer les séances de connexion en fixant des objectifs réalistes.	Limiter son temps de connexion non essentiel à 20 minutes à la fois. Réduire graduellement de 20 heures à 15 heures par semaine et les répartir en séances de 2 heures par soir et 2 heures 30 min les fins de semaine.
Développement d'activités	Activités plaisantes et gratifiantes hors ligne	Mettre en place des activités plaisantes et gratifiantes hors ligne selon les intérêts de la personne.	Activités sociales, familiales, sportives, culturelles, artistiques, etc.

_EN CONCLUSION...

De plus amples recherches sont, bien évidemment, nécessaires afin d'approfondir les connaissances sur la cyberdépendance et son traitement. Internet fait maintenant partie de nos vies. Il suffit d'apprendre à nos clients à en faire bon usage!

_Bibliographie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553-575.
- CEFRIQ (Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations, à l'aide des technologies de l'information et de la communication) (2013a). NETendances 2013 – *La mobilité au Québec : une montée en flèche*. (4)7 [www.cefrio.qc.ca/media/uploader/2013-12-11_mobilite_HR.pdf] (consulté le 29 janvier 2014).
- CEFRIQ (2013b). NETendances 2013 – *Les adultes québécois toujours très actifs sur les médias sociaux*. (4)1 [www.cefrio.qc.ca/media/uploader/2_2013-06-26MediasSociaux-final.pdf] (consulté le 29 janvier 2014).
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Jarvenpaa S. L. et Lang K. R. (2005). The Paradox of Mobile Technology. *Information Systems Management*, 22(4), 7-23.
- Khazaal, Y., Xiroussavidou, C., Khan, R., Edel, Y., Zebouni, F. et Zullino, D. (2012). Cognitive-behavioral Treatments for "Internet Addiction". *The Open Addiction Journal*, 5, 30-35.
- Miniwatts Marketing Group (2013). *Internet world stats: Usage and population statistics* [www.internetworldstats.com/stats.htm] (consulté le 29 janvier 2014).
- Sergerie, M.-A. (2014). Cyberdépendance.ca : Quand l'utilisation d'Internet et des technologies devient un problème [www.cyberdependance.ca] (consulté le 29 janvier 2014).
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y. et Li, M. (2009). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105, 556-564.
- Twohig, M. P. et Crosby, J. M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Problematic Internet Pornography Viewing. *Behavior Therapy*, 41, 285-295.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1(3), 237-244.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. Dans L. VandeCreek et T. Jackson (éd.). *Innovations in Clinical Practice: A source Book*, 17, 19-31.
- Young, K. S. (2004). Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402-415.
- Young, K. S. (2011). CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 304-312.



D^r Mathieu Couture / Psychologue

Le D^r Couture travaille à la Clinique des troubles sexuels de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.



Isabelle Proulx

Sexologue et psychothérapeute

M^{me} Proulx travaille à la Clinique des troubles sexuels de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et est chargée de session clinique au certificat en études sur la toxicomanie à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

_Le trouble hypersexuel

Depuis la publication du livre *Out of the Shadows* de Patrick Carnes (1983), les comportements sexuels « incontrôlables » ont attiré l'attention de cliniciens et de chercheurs qui ont tenté de définir et de classer cette problématique. Plusieurs expressions ont été utilisées pour en parler : *nymphomanie*, *satyriasis*, *dépendance sexuelle*, *impulsivité sexuelle* ou *compulsion sexuelle*. La diversité des termes reflète les modèles théoriques qui ont été proposés : s'agit-il d'un trouble sexuel, d'une dépendance sans substance, d'un trouble obsessionnel-compulsif ou d'un trouble du contrôle des impulsions? Plusieurs auteurs adhèrent au concept du *trouble hypersexuel*, qui se veut plus neutre et athéorique (Kaplan et Krueger, 2010). Cependant, des questions demeurent : sur quels critères se base-t-on pour définir le trouble? Comment le distinguer d'autres pathologies similaires? Comment l'évaluer et le traiter? Le présent article a pour but de dresser un portrait des connaissances sur le sujet.

_DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Le groupe de travail sur les troubles sexuels et de l'identité de genre constitué pour la révision du DSM-5 a proposé d'inclure le trouble hypersexuel en tant que trouble distinct et a élaboré des critères diagnostiques qui se voulaient athéoriques (Kafka, 2010). Malgré la décision de l'American Psychiatric Association de ne pas inclure le trouble hypersexuel dans son manuel, les critères proposés par Kafka (2013; 2010) (tableau 1, page 45) demeurent la référence actuelle dans le domaine (Reid, 2013).

À la suite du diagnostic, le clinicien doit préciser s'il s'agit de masturbation, de consommation de pornographie, de comportements sexuels avec un adulte consentant, de cybersexe, du recours à des lignes téléphoniques érotiques, de la fréquentation de clubs de danse érotique ou de tout autre comportement sexuel non paraphilique.

À l'heure actuelle, les données concernant la prévalence du trouble hypersexuel sont mitigées, possiblement en raison de la controverse qui persiste quant à sa conceptualisation. Certains auteurs ont affirmé que de 3 à 6 % de la population souffrirait d'un trouble hypersexuel (Carnes, 2001; Coleman, 1990). Toutefois, ces données cliniques demeurent des estimations non confirmées par des études épidémiologiques. À partir de l'analyse des données d'une enquête nationale sur la santé et la sexualité en Suède, Langström et Hanson (2006) soulignent la présence de comportements hypersexuels

(p. ex. fréquence élevée de consommation de pornographie) chez 12,1 % des hommes et 7 % des femmes. Dans l'étude de Skegg et coll. (2010), en Nouvelle-Zélande, 12,7 % des hommes et 6,7 % des femmes rapportent des fantasmes et des pulsions sexuelles incontrôlables au cours de la dernière année. Précisons que les données de ces deux études ne témoignent pas systématiquement de la présence d'un trouble hypersexuel. En ce sens, dans l'étude de Skegg et coll. (2010), seulement 0,8 % des hommes et 0,6 % des femmes présentent des comportements sexuels *qui perturbent le quotidien* au moment de la cueillette d'information, ce qui correspond davantage à la définition d'un trouble. Il est reconnu que les hommes seraient plus susceptibles que les femmes de développer un trouble hypersexuel (Reid, 2013). Quant à la comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale, elle apparaît mieux documentée, particulièrement avec les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le trouble d'abus de substances, les troubles de la personnalité ainsi que le déficit d'attention (Kaplan et Krueger, 2010).

_CONCEPTUALISATIONS PROPOSÉES

Le débat quant à la nature du trouble hypersexuel peut sembler stérile, puisque les symptômes et la souffrance subjective qu'ils entraînent chez l'individu devraient être la première préoccupation. Cependant, la compréhension théorique du trouble hypersexuel est essentielle, notamment en ce qui regarde sa possible appartenance à une catégorie connue de troubles psychologiques. C'est ainsi que pourront être bonifiés les paramètres liés à l'évaluation, au traitement et à la recherche concernant ce trouble (voir Reid, 2013).

Parmi les modèles théoriques qui ont été tentés dans les dernières années, quatre se distinguent : le trouble hypersexuel en tant que dépendance comportementale (Carnes, 2001); le trouble hypersexuel en tant que variante du trouble obsessionnel-compulsif (Coleman, 1990); le trouble hypersexuel en tant que trouble du contrôle des impulsions (Levine, 2010) ainsi que le trouble hypersexuel en tant que trouble sexuel (Kafka, 2010).

Sur le plan du traitement, le modèle de la dépendance sans substance comportementale prédomine actuellement (voir Rosenberg, Carnes et O'Connor, sous presse). D'ailleurs, plusieurs ressemblances sont observées entre le jeu pathologique, inclus dans le DSM-5 en tant que dépendance sans substance, et le trouble hypersexuel. Dans les deux cas, il peut y avoir escalade des comportements, états de sevrage, difficulté majeure à réduire la fréquence des comportements nuisibles, temps accru consacré à la recherche de l'objet d'assuétude et perpétuation des comportements malgré des conséquences négatives (Kor et coll., 2013).

Tableau 1

RÉSUMÉ DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PROPOSÉS PAR KAFKA (2013; 2010) POUR LE TROUBLE HYPERSEXUEL

A. Au cours d'une période d'au moins 6 mois, persistance de fantasmes sexuels intenses, d'obsessions sexuelles et de comportements sexuels associés à 4 des 5 critères suivants :

- quantité de temps excessive octroyée à penser à, à planifier ou à avoir des comportements sexuels;
- s'engager de manière répétée dans des comportements sexuels en réponse à une humeur dysphorique telle que l'anxiété, l'irritabilité, la dépression ou l'ennui;
- utiliser de manière répétée des fantasmes sexuels en réponse à des événements stressants de la vie;
- efforts répétés, mais infructueux, afin de contrôler ou de réduire considérablement ces fantasmes ou comportements sexuels;
- s'engager de manière répétée dans des comportements sexuels en faisant abstraction du risque de préjudices physiques ou affectifs qu'ils engendrent pour soi-même ou pour autrui.

B. Présence d'une détresse cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants; dues à la fréquence et à l'intensité de ces fantasmes ou comportements sexuels.

C. Les fantasmes ou comportements sexuels ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance exogène (drogue ou médication), à un autre trouble de santé mentale (p. ex. psychose ou épisode maniaque) ou à une condition médicale (p. ex. lésion du lobe frontal ou neuropathologie).

D. La personne a au moins 18 ans.

Certaines similitudes neuroanatomiques sont également constatées, dont une participation des systèmes neuronaux liés à la récompense et au plaisir, surtout dans les régions du striatum, du cortex préfrontal médian et orbitofrontal et de tout ce qui a été nommé le « réseau » dopaminergique mésolimbique (voir Kor et coll., 2013; voir aussi Rosenberg, Carnes et O'Connor, sous presse, ainsi que Samenow, 2010). Pour l'instant, contrairement au jeu pathologique, les données empiriques concernant le trouble hypersexuel sont limitées (voir Kor et coll., 2013; voir aussi Kafka, 2013). Les études futures devront tenter de préciser les corrélats neuroanatomiques entre les deux conditions ainsi que les ressemblances sur le plan de l'épidémiologie et de la comorbidité (Naficy, Samenow et Fong, 2013).

Le trouble obsessionnel-compulsif a aussi été évoqué pour rendre compte des symptômes du trouble hypersexuel (Coleman, 1990). Les similitudes entre les deux pathologies résident en l'utilisation d'un comportement compulsif dans le but de neutraliser une anxiété, ainsi qu'en des actes de ritualisation (Kor et coll., 2013). Toutefois, les données sont moins probantes quant à cette association. D'ailleurs, seulement 15 % des gens aux prises avec un trouble hypersexuel auraient un profil clinique s'apparentant au trouble obsessionnel-compulsif (Black et coll., 1997). De plus, on retrouve rarement d'autres types d'obsessions/compulsions chez les gens hypersexuels,

ce qui pourrait être attendu selon ce modèle théorique (Bancroft et Vukadinovic, 2004). Par surcroît, la nature égodynamique du comportement hypersexuel (la personne désire et retire un plaisir du comportement) contraste avec la nature égodynamique du comportement compulsif chez l'obsessionnel (Kor et coll., 2013). Cela remet en question la pertinence de ce modèle théorique.

En ce qui concerne l'hypothèse d'un trouble du contrôle des impulsions (voir Levine, 2010), les données actuelles sont peu concluantes. Il y aurait une composante impulsive qui amorcerait le comportement sexuel, mais les auteurs expliquent difficilement la nature de la composante compulsive qui le maintiendrait. De plus, les résultats sont mitigés par rapport au postulat selon lequel les gens avec un trouble hypersexuel seraient plus impulsifs (voir Kor et coll., 2013).

Enfin, certains auteurs proposent de catégoriser le trouble hypersexuel comme une entité nosologique incluse dans la famille des troubles sexuels (voir Kafka, 2013). Cette approche a la qualité d'être parcimonieuse, surtout car elle met au premier plan la nature sexuelle de la problématique. Toutefois, cette classification ne devrait pas être adoptée sans que les similitudes conceptuelles entre le trouble hypersexuel et les autres pathologies connues, telles que présentées précédemment, aient été comprises.

En plus de cerner la nature du trouble hypersexuel, les chercheurs et cliniciens dans le domaine devront répondre à certaines oppositions légitimes à ce concept. Il sera nécessaire d'établir les balises pour différencier un comportement sexuel « normal » et un comportement sexuel « excessif ». Comme le rappelle Moser (2013), les domaines de la psychiatrie et de la psychologie ont parfois été guidés par des tendances moralisatrices. Les valeurs de l'entourage et des professionnels peuvent contribuer à une perception d'inadéquation des comportements sexuels chez un individu. De la même façon, un conflit interne résultant d'une méconnaissance de la sexualité ou d'une éducation sexuelle répressive pourrait mener un individu à se sentir coupable de comportements sexuels « normaux ». Dans un autre ordre d'idée, il faudra s'assurer que les comportements sexuels compulsifs sont bel et bien les manifestations d'un trouble spécifique et non uniquement les symptômes d'un autre trouble. En ce sens, les études à venir concernant la comorbidité seront informatives (Naficy, Samenow et Fong, 2013; Reid, 2013).

ÉVALUATION ET TRAITEMENT

Les individus qui demandent de l'aide en lien avec leurs comportements sexuels incontrôlables constituent un groupe hétérogène (Reid, 2013). Samenow (2010) propose donc d'utiliser le modèle biopsychosocial permettant d'identifier les facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et de protection afin d'élaborer un plan de traitement individualisé. L'évaluation devrait permettre de documenter l'apparition et l'évolution des comportements sexuels problématiques, mais aussi les histoires développementale, sexuelle, psychiatrique et médicale. Une attention particulière doit être portée à la comorbidité, afin de confirmer qu'il s'agit d'un problème distinct et de tenir compte des interactions possibles entre les diverses pathologies.

Selon Womack et coll. (2013), une évaluation exhaustive devrait comporter une entrevue clinique semi-structurée, une mesure autorapportée des symptômes sexuels généraux, une mesure autorapportée des conséquences dans les différentes sphères de vie ainsi qu'une mesure objective des comportements sexuels (p. ex. le nombre total d'orgasmes par semaine). Pour une discussion des forces et des faiblesses des outils répertoriés pour évaluer le trouble hypersexuel, voir Womack et coll. (2013).

En ce qui concerne le traitement, Kafka (2000) suggère un modèle en trois étapes : 1) la reprise de contrôle du comportement sexuel problématique; 2) la gestion des problèmes du quotidien (p. ex. les conflits conjugaux); 3) le travail sur les facteurs étiologiques. Concernant ce dernier point, précisons que les principaux facteurs psychologiques et sociaux qui sont associés au développement d'un trouble hypersexuel sont les troubles d'attachement, les événements sexuels marquants, certains schémas cognitifs, l'intériorisation de normes sociosexuelles répressives ou rigides, l'homophobie ainsi que l'accès facile et l'exposition précoce à la pornographie sur Internet (Samenow, 2010). Ces éléments sont des incontournables afin d'assurer le maintien des acquis à long terme.

Diverses modalités de traitement sont utilisées auprès des individus souffrant d'un trouble hypersexuel. La thérapie cognitive-comportementale est la plus répandue, particulièrement le modèle de prévention de la rechute utilisé pour le traitement de la toxicomanie. Le comportement sexuel est alors considéré comme une solution exutoire utilisée par l'individu pour fuir le malaise causé par une situation du quotidien. Le traitement vise à identifier les déclencheurs pour ensuite aider la personne à faire face à ses difficultés et ainsi diminuer ou cesser le recours à l'objet d'assuétude. La thérapie de groupe, la thérapie de couple et la pharmacothérapie font aussi partie des options de traitement. De plus, soulignons l'existence de groupes de soutien pour les dépendants sexuels, fondés sur le modèle des douze étapes et comparables au regroupement des Alcooliques Anonymes.

À l'instar d'Edwards (2012), plusieurs cliniciens reconnaissent l'importance d'inclure des cibles thérapeutiques liées aux perturbations du développement psychosexuel. Ainsi, les lacunes sur le plan des connaissances sexuelles, les séquelles de traumatismes sexuels, les conflits liés aux valeurs, à l'image corporelle tout comme l'approvisionnement d'une sexualité saine et de l'intimité doivent être travaillés.

Soulignons que des études rigoureuses d'efficacité du traitement pour le trouble hypersexuel seront nécessaires.

_CONCLUSION

À la clinique des troubles sexuels de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, nous offrons, depuis octobre 2012, un groupe de traitement pour les hommes qui souffrent d'un trouble hypersexuel. Nous privilégions le modèle de traitement de la dépendance tout en tenant compte des différents facteurs étiologiques possibles afin d'établir un plan de traitement individualisé. Nous croyons de plus que les outils thérapeutiques reconnus dans le traitement des dépendances peuvent être facilement adaptés aux individus qui souffrent d'un trouble hypersexuel afin de leur permettre de retrouver un pouvoir sur leur vie et un plus grand bien-être sexuel et psychologique.

_Bibliographie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bancroft, J., et Vukadinovic, Z. (2004). Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What? Toward a Theoretical Model. *The Journal of Sex Research*, 41 (3), 225-234.
- Black, D. W., Kehrberg, L. D., Flumerfelt, D. L., et Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154, 243-249.
- Carnes, P. (2001). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (3^e édition). Center City, MN: Hazelden.
- Carnes, P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis, MN: CompCare Publishers.
- Coleman, E. (1990). The Obsessive-Compulsive Model for Describing Compulsive Sexual Behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 2, 2-14.
- Edwards, W. (2012). Applying Sexual Health Model to the Assessment and Treatment of Internet Sexual Compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 3-15.
- Kafka, M. P. (2013). The Development and Evolution of the Criteria for a Newly Proposed Diagnosis for DSM-5: Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 19-26.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kafka, M. P. (2000). The paraphilia-related disorders. Dans: Leiblum S.R., et Rose R.C. *Principles and Practice of Sex Therapy* (3^e édition). New York: Guilford Press.
- Kaplan, M.S., et Krueger, R.B. (2010). Diagnosis, Assessment, and Treatment of Hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47 (2-3), 181-198.
- Kor, A., Fogel, Y. A., Reid, R. C., et Potenza, M. N. (2013). Should Hypersexual Disorder be Classified as an Addiction? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 27-47.
- Langström, N., et Hanson, R.K. (2006). High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 37-52.
- Levine, S.B. (2010). What is sexual addiction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36, 261-275.
- Moser, C. (2013). Hypersexual Disorder: Searching for Clarity. *Sexual Dependence & Compulsivity*, 20, 48-58.
- Naficy, H., Samenow, C. P., et Fong, T. W. (2013). A Review of Pharmacological Treatments for Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 139-153.
- Reid, R. C. (2013). Personal Perspectives on Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 4-18.
- Rosenberg, K. P., Carnes, P., et O'Connor, S. (sous presse). Evaluation and Treatment of Sex Dependence. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Samenow, C. P. (2010). A Biopsychosocial Model of Hypersexual Disorder/Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 69-81.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dichson, N., et Paul, C. (2010). Perceived "Out of Control" Sexual Behavior in a Cohort of Young Adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 968-978.
- Womack, S.D., Hook, J.N., Ramos, M., Davis, D.E., et Penberthy, J.K. (2013). Measuring Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 65-78.

PRINTEMPS 2014

INVITÉES INTERNATIONALES - À NE PAS MANQUER !



La compassion pour soi et la résilience émotionnelle (Self-compassion and emotional resilience)

Dre Kristin Neff, Ph.D., professeure, auteure
Montréal : 11 avril 2014

Coût : 215 \$ + tx --- Nb d'heures : 6

FORMATION EN ANGLAIS AVEC TRADUCTION
SIMULTANÉE

PALAIS DES CONGRÈS



Pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent (niveau 1)

Dre Sandrine Deplus, Ph.D., psychologue

Montréal : 8 avril 2014
Québec : 22 avril 2014

Coûts :

1 journée : 180 \$ + tx --- **Nb d'heures : 6**
2 journées : 335 \$ + tx
3 journées : 475 \$ + tx

Ces formations peuvent être suivies individuellement ou une à la suite de l'autre.

Pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent (niveau 2)

Montréal : 9 avril 2014
Québec : 23 avril 2014

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec les parents

Montréal : 10 avril 2014
Québec : 24 avril 2014



La thérapie des schémas : modèle de base

Dr Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue

Québec : 13-14 mars 2014
Montréal : 27-28 mars 2014

Coût : 330 \$ + tx
Nb d'heures : 12



La thérapie cognitive-comportementale dans le traitement de la fibromyalgie

Dre Evelyne Trahan, D.Psy., psychologue

Québec : 4 avril 2014
Montréal : 25 avril 2014

Coût : 180 \$ + tx --- Nb d'heures : 6



Le programme ZAK et ZOÉ : une intervention novatrice visant le TAG chez les enfants de 8 à 12 ans

Dre Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue

Sherbrooke : 2 mai 2014

Coût : 180 \$ + tx --- Nb d'heures : 6



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

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

Montréal : 9 mai 2014

Coût : 180 \$ + tx --- Nb d'heures : 6

VISITEZ NOTRE NOUVEAU SITE :  IFTCC.COM

Obtenez un rabais allant de 10 à 15 % en vous inscrivant simultanément à 3 formations et plus

Le catalogue de formation continue

Maintenant bien installé sur le site Web, le catalogue est un outil incontournable pour les membres à la recherche d'une activité de formation reconnue en psychothérapie. Au moment de mettre sous presse, plus de 250 activités y étaient affichées pour 2014. Des modifications ont été apportées aux critères de recherche afin de mieux répondre aux besoins des utilisateurs : chercher par thème, par formateur et par dispensateur.

Les critères de recherche du catalogue sont : le thème de la formation, le formateur, le dispensateur, le mois de l'activité, les modèles d'intervention théorique, la tenue en salle ou en ligne et, enfin, la ville. Si aucun critère n'est sélectionné, toutes les activités inscrites apparaîtront. Il est possible d'inscrire plusieurs critères pour obtenir des résultats plus précis. Lorsque l'on clique sur « rechercher », la liste complète des résultats s'affiche, classée par titre de formation, en ordre alphabétique. Pour changer l'ordre d'affichage des résultats selon votre préférence, il suffit de cliquer sur « Date », « Ville » ou « Heures reconnues en psychothérapie ». Le descriptif complet, la biographie du formateur et les informations relatives à l'inscription s'affichent lorsque l'on clique sur la formation. Si vous désirez imprimer les informations concernant une activité, cliquez sur « Imprimer cette activité » dans le coin supérieur droit de l'encadré.

www.ordrepsy.qc.ca/catalogue



30 ANS DE SERVICE POUR DIANE CÔTÉ ET 25 ANS DE SERVICE POUR ÉMILIE MARTEL

Le 6 février dernier, les employés de la permanence de l'Ordre se sont réunis pour souligner les 30 ans de service de M^{me} Diane Côté, directrice des communications, et les 25 ans de service de M^{me} Émilienne Martel, commis-comptable. La présidente de l'Ordre, M^{me} Rose-Marie Charest, a profité de cette occasion pour les remercier, au nom de tous les psychologues, de l'engagement qu'elles témoignent envers la profession depuis autant d'années. Un bijou a été remis à chacune d'elles.

Sur la photo, M^{me} Émilienne Martel, M^{me} Rose-Marie Charest et M^{me} Diane Côté.



Activités régionales et des regroupements

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

Le comité de formation continue de la région Saguenay-Lac-Saint-Jean invite les psychologues de la région à deux journées de formation qui se tiendront prochainement dans la région.

La première journée, le vendredi 21 mars 2014, portera sur *L'état de mon client souffrant de TSPT ne s'améliore pas, pourquoi et quoi faire?* et sera animée par la D^{re} Pascale Brillon, psychologue. Notez que cette activité de niveau avancé, qui aura lieu de 8 h 30 à 16 h à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay, est reconnue par le programme de formation continue en psychothérapie pour 6 heures.

La deuxième journée, le vendredi 25 avril 2014, aura comme thème *Identité et comportements sexuels chez les jeunes* et sera animée par M^{me} Jocelyne Thériault, psychologue. Cette activité, qui aura lieu de 8 h 30 à 16 h à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay, est également reconnue pour 6 heures par le programme de formation continue en psychothérapie.

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales au Saguenay-Lac-Saint-Jean, communiquez avec M. Réjean Simard, psychologue, au 418 251-4838.

ACTIVITÉS DE FORMATION DE L'ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DES LAURENTIDES

L'Association des psychologues des Laurentides invite tous les psychologues à une journée de formation sur *L'évolution du couple et les bases du bonheur conjugal* avec M. Yvon Dallaire, psychologue. Cette formation aura lieu le vendredi 25 avril 2014 de 8 h 30 à 16 h 30 au Manoir Saint-Sauveur à Saint-Sauveur-des-Monts.

Prenez note que l'activité est reconnue par le programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre pour 6 heures. Tous les psychologues sont bienvenus, mais ceux de la région laurentienne auront priorité d'accès. Pour vous inscrire, téléphonez au 819 321-9683. La date limite d'inscription est le 4 avril 2014.

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

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) propose différentes activités.

D'abord, dans la région de l'Estrie, deux activités sont organisées. La première est une journée de formation portant sur l'outil NEO PI-3 et aura lieu le 21 mars prochain, de 9 h à 16 h, chez le Groupe GCRH, au 165, rue Wellington Nord, bureau 100, à Sherbrooke. La deuxième activité, une conférence intitulée *Et si l'évaluation de potentiel vous menait plus loin*, aura lieu le 23 avril 2014, de 17 h 30 à 20 h 30, à l'Agora du carrefour de l'information (local B1-2002) de l'Université de Sherbrooke.

Puis, dans la région de l'Outaouais, deux événements sont organisés. Le premier, qui se tiendra le vendredi 4 avril 2014, est un mini-colloque ayant pour thème *Améliorer la gestion du changement en entreprise : vers de nouvelles connaissances, stratégies et expériences auprès des équipes de travail* et aura lieu de 8 h 30 à 16 h au local D-0443 du Pavillon Alexandre-Taché de l'Université du Québec en Outaouais. Le deuxième, une conférence ayant pour thème *Relations intergénérationnelles et communication au travail : des questions d'âge et d'âgeisme?*, aura lieu le vendredi 23 mai 2014, de 13 h 30 à 16 h 30, au local E-0218 (à confirmer) du Pavillon Alexandre-Taché de l'Université du Québec en Outaouais.

Ensuite, à Montréal, un souper-conférence ayant comme thème *Montée en force des risques psychosociaux au travail : regard critique sur les perspectives d'évolution du syndicalisme* aura lieu le mercredi 23 avril 2014, de 17 h 30 à 20 h 30, au Holiday Inn Montréal-Midtown, au 420, rue Sherbrooke Ouest, à Montréal.

Enfin, la SQPTO invite tous ses membres à son 17^e colloque annuel, qui aura lieu les 8 et 9 mai 2014 au Holiday Inn Montréal-Midtown, à Montréal. Ayant comme thème *Les différents visages du leadership*, le colloque accueillera deux conférenciers d'honneur, soit Monsieur Bernard Landry et Madame Isabelle Hudon.

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

Colloques et congrès

36^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Date : 28, 29 et 30 mars 2014
Lieu : Montréal
Pour information : www.sqrp.ca

COLLOQUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GESTLAT

Date : 4 et 5 avril 2014
Lieu : Montréal
Pour information : www.gestaltqc.ca

RASSEMBLEMENT POUR LA SANTÉ ET LE MIEUX-ÊTRE EN ENTREPRISE

Date : 14 et 15 avril 2014
Lieu : Montréal
Pour information : www.lerassemblement.ca

75^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE

Date : 5 et 6 juin 2014
Lieu : Vancouver
Pour information : www.cpa.ca

Tableau des membres

En date du 30 janvier 2014

_NOUVEAUX MEMBRES

Abenhaim, Solline
Adda, Fatima
Allman, Ava-Ann
Bissonnette, Catherine
Bourassa, Mélanie
Cabald, Ceindra
Collins, Elizabeth

Di Stefano, Gessica
Doré, Pascale
Dubreuil, Philippe
El-Khoury, Bassam
Giraldo, Margarita-Maria
Karam, Rana
Laperlier, Stéphanie

Leybman, Michelle
Linnen, Anne-Marie
Moreau, Patricia
Morin, Sébastien
Néron, Annie-Pier
Skinner Berdugo, Alexander
Thibaudeau, Fanny

Walsh, Sébastien
Zimmerman, Sarah

_DÉCÈS

Sauvé, Gilles



L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

Odile Husain, Ph.D.
Mariette Lepage, M.Ps.
Claudine Lepage, M.Ps.
Silvia Lipari, M.A.

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

Activité reconnue par l'OPQ.

Inscription avant le 30 novembre 2014

www.psychologieprojective.org
info@psychologieprojective.org



_AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE

AVIS est par la présente donné que **Madame Nathalie Pelletier**, permis numéro 08300-98, exerçant sa profession à Terrebonne, a été trouvée coupable d'une infraction par le conseil de discipline. La décision sur culpabilité a été confirmée par le Tribunal des professions. L'infraction reprochée est de nature suivante :

Durant un suivi psychothérapeutique qui a duré du mois d'août 2007 au mois de février 2008, elle s'est placée dans une situation de conflit d'intérêts et de confusion de rôles et n'a pas eu une conduite irréprochable avec son client qui la consultait principalement en raison de problèmes causés par une rupture amoureuse.

Le tout en contravention de l'article 13 du *Code de déontologie des psychologues* (R.R.Q., c. C-26, r.148.1).

Dans sa décision rendue le 29 novembre 2013 et signifiée le 9 décembre 2013, le Tribunal des professions a confirmé partiellement la décision sur sanction rendue par le conseil de discipline le 23 septembre 2011. L'intimée a donc été condamnée à une radiation temporaire de trois (3) mois sur le seul chef de la plainte et au paiement de tous les déboursés, incluant les frais d'expert et les déboursés en appel. Un délai de six (6) mois lui a été accordé par le conseil de discipline pour payer les déboursés de première instance. Le conseil de discipline a ordonné à la secrétaire du conseil de discipline de faire publier, aux frais de l'intimée, un avis de la décision, conformément à l'article 156 du *Code des professions*.

Avis est donné que **Madame Nathalie Pelletier** est radiée du Tableau de l'Ordre pour une période de trois (3) mois à compter du 9 décembre 2013.

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

Ville Mont-Royal, ce 15 janvier 2014

M^e Édith Lorquet

Secrétaire du conseil de discipline

Registre des psychothérapeutes

En date du 30 janvier 2014

_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Adams, Deborah
Baklouti, Soumaya
Barbier, Annie
Bédard, Sylvie
Bernier, Lucie
Bessette, Lyse
Boisclair, Isabelle
Boucher, Suzanne
Bouré, Suzanne
Brookman, Stéphanie
Byrne, Jaimie
Caporicci, Rosa
Carrier, Céline
Chastenay, Sandra
Chenouard, Béatrice
Cofsky, Louise
Coppée, Marie-Sybille
Coriveau, Dominique
Cossette Dessureault, Claudette
Côté, Hélène
Craan, George-Marie
De Koninck, Anne-Marie

De Smit, Nicolette
Desbiens, Karen
Desrosiers, Lyne
El Saadani, Mariam
Ellis, Michael
Faligot, Francine
Ferland, Marie-Claude
Forgues-Bundock, Catherine
Fournier, Annie
Fournier, Katia
Gagné, Lyne
Gaignon, Christophe
Germain, Kateri
Goerner, Natalie
Goldman, Karen
Grant, Katrina
Gyumishyan, Suren
Hamel, Marie-Julie
Hébert, Natalie-Vanille
Jaunasse, Gaël
Julien, Nicole
Khazzam, Evelyn
Kuzmarov, Donna

Lacroix, Anie
Lafortune, Marie-Claude
Lagacé, Sylvie
Lambin, Michèle
Laniel, Lucie
Lapierre, Guy
Larivière, Mario
Laroche, Francis
Larosée, Roxane
Lavallée, Sylvie
Le Blond, Danièle
Leroux, Sylviane
Macmartin, Lisa
Maltais, Manon
Mencow Hundert, Ruth
Modérie, Sylvie
Morin, Marie-Line
Morneau, Hélène
Murray, Rebecca
Myre, Geneviève
Nadeau, Christine
Nadeau, Francine
Osborne Coolidge, Ellen

Ouimet, Anne-Marie
Ouwkerk, Elisabeth
Pampoulova, Tania
Parisien, Diane
Peel, Karine
Perron, Claudie
Picard, Stéphane
Plamondon, Annie
Pouliot, Cynthia
Rafman, Nancy
Raiche, Ja-Nyne
Robitaille, Diane
Roger, Jean-Luc
Simard, Huguette
St-Amour, Céline
St-Jean, Sandra
Tessier, Suzanne
Thibodeau, Daniel
Veillette, Anny
Wolf, Vanessa
Wolfe, Louise
Yaffe, Miriam
Yetnikoff, Thea

Formation sur la tenue de dossiers



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

M^{me} Élyse Michon, formatrice



M^{me} Élyse Michon, psychologue, a été inspectrice de l'Ordre pendant trois ans avant de collaborer à la conception du cours de déontologie qu'elle donne maintenant depuis plus de quinze ans. M^{me} Michon est également la formatrice du cours sur la tenue de dossiers offert par l'Ordre et enseigne le cours en Éthique et déontologie à l'Université de Sherbrooke.

PROCHAINE SESSION

2 mai 2014 à Laval, de 8 h 30 à 16 h 30

Hôtel Hilton Laval
2225, Autoroute des Laurentides
Laval (Québec) H7S 1Z6

Les frais d'inscription pour cette journée de formation sont de 172,46 \$, taxes incluses.

Inscription en ligne : www.ordrepsy.qc.ca/tenuededossiers

PROGRAMME DE BOURSES POUR ENCOURAGER LES ADULTES VIVANT AVEC UN TDAH À POURSUIVRE LEURS ÉTUDES POSTSECONDAIRES

Le Programme de bourses TDAH de Shire Canada vise à aider les adultes canadiens ayant reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à poursuivre des études postsecondaires.

Le Programme de bourses TDAH de Shire Canada comprend une aide financière d'une valeur de 1500 \$ servant à couvrir une partie des droits de scolarité dans un établissement postsecondaire reconnu au Canada et des services de coaching TDAH d'une valeur estimée à 4400 \$.

Les demandes doivent être soumises au plus tard le 15 avril 2014. Pour plus d'informations, visitez le www.boursesTDAHShire.com.

_NOMINATION

LA D^{RE} MONA ABBONDANZA ÉLUE RESPONSABLE DE LA SECTION PSYCHOLOGIE ET RELIGION DE LA SCP

La D^{re} Mona Abbondanza, psychologue, a récemment été élue responsable de la Section psychologie et religion de la Société canadienne de psychologie (SCP). La mission de la Section psychologie et religion est de promouvoir le développement de ce domaine, de fournir aux membres de l'information sur les activités, les événements et la recherche, d'organiser des formations, de rédiger les énoncés de politique ou de représenter la SCP auprès d'organismes sur des sujets reliés à ce domaine. La D^{re} Abbondanza est professeure au Département de sciences des religions de l'Université du Québec à Montréal.

CFSMO - FORMATIONS EN LIGNE

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

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

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

NOUVEAUTÉS - FORMATIONS EN NEUROPSYCHOLOGIE

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

Dr E. Mark Mahone

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

Dr David J. Schretten

Novel Methods of Inference in Clinical Neuropsychology

Pour information supplémentaire : suzanne_dorais@ssss.gouv.qc.ca



Vient de paraître



1

1_LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

La variété des symptômes qui sont associés au trouble du spectre de l'autisme (TSA), de même que la vaste étendue des degrés d'atteinte, font du TSA un trouble particulièrement difficile à saisir et à étudier. Basé sur des recensions systématiques des écrits scientifiques, surtout québécois, cet ouvrage présente un état des connaissances du TSA.

Sous la direction de la D^e Nathalie Poirier, psychologue, et de Catherine Des Rivières-Pigeon, Presses de l'Université du Québec

2_TRAVAILLER SANS Y LAISSER SA PEAU

Destiné au public, ce livre propose une réflexion sur comment mieux gérer le stress professionnel et prévenir l'épuisement. Les questionnements proposés suscitent l'auto-observation chez le lecteur. Des exercices et des fiches à remplir sont également offerts.

*D^r Abel P. Edmond, psychologue
Les Éditions Québec-Livres*



2



3

3_POUR QUE L'AMOUR ET LA SEXUALITÉ NE MEURENT PAS

Ce guide offre des conseils pour vivre une sexualité épanouie après 50 ans. Les préjugés sociaux influencent souvent la personne vieillissante; pourtant, la science a démontré que la sexualité pouvait s'exercer toute la vie. Les changements physiologiques et les répercussions psychologiques sont dûment expliqués.

*Yvon Dallaire, psychologue
Les Éditions Québec-Livres*



4

4_DU POST-PARTUM À LA DÉPRESSION. RENAÎTRE APRÈS LA NAISSANCE

Même si le nouveau-né est en parfaite santé, la détresse peut envahir les nouvelles mamans. Les témoignages de femmes ayant vécu un post-partum difficile sont présentés, suivis des analyses de médecins spécialistes et des auteurs.

*Joanne Paquet et Nathalie Parent, psychologue
Les Éditions Québec-Livres*



5

5_UNE PERSONNE QUE J'AIME A LE CANCER

Ce guide d'accompagnement pour les enfants dont un proche vit avec le cancer est empreint de douceur et de sensibilité. Il présente à la fois un récit illustré et un guide d'intervention pour répondre aux questions délicates tout en rassurant les enfants.

*Mélanie Bouffard et
D^e Julie Vadeboncoeur, psychologue
Éditions Midi trente*



6

6_DRAWINGS IN ASSESSMENT AND PSYCHOTHERAPY

Drawing is a language, projected by children and adults, reflecting their joy and pain. This book brings together a group of professionals to analyze the research and application of the most popular assessment and treatment tools. Tests discussed include the Draw-a-Person Test, the House-Tree-Person Test, the Kinetic Family Drawing Test, etc.

*Leonard Handler and Antoinette D. Thomas
Routledge*

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Clinique de psychologie regroupant psychologues et professionnels connexes (sexologue, conseillère d'orientation, avocat-médiateur et nutritionniste); travailleurs autonomes. Édifice professionnel calme, facile d'accès et au cœur d'un secteur commercial/professionnel névralgique de l'Est de Montréal. Plusieurs modalités locatives. Climatisé, insonorisé, meublé/décoré, Internet, stationnement, frigo/micro-ondes, etc. 514 903-4420.

Québec, Lebourgneuf – Bureaux à louer : www.pierredassise.wordpress.com. Maison ancestrale dédiée à l'intervention psychologique. Équipe multidisciplinaire stimulante. Climatisés, insonorisés. Prix compétitifs. thierryblond@hotmail.com ou Lucien Knobel : 418 271-1807.

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

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

Saint-Lambert – Bureau à sous-louer. Meublé, stationnement. 10 \$ l'heure. Téléphone : 450 923-5906 ou 450 671-4427.

Bureau à partager face au métro Laurier. Spacieux, bien aménagé, clair et insonorisé. Environnement professionnel. Location à la journée. Disponible 1^{er} avril. Christiane : 514 303-0961.

LaSalle, près de Verdun – Bureaux à louer. Immeuble lumineux et chaleureux. Stationnements, transport en commun, salle d'attente, salle de réunion. Diverses modalités de location. 514 893-9894.

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

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

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

Québec, Montcalm – Bureau à louer. Coin René-Lévesque et rue des Érables. Environnement contemporain. Nouvellement aménagé, plancher de bois franc, fenestration moderne. Internet, télécopieur, climatisation, insonorisation, entretien ménager. Temps complet/partiel. Possibilité de stationnement intérieur. Prix avantageux. 418 997-4124, remlabbe@hotmail.com.

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

Bureau – Saint-Lambert. Prix raisonnable, Meubles neufs, vue sur un parc, cuisinette. Lundi et vendredi, journée et soirée, mercredi à partir de 14 h. 514 998-6703.

Métro Laurier – Espace calme, très bien situé, insonorisé, très lumineux, cuisinette et salle d'attente, bureaux élégants avec plusieurs modalités de location. Possibilité de références. 514 703-6191.

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

Bureau à louer à Laval. Deux premières semaines gratuites. Disponible à partir de la mi-janvier 2014. Disponibilités : lundi et mardi après-midi et soir, jeudi avant-midi et après-midi, vendredi avant-midi. Bureau lumineux, meublé, cuisinette et salle d'attente. Disponible au bloc horaire, journée ou forfait. Marylène : 514 290-0877.

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

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

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

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

Bureau à louer à LaSalle sur le boulevard Newman, très bien situé, bel immeuble insonorisé, climatisation, temps partiel. Renseignements : [site www.centredepsychologienewman.ca](http://site.www.centredepsychologienewman.ca), version anglaise; 514 595-7799.

Bureau à louer dans une clinique médicale du quartier Ahuntsic. Spacieux, chaleureux et abordable. Disponible mardi (jour), jeudi et samedi (jour et soir). 514 748-5896, poste 2.

Métro Laurier – Bureau chaleureux insonorisé à louer ou partager. Salle d'attente, cuisinette, climatisation centrale. Diverses modalités de location. Possibilité de références. Renseignements : 514 286-2349.

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

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

Local à louer – Verdun, Centre de santé Sourire. Bureau disponible à louer, clé en main pour professionnels de la santé, soins médicaux. Nathalie Laforte : 514 767-4070, poste 285.

Québec – Les Centres de santé multidisciplinaires TheraVie (Pyramide de Sainte-Foy et Duberger) recherchent des psychologues désirant être travailleurs autonomes tout en profitant d'une synergie interdisciplinaire (psychologie, travail social, orientation de carrière, nutrition, chiropratique, massothérapie, etc.). Plusieurs modalités locatives. Localisation exceptionnelle, insonorisé, meublé/décoré, Internet, stationnement, salle d'attente. www.TheraVie.ca, 418 210-0077.

Bureaux à louer dans un centre professionnel situé à Saint-Augustin-de-Desmaures. Bureaux bien insonorisés, tranquilles, salle d'attente et accès à une salle de conférence. Inclus : chauffage, climatisation, électricité et stationnement. Occupation flexible et coût de location compétitif. Téléphone : 418 878-3060.

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

Bureaux plusieurs grandeurs : insonorisés, chauffés, éclairés, climatisation, salle d'attente meublée, salle de bain, vestiaire et cuisinette. Dans une clinique beauté santé de Laval. 514 895-1585.

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

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

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

Plateau Mont-Royal – Rue Saint-Denis (à 2 minutes à pied du métro Laurier). Beaux bureaux insonorisés pour professionnel (un bureau double et l'autre moyen-grand). Éclairé, mur de brique, bois franc et fraîchement peint. Salle d'attente et aire commune. Location annuelle. Photos disponibles. Tél. : 514 347-3170, nathalie@ecrantotal.ca.

Bureaux à louer Saint-Lambert – Temps plein ou partiel. Au cœur du village de Saint-Lambert. Chaleureux, décor soigné, insonorisé, climatisation, cuisinette, salle d'attente, accès Internet. Possibilité de références. Disponible à partir du 1^{er} juillet. Bail d'un an ou plus. Merci de laisser un message au 450-671-6457, poste 3.

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

Bureau de psychologue à partager, 1 à 2 journées par semaine, dans le quartier Rosemont. Situé dans une clinique de psychologie entièrement rénovée, comprenant salle d'attente et cuisine. Bureau avec grande fenêtre, meublé et bien insonorisé. Accès Wi-Fi. Caroline Roy : 514 917-6997 ou carolineroy.psy@videotron.ca.

Psychologues recherchés-es dans les Laurentides. Centre de psychologie analytique/humaniste de Sainte-Adèle. Blocs de jour et de soir dans 2 bureaux récemment aménagés avec commodités et possibilité de références. Formation et supervision en psychothérapie de couple et situations de crise. Renseignements : 514 894-8119 ou 450 229-0533.

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

Bureau à louer – Blainville (frontière Sainte-Thérèse). Joli bureau éclairé, confortable. Ascenseur, entourage de professionnels. Souplesse d'occupation et réservations sur Google Agenda. Climat paisible. Marc : 514 999-8027.

Westmount – Bureau meublé ensoleillé, adapté pour clientèle enfants/adultes. Salle d'attente, cuisinette, stationnement. À sous-louer au bloc, à la journée, ou à forfait. 514 931-4848.

Bureau à louer. 2120, rue Sherbrooke Est, bureau 201. Édifice avec pharmacie au rez-de-chaussée et un restaurant. Bureau insonorisé, meublé et climatisé. Roger Bronsard : 514 523-8771.

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

Québec – Haute-Ville. Grand et beau bureau meublé. Localisation idéale René-Lévesque/Belvédère, métrobus, stationnement. Prix très compétitif. À louer à la journée, demi-journée, soirée. annie.marchildon@hotmail.com, 418 563-7350.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

Recherchons psychologues adhérant à des valeurs communautaires. Clinique de psychothérapie à Sainte-Thérèse. 25 \$/entrevue, supervision offerte gratuitement. Visitez www.rssoleillevant.org. Renseignements ou CV : infoccp@bellnet.ca.

Besoin de références de clients? Clinique de psychologues recherche psychologues et psychothérapeutes (région du Grand Montréal) désirant élargir leur clientèle de psychothérapie à leur bureau privé et/ou dans nos locaux. Disponibilités jours et soirées requises et approche adaptée au client. Aussi bureaux à louer disponibles. Renseignements : joseeeduc@hotmail.com.

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

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

Member of the OPQ and enjoy working in a wonderful, dynamic and growing environment? You have a car? 2 locations: West/Montreal. info@helpforanxietydepression.com, 514 777-4537.

CÉNAA (Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Aide à l'Apprentissage) recherche des psychologues/neuropsychologues pour enfants et adultes, en tant que travailleurs autonomes, pour faire partie d'une équipe multidisciplinaire. Services offerts : publicité, clientèle, réception, Wi-Fi, horaire flexible, matériel de tests, discussion de cas, supervision. Nouveaux locaux, neufs, modernes, emplacement professionnel, au centre de La Prairie, à environ 20 minutes de Montréal. Pour plus d'informations, visitez notre site Internet au www.cenaa.ca. Vous pouvez nous joindre au 450-907-3339 ou au 514-265-8383.

MuUla, est une clinique privée multidisciplinaire spécialisée dans le traitement des troubles alimentaires, d'image corporelle et d'obésité. Nous sommes à la recherche de psychologues, membre de l'OPQ, pour les cliniques de Montréal et de Sherbrooke. Clientèle fournie par la clinique. Possibilité de supervision. Réunions d'équipe. info@muula.ca, 1 866 888-3208.

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

Mascouche/Terrebonne – Clinique privée établie depuis 20 ans, à la recherche de psychologues et neuropsychologues, travailleurs autonomes. Minimum de 6 heures par semaine. Évaluation et intervention – enfants, adolescents, adultes, couples. Base contractuelle, clientèle et services fournis. Communiquez avec nous ou envoyez votre CV par courriel à psychodesmoulins@videotron.ca.

La clinique Ergo Plus Conseils inc. est une clinique privée de la région de Saint-Hyacinthe qui recherche actuellement une psychologue afin de compléter son équipe d'intervenants. Pour renseignements, communiquez avec Shirley Melaven-Vézina, propriétaire/ergothérapeute : 450 253-1400 ou au.shirley@ergoplusconseils.com. N'hésitez pas à consulter notre site Web : www.ergoplusconseils.com.

Psychologues recherchés – Service populaire de psychothérapie. Supervision offerte. Plusieurs autres avantages (24 \$ à 25 \$ l'entrevue). Envoyez votre CV au spp@cooptel.qc.ca. Consultez l'offre complète au www.spp-laval.qc.ca.

Recherchons psychologue approche TCC pour remplacement congé de maternité. Clientèle adulte (fournie). Position à temps plein. Clinique psychothérapie brève, Sainte-Foy, Québec. 418 653-2920; envoyez CV : clinique@psychotherapiebreve.ca.

_FORMATIONS

Dans le cadre de la série Accompanyer de plus près, l'Institut Douglas présente, le 4 avril 2014, une journée sur « L'intervenant et la psychose » et, le 5 avril, « Vers un dialogue entre la spiritualité et la santé mentale ». Inscription : www.douglas.qc.ca/events, 514 761-6131 (poste 2616), event.acad@douglas.mcgill.ca.

_SUPERVISION

Supervision en thérapie cognitivo-comportementale offerte par Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Bureau à Montréal. Approche intégrative, problématiques et modalités de supervision diverses. 514 609-0206, isabelle.boivin71@gmail.com.


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

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

Bien utiliser le logo de l'Ordre


Les membres peuvent utiliser une partie du logo de l'Ordre dans le cadre de leurs communications professionnelles. Que ce soit pour une carte professionnelle, du papier à lettres, une enseigne, une publicité ou un site Web, utiliser ce logo permet d'indiquer à la population son statut de membre en règle de l'Ordre des psychologues.



Il est interdit d'utiliser le logo complet de l'Ordre. Seule la boîte comprenant le symbole «» est autorisée. Disponible en couleur et en noir et blanc, ce logo doit conserver son format original; on ne peut pas en changer les couleurs ni la forme de quelque façon que ce soit. De plus, le prénom

et le nom du psychologue doivent apparaître sur le support graphique, et la mention « membre de l'OPQ » ou « membre de l'Ordre des psychologues du Québec » doit jouxter le logo.

Si un groupe de psychologues se présente sous un nom générique (le nom d'une clinique, par exemple), le logo ne peut être utilisé que si les prénoms et noms de tous les psychologues y sont inscrits, de même que la mention « membres de l'OPQ » ou « membres de l'Ordre des psychologues du Québec ».

Bien que les psychologues soient autorisés à utiliser la boîte «», ils ne peuvent laisser entendre qu'ils travaillent ou représentent l'Ordre des psychologues du Québec, qu'ils forment une subdivision ou une filiale de l'Ordre, ou que leurs compétences, idées, opinions, produits ou services sont recommandés, validés ou reconnus par l'Ordre.

Pour plus de détails sur l'utilisation du logo ou pour le télécharger, consultez le www.ordrepsy.qc.ca/logo

LA PRÉSIDENTE DE L'ORDRE COLLABORE À LA JOURNÉE DE LA MÉDIATION FAMILIALE

La présidente de l'Ordre, Mme Rose-Marie Charest, a été invitée à prononcer la conférence d'ouverture de la soirée d'information organisée par le Barreau du Québec pour souligner la Journée nationale de la médiation familiale. Le 5 février dernier, le public était gratuitement invité à assister à des conférences ainsi qu'à des simulations permettant de mieux comprendre le processus de médiation familiale. L'activité s'adressait aux parents en processus de rupture, aux couples déjà séparés ou divorcés voulant réviser une entente ou un jugement du tribunal ou à toute personne désirant connaître le processus de médiation familiale.

En plus de la présidente, le psychologue Harry Timmermans présentait une conférence sur la séance de parentalité après la rupture. Finalement, des médiations simulées par des comédiens illustraient des situations types de médiation comme la garde des enfants, le droit d'accès élargi et la pension alimentaire.

Cette soirée était offerte à la Maison du Barreau pour les gens de Montréal et en webdiffusion pour les personnes de l'extérieur.



_MeSSAGES

UN PROGRAMME DE FORMATION EN LIGNE POUR LES AIDANTS DE PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE PHYSIQUE OU COGNITIVE

Les proches aidants de personnes âgées se disent souvent épuisés et stressés. Un programme éducatif et de soutien en gestion du stress a été développé par une équipe de recherche dirigée par la D^{re} Francine Ducharme, inf., Ph. D., titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Il est fondé sur une approche transactionnelle de *stress-coping* (Lazarus et Folkman, 1984). Ce programme est disponible en mode présentiel et en mode virtuel. La version en mode virtuel porte le nom de MeSSAGES pour (Méthode électronique de soutien aux stratégies d'apprentissage à la gestion du stress). Grâce à des subventions du ministère de la Famille et des Aînés, ce programme a fait l'objet d'études et d'évaluations scientifiques qui ont permis de démontrer ses effets significatifs sur la qualité de vie des aidants (Ducharme et coll., 2009 et 2011).

Pour en connaître davantage sur ce programme qui pourrait être utile à vos clients, consultez le www.aidant.ca ou composez le 514 340-3540, poste 4787.

_NOUVELLE RESSOURCE SUR LE TAC DISPONIBLE POUR LES PSYCHOLOGUES

Connu sous le nom de dyspraxie au Québec, le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) touche de 5 à 6 % des enfants. Une équipe de recherche a récemment mis en ligne un site Web sur le TAC afin de partager de l'information et des stratégies avec tous les individus en relation avec les enfants qui ont des difficultés de coordination. Ce site Web est accessible gratuitement en français et en anglais à <http://dcd.canchild.ca/en/dcdresources/workshops.asp>

Pour toute question sur cette initiative, contactez Camille Gauthier-Boudreault, par courriel au camille.gauthier-boudreault@usherbrooke.ca ou par téléphone au 819 346-1110, p. 13838.

_NOMINATION

ISABELLE OUELLET-MORIN REÇOIT LA BOURSE DESJARDINS DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

Cette distinction est offerte chaque année à un jeune chercheur travaillant sur une problématique ayant un fort potentiel de découvertes importantes dans les 5 à 10 prochaines années. M^{me} Isabelle Ouellet-Morin, psychologue, a été sélectionnée pour l'excellence de son dossier et pour sa carrière internationale, qu'elle a développée durant ses études postdoctorales en Angleterre. Elle s'intéresse maintenant aux répercussions d'une expérience de victimisation sur la santé mentale et aux problèmes de conduite des adolescents et des jeunes adultes, aux mécanismes physiologiques qui en découlent ainsi qu'aux facteurs qui contribuent à la vulnérabilité et à la résilience des individus confrontés à ces expériences.

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

Cette offre s'adresse à vous!

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

Découvrez les nombreux avantages professionnels dont vous bénéficiez à la CSGS en visitant le www.csogs.qc.ca sous la rubrique « Offres d'emploi »

Au plaisir de vous accueillir!

Le retour au travail

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

Le cas clinique

La patiente est une femme médecin. Ses hauts standards de pratique et son perfectionnisme excessif l'ont rendue plus vulnérable à un état dépressif. La priorité qu'elle accordait aux besoins de ses patients a rendu plus difficile la gestion de son temps. Renonçant à son désir d'être infaillible et invincible, elle a surmonté sa culpabilité d'avoir abandonné ses collègues avec un lourd fardeau clinique. Au moment de retourner au travail, elle se demande toutefois si elle est vraiment en état de le faire. Elle craint que certains de ses collègues la jugent sévèrement.

La recherche le dit

Les médecins tardent souvent à demander de l'aide, par peur d'être stigmatisés et par crainte que la confidentialité ne soit pas respectée (Garelick et coll., 2007). Bland (2012) a étudié le vécu de 19 médecins qui avaient été en arrêt de travail pendant plus de six mois. Ils ont souffert principalement de la perte de leur identité professionnelle, du manque de soutien de leur famille et de leurs amis, des réactions négatives des collègues et de l'autostigmatisation. Leur engagement professionnel intense a laissé malheureusement peu de place pour quoi que ce soit d'autre. Le soutien conjugal et familial peut être fragilisé par les absences répétées.

Selon l'étude de 121 médecins de Garelick et coll. (2007), la période la plus stressante pour les médecins est pendant la transition de la fin des études vers la pleine responsabilité d'un emploi régulier. Avant de demander de l'aide, 70 % de leur échantillon a attendu que le problème soit suffisamment visible pour engendrer les préoccupations de l'entourage.

Van Beurden et coll. (2013) ont évalué un programme facilitant le retour au travail des patients ayant vécu des problèmes de santé mentale. Ils recommandent une approche cognitive-comportementale visant à augmenter la capacité de résolution de problème du patient.

Le programme de Van Beurden coll. (2013) s'adresse aux différentes barrières qui pourraient nuire au retour au travail. Les premières barrières sont associées à un manque de conscience et de reconnaissance de son état. Il faudra par exemple nuancer une pensée « tout ou rien » retrouvée fréquemment chez les médecins : « Soit je suis invincible, soit je suis inutile. » (Bland, 2012).

Les barrières de deuxième niveau sont les barrières associées à un manque de sentiment d'efficacité personnelle, d'attentes de résultat et de motivation. La planification et la pratique mentale de réponses aux commentaires des collègues peuvent par exemple favoriser un sentiment d'efficacité personnelle et rassurer le patient au sujet des scénarios de retour au travail. Le patient qui sait qu'il est normal de douter de ses capacités et qu'il ne faut pas attendre d'être en forme à 100 % avant de

reprendre le chemin du travail sera plus à l'aise avec l'idée de retrouver son plein rendement par étapes, une fois réinstallé dans ses fonctions.

Le troisième groupe est constitué de barrières environnementales. Ils informent l'employeur sur les différentes façons de donner du soutien au travailleur et de favoriser son retour au travail. Karlson et coll. (2010) ont mis en évidence l'impact d'une intervention axée sur l'environnement. L'implication du milieu de travail au processus (réunions, échanges d'information, vérification des possibilités de plan réaliste de retour) améliore le processus de retour au travail.

L'évaluation personnalisée de ces barrières permet la planification de solutions mises en place par des devoirs bien ciblés (Van Beurden et coll., 2013). En se demandant : « Qu'est-ce que j'ai besoin d'être capable de faire pour retourner au travail? », le patient peut se mettre à l'épreuve et vérifier précisément ses progrès. Jusqu'à quel point peut-il lire? Écrire? Se lever à l'heure habituelle? Il peut ainsi pratiquer les habiletés qu'il lui reste à acquérir. Il se demandera : « Où en suis-je dans l'acquisition des habiletés dont j'ai besoin pour travailler? » Le cycle d'évaluation, de planification, d'exécution et de vérification est répété pendant tout le programme.

La patiente dont nous parlions au début de cet article a heureusement bénéficié du soutien de son conjoint et de certains membres de son entourage. Rassurée par la mise à l'épreuve progressive de ses capacités, elle a pu structurer un retour au travail progressif. Elle s'est préparée à dire « J'ai traversé une période difficile, mais maintenant je vais mieux et j'aime mieux ne pas en parler » et « Je vais faire de mon mieux ». Elle est prête à le répéter au besoin. Elle réservera ses confidences pour les collègues les plus proches. Son travail en psychothérapie l'a aidée à assouplir ses exigences envers elle-même et à mettre des limites pour pouvoir aider ses patients tout au long d'une longue carrière.

Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.

Bibliographie

- Bland, P. (2012). Helping sick doctors get back to work, *The Practitioner*, 256, 5.
- Bland, P. (2013). Why sick doctors deserve our support, *The Practitioner*, 257, 13.
- Garelick, A. E., Gross, S. R., Richardson, I., Von der Tann, M., Bland, I. et Hale, R. (2007). Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Medicine*, 5(26), 1-9.
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Abjörnsson, Malmberg, B., Larsson, B. et Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout: a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10(301), 1-10.
- Van Beurden, K. M., Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. Q., Terluin, B., Van der Klink, J. I. et Van Weeghel, J. (2013). Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13(193), 1-8.



Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

Une solution globale et efficace aux souffrances
des personnes traumatisées.

Un traitement dont la rapidité honore le plein potentiel
d'autoguérison de l'être humain.

Maintenant disponible
chez Quebecor



Contenu

Niveau 1

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

Niveau 2

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

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

Mireille Bourdeau, psychologue

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

Lucie Legault, psychologue

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

Katrine Schuessler, psychologue

IMO-1 Montréal: 26-27 mars 2014

Formation continue IMO

IMO-2 Québec: 12-15 juin 2014

Montréal: 28 mars 2014

Montréal: 25-26 sept. 2014

24 sept. 2014

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 6505 + tx = 747,335 / pers.

Réservation: 6005 + tx = 689,855 / pers.

Communautaire: 4005 + tx = 459,905 / pers.

* Également très intéressant avant la tenue de la formation

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

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue

Superviseurs accrédités:

Stéphane Migneault, psychologue

Stéphanie Deslauniers, psychologue

Annie Perrault, psychologue



**Thérapie
d'IMPACT**

UNE APPROCHE
VIVANTE,
DYNAMIQUE
ET IMPACTANTE

THÉRAPIE D'IMPACT

Montréal: 28-29-30 mai 2014

BYE BYE ANXIÉTÉ

Montréal: 7 octobre 2014

TECHNIQUES D'IMPACT

Approche individuelle

Montréal: 24 mars 2014

L'ART DE SEMER

Montréal: 10 avril 2014

Approche groupe, couple, famille

Montréal: 25 mars 2014

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Montréal: 11 avril 2014

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DES PETITS ET DES GRANDS

Montréal: 9 avril 2014

LE DEUIL ET SES ISSUES

Montréal: 9 octobre 2014

BURNOUT ET DÉPRESSION

Montréal: 8 octobre 2014

**Nouvelle
formation:**

*Êtes-vous Primate,
Automate ou Diplomate?*

Montréal:
10 octobre 2014
8 avril 2014

Tarif par jour
de 8 à 16h

Réservation:

225\$ + tx = 258,698

Régulier:

290\$ + tx = 287,445

Groupe (3 et plus):

200\$ + tx = 229,935

Étudiant temps plein/
communautaire (avec preuve):

125\$ + tx = 143,725

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

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

Tarif étudiant: Paiement trois semaines avant la tenue de l'événement

Tarif groupe: Paiement trois semaines avant la tenue de l'événement

Tarif groupe: 2 personnes inscrites en même temps sous une même facture

Tarif étudiant: Paiement trois semaines avant la tenue de l'événement

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

Tarif groupe: Paiement trois semaines avant la tenue de l'événement

Bonne nouvelle!

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

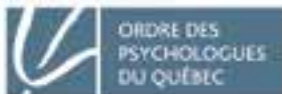
C.P. 1051, Lac-Beauport (Québec), Canada, G3B 2J8
T: 1 888 848-3747 • F: 1 855 888-3747
www.academieimpact.com • info@academieimpact.com



**Académie
IMPACT**

PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE

En partenariat avec



ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



Assurez-vous de profiter de la vie!

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

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

Appelez-nous pour de plus amples informations :

1 877 579-5585

dpmm.ca/opq

DPMM 

Dale Parizeau
Morris Mackenzie

Cabinet de services financiers