

Rapport

Éditorial

par la D^{re} Ester Cole

À l'aube d'une nouvelle année, le conseil d'administration du RCPOSS tient à remercier les psychologues inscrits pour leur précieux appui et leurs contributions!

Dans le dernier numéro du Rapport, nous avons présenté le rapport de la Commission de la santé mentale du Canada (<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx>). Les recommandations et stratégies proposées seront mises en œuvre au cours des années à venir et amèneront les psychologues à promouvoir les services de prévention et les interventions fondées sur des données probantes dans toutes les régions du pays. Outre les efforts de promotion de nos membres au niveau local et provincial, nous vous invitons à faire connaître le travail que vous accomplissez pour favoriser le mieux être de tous les Canadiens en publiant un article dans le bulletin du RCPOSS en 2013.

Plusieurs des articles du présent numéro mettent l'accent sur l'importance du perfectionnement professionnel, de la circulation des connaissances et de la traduction ainsi que sur la nécessité de pouvoir compter sur des équipes multidisciplinaires coordonnées et efficaces en matière de santé mentale.

- L'article du Dr Michael Vallis, « Les psychologues professionnels et les soins de santé : Les temps sont en train de changer », porte sur l'évolution du rôle professionnel du psychologue et la valeur des services psychologiques pour la société.
- Le Dr Myles Genest poursuit sur la lancée du bulletin précédent en creusant le thème « Les possibilités de la formation professionnelle continue ».
- La Dre Ester Cole offre un document de travail proposant un cadre utile pour « Des équipes multidisciplinaires efficaces ».

On invite les membres du RCPOSS à nous faire part de leurs commentaires et à partager leurs écrits dans les numéros à venir. Envoyez-nous vos articles (en anglais ou en français) à l'adresse ester.cole@sympatico.ca.



Les possibilités de la formation professionnelle continue

Myles Genest, Ph.D.

Membre du RCPOSS et vice-président du CA

Le RCPOSS a négocié une excellente entente pour le compte de ses membres, qui leur permet de participer sans frais au programme de formation professionnelle continue (FPC) qu'offre notre homologue américain, le *National Register of Health Service Providers in Psychology*. Dans le but de vous simplifier la tâche, nous vous présentons dans le présent bulletin un des cours offerts, comme nous le ferons dans des bulletins ultérieurs.

Il y a de nombreuses années que je consacre environ le tiers à la moitié de mes interventions thérapeutiques à des couples, et pourtant, la capacité des couples mariés et en union de fait à m'exposer à de nouveaux dilemmes éthiques ne cessera jamais de m'étonner. Comme dans le cadre d'autres activités thérapeutiques, les enjeux de confidentialité restent primordiaux et sont souvent complexes.

Le cours offert par Nicole Pukay-Martin, « **Ethical Considerations in Working with Couples: Confidentiality Within the Couple** » (Aspects éthiques de la thérapie conjugale : la confidentialité dans le couple), porte sur les chevauchements possibles entre les besoins en matière de respect de la vie privée, de confidentialité et de bienfait thérapeutique et les exigences contradictoires avec lesquelles le psychologue doit composer.

Son cours est relativement court. On y fait un survol utile des méandres de la confidentialité en matière de thérapie de couple. Sous les rubriques suivantes : **Définition du client-Séances individuelles-Secrets**, M^{me} Pukay-Martin cerne les problèmes qui peuvent surgir et les décrit à la lumière des principes éthiques et du code de conduite de l'APA (2002).

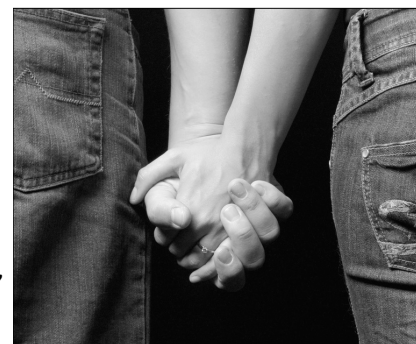
Le code de l'APA est beaucoup plus précis et prescriptif que celui de l'organisation canadienne. Il n'en demeure pas moins, comme le souligne M^{me} Pukay-Martin, qu'il est rare que les lignes directrices de l'APA offrent des réponses claires en regard des multiples responsabilités que doit assumer un psychologue lors de thérapies conjugales. Plutôt que de proposer des solutions simplistes, elle signale au lecteur les principes pertinents et le sensibilise à l'incidence que le fait de divulguer ou de taire l'information à l'une des parties ou aux deux parties peut avoir sur chaque personne comme sur la relation, celle du couple comme celle avec le thérapeute.

Elle insiste également sur les répercussions que les décisions en matière de confidentialité peuvent avoir sur la sécurité, la confiance et la transparence de la relation du thérapeute avec le couple et avec chacun des conjoints.

Son exposé a donc des échos du côté du code d'éthique du psychologue canadien, en ce qu'on fait appel aux principes et à la résolution de problèmes plutôt qu'à un processus décisionnel assujéti à des règles. En bout de piste, le thérapeute doit pondérer diverses responsabilités divergentes. Quand le thérapeute est conscient des dérapages possibles et qu'il prend des mesures pour éviter certaines difficultés prévisibles, en discutant par exemple dès le départ avec le couple de la façon dont on traitera les « secrets », il risque moins de nuire. Même si M^{me} Pukay-Martin souligne que les solutions peuvent différer d'un thérapeute à un autre, un examen attentif des enjeux qu'elle soulève peut permettre d'éviter certains faux pas et épargner des mauvaises surprises au thérapeute pendant le déroulement de la thérapie.

Ce module peut faire office de bref cours de recyclage pour les thérapeutes qui travaillent régulièrement avec des couples, tout en constituant une bonne introduction pour les psychologues qui font leurs premières armes dans le domaine de la thérapie conjugale.

Dans le cadre de l'entente conclue avec le *National Register*, le RCPOSS offre aux psychologues inscrits l'accès à de nombreuses ressources éducatives portant sur une foule de sujets liés à l'exercice de la psychologie. La liste de modules est régulièrement mise à jour avec l'injection de nouveau contenu. Il est possible d'obtenir des crédits de FPC en passant un examen en ligne. La note est immédiatement communiquée, et les certificats d'attestation peuvent être imprimés en ligne. En complément de cours de perfectionnement suivis en personne, ces ressources en ligne s'inscrivent parfaitement dans une démarche de formation professionnelle continue. Voir <http://www.crhsp.ca/registrant-benefits/continuing-education/>.



DES ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES EFFICACES

par la D^e Ester Cole

Document de travail destiné aux fournisseurs de services multidisciplinaires

Peut être reproduit avec une autorisation préalable

Les équipes multidisciplinaires peuvent offrir un mécanisme efficace de transfert des connaissances et de transposition dans un éventail de systèmes offrant des services coordonnés de santé mentale. Le tableau 1 présente une grille structurée des caractéristiques des équipes dont il est question dans la documentation. Les facteurs favorables et antagonistes dépendent de la clarté des objectifs et des rôles dans l'équipe, du soutien des dirigeants, d'une planification efficace de réunions régulières et productives, de la composition de l'équipe et du rendement de celle-ci.

Tableau 1
CARACTÉRISTIQUES DES ÉQUIPES

Facteurs favorables	Facteurs antagonistes
1. Objectifs et rôles	
<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs et les rôles sont clairement définis pour les membres de l'équipe et les participants invités. Les professionnels sont évalués selon la raison d'être d'un modèle de service donné. Les membres de l'équipe ont un sentiment d'appartenance et croient dans la valeur des services multidisciplinaires. L'équipe produit des feuillets récapitulatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs de l'équipe et les rôles de ses membres sont confus tant pour les professionnels que les participants. Divers professionnels ne savent pas trop quel est le modèle de l'équipe. Les membres du personnel ne sentent pas que leur équipe les appuie. Les nouveaux membres ne sont pas initiés et familiarisés correctement.
2. Soutien des dirigeants	
<ul style="list-style-type: none"> Un leadership commun ou démocratique crée une ambiance accueillante et favorise le respect des directives. Le soutien administratif favorise la multiplication et l'évolution des relations de collaboration entre les participants. On accorde des congés pour suivre une formation en cours d'emploi. On intègre des membres invités suivant les besoins. 	<ul style="list-style-type: none"> Un groupe sans chef a de la difficulté à prendre des décisions et à encadrer ses activités. Un soutien administratif déficient de l'équipe crée incertitude et méfiance. Les réunions sont rares, et le processus décisionnel ne se fait pas en commun. On ne cherche pas éclaircir les enjeux, et les procédures de mise en œuvre sont fragmentaires.
3. Réunions régulières et productives	
<ul style="list-style-type: none"> Des réunions fréquentes et inscrites au calendrier permettent d'offrir une grande gamme de services. Les membres de l'équipe discutent des objectifs et établissent les ordres du jour. On se penche sur les besoins individuels et collectifs, et on étudie de multiples recommandations. On laisse le temps au personnel de se préparer à l'avance. Les discussions sont dirigées, et on dispose des documents requis pour les réunions. 	<ul style="list-style-type: none"> Des réunions sporadiques donnent lieu à des interventions d'urgence, et seules les questions urgentes sont traitées. On n'a pas le temps de parler des méthodes du groupe ou des sujets préoccupants. Les ordres du jour des réunions sont dictés par les événements. Les communications concernant les dates et les ordres du jour de l'équipe ne sont pas diffusées à l'avance. Les discussions se déroulent à la hâte, et les problèmes ne sont pas réglés.
4. Composition de l'équipe	
<ul style="list-style-type: none"> La composition de l'équipe varie selon les objectifs qu'elle souhaite atteindre. Les membres du personnel traitant sont des participants clés à chaque phase du processus de consultation. On retient les services de traducteurs et d'interprètes, le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> L'effectif de base varie au cours de l'année en raison d'une mauvaise planification. Les principaux participants n'indiquent pas les sources d'aiguillage, s'il y a lieu. Les participants qui parlent une autre langue ne sont pas invités et/ou aucun service de traduction n'est fourni.
5. Rendement de l'équipe	
<ul style="list-style-type: none"> Les équipes efficaces veillent à ce que la participation au processus de consultation soit démocratique et égalitaire. On se penche sur la dynamique du groupe, et les membres évaluent la façon dont ils ont joué leur rôle et comment les autres participants de l'équipe ont rempli le leur. Une formation en cours d'emploi appropriée est fournie pour perfectionner les compétences, dont l'aptitude à communiquer, les stratégies de prévention, la consultation transculturelle et la résolution de problèmes concertée. On considère que les membres apportent des compétences et des connaissances différentes à l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> Les échanges transdisciplinaires ne sont pas la norme, et les conflits restent latents. L'absence d'une formation en cours d'emploi appropriée se traduit par des activités inefficaces, une résistance au changement et une piètre exploitation des ressources. Les formats des réunions fluctuent, et on n'arrive pas à élaborer des plans qui font consensus. De mauvaises communications verbales et non verbales provoquent des réactions affectives négatives, et on ne donne pas suite aux recommandations. Certains membres de l'équipe ne sont pas incités à participer activement aux travaux de l'équipe, et le processus collectif peut les laisser sur leur faim.

Les psychologues professionnels et les soins de santé : Les temps sont en train de changer

D' Michael Vallis

Professeur agrégé, Université Dalhousie

Le présent article porte sur l'évolution du rôle professionnel du psychologue et la valeur des services psychologiques pour la société. Mettons d'abord les choses en contexte. La plupart des psychologues professionnels qui exercent au Canada ont suivi une solide formation en évaluation, en traitement et en consultation. On trouve habituellement le psychologue de profession dans un cabinet où il gère une liste de clients ayant besoin de soins cliniques. Vous savez comment ça se passe : un éventuel client a été dirigé vers vous, et une séance individuelle lui est offerte à court, moyen ou (si vous travaillez au sein d'un organisme de soins de santé) long terme. Vous amorcez ensuite un processus intensif pour mieux comprendre



l'état mental actuel du client, ses antécédents, le potentiel de création d'une alliance, ses réactions aux interventions de nature expérimentale, tout en prenant des mesures psychométriques, s'il y a lieu. Vous offrez ensuite une rétroaction, en règle générale fondée sur la structure du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition - texte révisé (DSM IV TR)¹, et vous négociez un plan de traitement. Si tout va bien, cette personne reviendra vous rencontrer de multiples reprises pour bénéficier de vos compétences. Cette façon d'exercer la psychologie dans un cadre professionnel constitue une méthode rigoureuse et éprouvée, dont la contribution à la société a été aussi utile que fondamentale. Cela dit, si nous nous en tenons exclusivement à ce modèle d'exercice, nous courons le risque de connaître le sort du dodo! Et si ce n'est pas l'extinction qui nous guette, ce sera la rareté. Et quand on parle de rareté, il faut comprendre que les services deviennent inaccessibles, invisibles, sous utilisés et sont éventuellement remplacés par l'offre d'autres prétendus thérapeutes moins bien formés. Permettez moi de vous expliquer ceci et d'illustrer mon propos en prenant l'exemple du diabète et de l'obésité.

Quelques chiffres pour débiter. Supposons que vous rencontrez trente personnes par semaine et assurez le suivi selon dix séances bihebdomadaires. Dans une année de 50 semaines de travail, vous venez en aide à 150 personnes, et disons le, vous travaillez d'arrache pied! Cependant, quel est votre apport à la société? La réponse à cette question dépend du nombre de personnes qui pourraient profiter de vos services. Qu'en est il toutefois si votre groupe cible potentiel est énorme?

Parlons un peu du diabète de type 1 et 2 (voir www.diabetes.ca). Le diabète de type 1 (15 % des diabétiques ont cette forme de diabète) est provoqué par une réaction auto-immune qui détruit les cellules bêta pancréatiques productrices d'insuline (une hormone qui se lie au glucose dans la circulation sanguine pour qu'il pénètre dans les cellules où il est converti en énergie), ce qui fait que la personne affectée a besoin d'insuline pour survivre. Le diabète de type 2 (la forme dont souffrent 85 % des diabétiques) est dû à une résistance à l'insuline ou encore à une production insuffisante d'insuline. L'insulino résistance survient quand un excès de cellules adipeuses nuit à l'action de l'insuline. L'insuffisance en insuline est une diminution de la production résultant de la durée du diabète et du vieillissement. Les principaux facteurs de risque liés au diabète de type 2 sont par conséquent l'âge et l'obésité. Vraiment! L'obésité atteint des proportions épidémiques dans tous les pays industrialisés (<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>), et les plus vieux des baby boomers (les membres de la génération du baby boom sont nés entre 1945 et 1965) ont célébré leur 67e anniversaire en 2012. Le diabète de type 2 est la maladie qui connaît actuellement la croissance la plus fulgurante sur la planète; l'Organisation mondiale de la Santé parle d'une épidémie mondiale. La Fondation des maladies du cœur du Canada emploie l'expression « tempête parfaite » pour décrire à quoi ressemblera dans l'avenir l'état de santé des Canadiens².

En quoi ces maladies physiques concernent elles les psychologues? Eh bien, on reconnaît désormais que de saines habitudes de vie et un bon fonctionnement psychosocial sont indispensables pour gérer efficacement le diabète et l'obésité. On a découvert la dimension comportementale dans la filière traditionnelle des soins de santé. Les interventions axées sur le mode de vie font fureur. Dans les services de santé, on embauche divers spécialistes dont les titres vont du navigateur de soins au conseiller en santé en passant par le clinicien de soutien à l'autogestion, tout en collaborant avec les patients experts et les leaders laïcs. Les ensembles de compétences de ces professionnels reposent sur les techniques d'entrevue motivationnelle, les méthodes de définition d'objectifs et les plans d'action connexes, les techniques de gestion du stress et les aptitudes à communiquer. Je me demande quelle est la place nous devons occuper dans ces équipes?



Je vous propose encore quelques chiffres. Rappelons d'abord qu'un psychologue rencontre 150 personnes par année selon le modèle d'exercice traditionnel. Comment ce nombre se compare t il à la population touchée par le diabète et l'obésité. Prenons l'exemple de Halifax (400 000 habitants). On y compte 34 000 diabétiques (taux de prévalence de 8,5 %; <http://diabetescare.nshealth.ca>) et 96 000 personnes obèses (taux de prévalence de 24 %³). En supposant que 50 % de ces gens pourraient profiter de nos compétences , il faudrait que 113 à 320 d'entre nous s'installent à Halifax. Impossible.

Posons nous toutefois la question : est il nécessaire d'effectuer une évaluation approfondie et de concevoir des services personnalisés pour toutes les personnes qui viennent nous consulter? Nous serait il possible de contribuer de façon utile sans même savoir qui est le patient? Par exemple, vous discutez avec une diététiste qui vous dit qu'à son avis « les patients changent rarement ». Elle justifie son opinion en vous racontant le cas d'un patient qui avait été dirigé vers elle pour perdre du poids et ainsi pouvoir mieux gérer son diabète. Elle affirme ne pas avoir ménagé ses efforts auprès de ce patient. Elle a pris le temps de lui expliquer en long et en large le Guide alimentaire canadien, a insisté sur l'importance pour lui de ne pas sauter le petit déjeuner, l'a exhorté à se passer des collations de fin de soirée, lui a rappelé souvent de choisir à chaque repas ses aliments dans plusieurs groupes alimentaires et de lire attentivement les listes d'ingrédients pour identifier toutes les sources de sel, connaître la teneur en glucides et déterminer le pourcentage de calories provenant des lipides. Tous ces principes de la saine alimentation sont fondés sur des faits et démontrés, mais malgré toute sa bonne volonté, ses efforts sont restés vains. Êtes vous étonné? Auriez vous quelques suggestions utiles à lui faire? Des suggestions pour lesquelles vous n'avez pas besoin d'ouvrir le DSM ou de savoir quoi que ce soit de l'enfance du patient, voire même de le rencontrer. Je me demande combien de personnes vous pourriez aider en expliquant à cette diététiste quelques notions de la définition d'objectifs, de la modification du comportement et de l'évaluation de la disponibilité psychologique, ce que signifie au juste « manger ses émotions » ou comment on établit une relation avec un patient davantage fondée sur l'écoute et la compréhension que sur l'éducation?

Il a été démontré que des personnes autres que des psychologues peuvent efficacement contribuer à la modification du comportement⁴⁻⁶, et il y a de plus en plus de preuves selon lesquelles les modèles de soins échelonnés en collaboration⁷, les traitements inspirés du cadre mis au point par Glasgow, le RE AIM (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien), et ceux qui exploitent les plateformes contemporaines d'apprentissage en ligne peuvent améliorer les résultats de l'expertise psychologique⁹. Nous devrions commencer à nous demander comment nous y prendre pour travailler en partenariat avec les autres intervenants du système de santé, afin de favoriser l'intégration des principes de la psychologie aux soins primaires et aux services de gestion des maladies chroniques.

Voyons comment nous pourrions venir en aide aux diabétiques, dont le principal symptôme, l'hyperglycémie (taux élevé de sucre dans le sang), n'est associé à aucune manifestation apparente (asymptomatique). Comment fait on pour déterminer que sa glycémie est élevée? On fait un test pour l'évaluer. Comment allège t on le fardeau de la maladie? On évite d'évaluer sa glycémie, et on poursuit sa vie comme si de rien n'était, selon comment on se sent, et on se sent bien, du moins, jusqu'à ce que commencent les complications : les complications microvasculaires, comme la cécité et l'amputation, et les complications macrovasculaires, comme l'accident vasculaire cérébral (AVC) et la cardiopathie. On peut ainsi facilement comprendre ce qui peut conduire un diabétique à ignorer les consignes. Dans le cas du diabète, plus la glycémie est bien contrôlée, plus la personne concernée fait des efforts. C'est un travail qui exige du temps, de l'énergie, une grande maîtrise de ses émotions (imaginez devoir toujours choisir la pomme au lieu de la tarte aux pommes) et de l'argent (chaque bandelette de test coûte 1 \$). Parmi les tâches d'un diabétique, il y a le respect de la médication, l'auto surveillance de la glycémie, les soins des pieds, le suivi médical, les rajustements constants du régime alimentaire et l'activité physique.

Suite à la page suivante

.... suite de la page 3

Le diabète peut être accablant (en raison des nombreuses choses à faire pour bien contrôler sa glycémie), complexe (à cause de l'interdépendance des activités autothérapeutiques – p. ex., comment dois je gérer mon insuline les matins où je fais de l'exercice avant déjeuner?), incessant et implacable (même en se soignant bien et en prenant toutes les précautions recommandées, on ne peut pas toujours éviter les complications), tout baigne dans l'incertitude. La vie d'un diabétique n'est assurément pas facile. Les troubles liés directement au diabète comprennent la détresse de la gestion du diabète (plus les données s'accumulent autour de ce concept, plus on constate que c'est un trouble distinct de la dépression), la crainte de l'hypoglycémie, la phobie des piqûres, les troubles de l'alimentation associés à l'omission d'insuline, la résistance psychologique à l'insuline, la détresse interpersonnelle liée à la prise en charge de son diabète ainsi que la motivation, les croyances en matière de santé et l'auto efficacité. Parmi les troubles qui ne sont pas propres au diabète, mentionnons la dépression et les troubles anxieux, le soutien social, le stress de la vie et les conflits familiaux.

Le diabète est géré par l'entremise des établissements de soins primaires et des centres d'éducation sur le diabète. Les psychologues pourraient très aisément se transformer en consultants auprès de ces groupes pour le bien des patients. Pourtant, on constate dans la réalité que l'accès aux ressources psychologiques est très restreint, ce qui est malheureux, étant donné que le personnel des centres pour diabétiques considère que c'est là un outil essentiel. Manifestement, nos collègues spécialistes du traitement du diabète jugent primordial de s'attaquer aux racines psychosociales du problème dans le cadre de leur exercice clinique.

Imaginez le modèle d'exercice suivant. Vous travaillez au sein d'un réseau de soins primaires dont la tâche est gérer la maladie chronique selon le modèle de l'autogestion. Vous produisez un instrument de dépistage par auto évaluation pour cerner les cas de détresse. On fournit ensuite à ces personnes des ressources imprimées ou en ligne pour leur apprendre à gérer leur désarroi. Vous donnez de plus de la formation et du soutien à vos collègues des soins primaires sur le dépistage psychosocial et la façon d'aider les patients à utiliser ces outils. Vous formez également un groupe de collègues à la hauteur des critères de compétence en matière de modification du comportement, de gestion du stress et d'adaptation du rôle, afin qu'ils puissent intégrer ces aptitudes à leurs compétences et animer des séances de groupe structurées avec votre supervision et votre appui. Vous offrez de plus des consultations et des interventions aux personnes pour qui les interventions précédentes sont sans effet ou qui affichent un profil particulier. Vous passez aussi une partie de votre temps à répondre aux groupes de discussion en ligne sur les questions de santé et à donner des séances publiques de promotion de la santé dans la collectivité. Je me demande combien de personnes bénéficieraient d'un tel modèle d'exercice.

Je vous remercie de m'avoir lu. Je crois avoir clairement exposé ma position. Au cours de mes 28 années d'exercice dans le secteur des soins de santé, j'ai pu constater que les membres de la communauté médicale sont en très grande majorité favorables à l'idée d'exploiter le formidable potentiel de l'expertise psychosociale. Cela est excellent, bien sûr, sauf que chaque fois qu'on fait l'éloge de nos compétences, l'auteur du compliment précisera ensuite presque à tout coup qu'« il n'y a simplement pas de psychologues qui font ce genre de travail dans mon domaine ». À mon avis, c'est un problème que nous devons nous efforcer de régler. J'espère que le présent texte vous incitera à envisager des moyens de mettre nos compétences à profit pour le bien et la santé de la population.

Bibliographie

1. Association américaine de psychiatrie, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition, texte révisé), Washington, DC, 2000.
2. Fondation des maladies du cœur du Canada, Une TEMPÊTE PARFAITE se profile à l'horizon, Ottawa, 2010.
3. Agence de la santé publique du Canada, L'obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, Ontario, 2011.
4. Vallis, M., Piccinini-Vallis, H., Freedhoff, Y., Sharma, A, « A Modified 5 As Minimal Intervention For Obesity Counselling in Primary Care », Canadian Family Physician (sous presse).
5. Rahul Alam, Jackie Sturt, Ranjit Lall, Kirsty Winkley, « An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status », Patient Education and Counseling, 2008, vol. 75, p. 25 à 36.
6. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch Johnsen, K., Christensen, B., « General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark », Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2009, vol. 27, no 3, p. 172 à 179.
7. Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G., Kubzansky, L., « The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology », Journal of the American College of Cardiology, 1er mars 2005, vol. 45, no 5, p. 637 à 651.
8. Glasgow, R.E., McKay, H.G., Piette, J.D., Reynolds, K.D., « The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management? » Patient Education and Counseling, 2001, vol. 44, no 2, p. 119 à 127.
9. Glasgow, R.E., « Interactive media for diabetes self-management: issues in maximizing public health impact », Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making, novembre décembre 2010, vol. 30, no 6, p. 745 à 758.

Sites Web utiles

De nombreux sites Web traitent du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et peuvent être consultés pour obtenir une information générale sur tous les groupes d'âges.

Parmi ces sites, mentionnons ADHD Canada (www.adhdcanada.com),

Canadian ADHD Resource Alliance (www.CADDRA.ca), Teach ADHD (www.teachadhd.ca),

Hospital for Sick Kids (www.sickkids.ca/healthinfocus/adhd/index.html),

National Institute of Mental Health (www.nimh.nih.gov/health/publications),

Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (www.chadd.org),

le site du D^r Russell A. Barkley (www.russellbarkley.org) et

le National Resource Centre for ADHD (www.help4adhd.org).