

Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse



Guide de pratique

Il ne porte pas d'uniforme, ne fait pas appel à des appareils sophistiqués et, à première vue, ne semble pas spécialement se démarquer des autres professionnels de la rééducation. Pourtant, le psychoéducateur joue souvent un rôle de premier plan dans l'évaluation et la prise en charge d'enfants ou d'adolescents qui éprouvent de sérieuses difficultés d'adaptation sur les plans affectif et social. Aussi fait-on souvent appel à lui lorsqu'il s'agit d'élaborer et de mettre en œuvre diverses interventions qui vont permettre à la fois de redonner un sentiment de compétence et de confiance en soi tout en harmonisant le fonctionnement social, familial ou scolaire du jeune en difficulté.

Michel Marsolais, ps.éd.¹

¹ Collectif (2005). *Santé mentale et psychiatrie pour enfants : des professionnels se présentent*. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine. Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents.

Table des matières

Remerciements	page 2
Introduction	page 3

Première partie

1 Mise en contexte de la psychoéducation en santé mentale

1.1	Survol historique de la psychoéducation en santé mentale enfance-jeunesse	page 6
1.2	Contexte actuel des réformes	page 7
1.2.1	Le <i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens</i>	page 7
1.2.2	La redéfinition des rôles des différents professionnels œuvrant en santé mentale	page 8
1.2.3	La hiérarchisation des services	page 10

Deuxième partie

2 La pratique psychoéducative en santé mentale

2.1	Le modèle bio-psycho-social	page 13
2.2	Des problématiques complexes	page 14
2.3	Les savoirs spécifiques de la pratique psychoéducative	page 15
2.3.1	Connaissances requises	page 16
2.3.2	Habilités souhaitées	page 17
2.3.3	Attitudes à adopter	page 18
2.4	Les rôles et tâches en santé mentale jeunesse	page 19

Troisième partie

3 Illustration de la démarche psychoéducative en santé mentale

3.1	Vignette clinique de Simon : trouble anxieux (services de 1 ^{ère} ligne)	page 25
3.2	Vignette clinique de Jane : 2 ^e et 3 ^e lignes d'intervention (clinique externe et hospitalisation)	page 33

Conclusion	page 42
------------	---------

Glossaire	page 43
-----------	---------

Références	page 46
------------	---------

Tableaux et annexes

Tableau 1	Cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé	page 8
Tableau 2	Synthèse des compétences générales du psychoéducateur en fonction des opérations professionnelles	page 22
Annexe 1	Modèle d'orientation de la demande selon le niveau de services requis	page 49
Annexe 2	Les règles de l'art de la pratique : rappels et précisions	page 50
Annexe 3	Évaluation normative	page 57
Annexe 4	Liste d'outils d'intervention en santé mentale jeunesse	page 59
Annexe 5	Liste d'instruments de mesure et d'évaluation en santé mentale jeunesse	page 64

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la production de ce document.

Recherche et rédaction

Marie-Ève Morin, ps.éd., chargée de projet, CHU Sainte-Justine

Coordination

Christian Legendre, ps.éd., président du comité des psychoéducateurs en santé mentale enfance-jeunesse-famille (2006-2009)

Jocelyne Moreau, Ph.D., ps.éd., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Claude Paquette, ps.éd., coordonnateur à la qualité de l'exercice et au soutien professionnel, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Groupe de travail

Kim Archambault, ps.éd., doctorante (auparavant de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont)

Véronique St-Pierre, ps.éd., CLSC des Patriotes

Richard Voyer, ps.éd., CH régional de Lanaudière

Consultation et validation

Michel Bibeau, ps.éd., CHU Sainte-Justine

Jonathan Bluteau, ps.éd., doctorant (auparavant du CHRDP)

Collette Boulanger, ps.éd., CJM-IU

Caroline Delarosbil, ps.éd., CLSC Sainte-Rose de Laval

Émilie Dumont, ps.éd., CHRDP

Geneviève Racicot, ps.éd., CHRDP

Collaborateurs

Les psychoéducateurs et psychoéducatrices **Carmen Duplessis, Annie Fredette, Louise Gagné, Cristine Gaucher, Michel Laroche, Michel Marsolais** et **Danielle Pelletier-Basque**.

Pierre Charlebois, Ph.D., professeur retraité de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal.

Les docteurs **Johanne Boivin, Patricia Garel** et **Claude Marquette**, pédopsychiatres au CHU Sainte-Justine.

Introduction

Contexte de la démarche

S'appuyant sur la refonte du système de service québécois en santé mentale, nous avons senti le besoin de définir plus spécifiquement la contribution professionnelle des psychoéducateurs au sein des équipes de santé mentale enfance et jeunesse. Ce guide s'adresse d'abord aux psychoéducateurs concernés par ce champ d'intervention, mais pourra intéresser les écoles de formation et certains employeurs.

Sous la responsabilité du comité des psychoéducateurs de ce secteur de pratique créé à l'automne 2006, un groupe de travail fut formé au printemps 2007 afin d'élaborer le spécifique de l'évaluation et de l'intervention psychoéducative en santé mentale jeunesse.

La toute première démarche du groupe de travail fut de produire, à la fin du printemps 2007, une synthèse regroupant les commentaires des membres du comité à propos de leurs tâches dans leur milieu de pratique. Cet exercice a permis d'identifier les mandats, les moyens et les actions, les opérations professionnelles, ainsi que les savoirs sollicités. Il en ressort que les psychoéducateurs contribuent au diagnostic différentiel des jeunes et collaborent à leur traitement, selon le modèle psychoéducatif.

Cette synthèse a été complétée par des entrevues qui ont été réalisées à l'automne 2007 auprès des psychoéducatrices et psychoéducateurs travaillant en santé mentale dans différentes régions du Québec, soit à Sherbrooke, Joliette, Trois-Rivières et en Montérégie. Enrichi de ces nouvelles données, le comité a procédé à l'analyse de la synthèse sous l'angle des opérations professionnelles et des compétences générales des psychoéducateurs. On constate alors qu'il faut aborder les opérations professionnelles en fonction du savoir en santé mentale. Afin de rendre la démarche plus accessible et proche de la pratique, le groupe de travail décide d'illustrer l'action du psychoéducateur par le biais de vignettes cliniques. Deux vignettes sont retenues parmi celles proposées. Un important travail d'analyse est également effectué afin de bien mettre en évidence la contribution du psychoéducateur en contexte d'interdisciplinarité.

Un outil complémentaire

Ce guide de pratique vise à décrire et à clarifier le travail d'évaluation et d'intervention du psychoéducateur en santé mentale enfance-jeunesse. En effet, le système québécois de santé mentale reconnaît et sollicite de plus en plus la collaboration des psychoéducateurs dans le domaine de la santé mentale, particulièrement auprès des enfants et des adolescents. Ceci justifie l'importance de mieux définir le spécifique de notre contribution dans ce champ de pratique.

La redondance avec les compétences générales partagées par les psychoéducateurs de tous les milieux confondus a voulu être évitée. C'est pourquoi ce document ne s'attarde qu'aux éléments spécifiques à la pratique en santé mentale et s'ajoute au matériel déjà fourni par l'Ordre (*Profil des compétences générales, Guide d'évaluation psychoéducative*). Il se veut complémentaire aux autres publications ou aux formations de l'Ordre qui visent à définir plus en profondeur la pratique psychoéducative en santé mentale et à acquérir les compétences requises pour y intervenir.

Le contenu du guide

4

La première partie du document permet de mettre en contexte la psychoéducation dans le domaine de la santé mentale, en tenant compte de la restructuration des services de santé mentale qui a présentement cours dans le système québécois et de la mouvance des changements proposés. Un léger survol historique y est présenté, suivi du contexte actuel des réformes ministérielles. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* de même que le *Rapport du comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines* (rapport Trudeau) y sont brièvement repris, ainsi que la hiérarchisation des différents services de santé mentale dans lesquels le psychoéducateur est appelé à intervenir.

La deuxième partie s'attarde à dresser un portrait plus précis de la pratique psychoéducative en santé mentale. Cette section aborde des référents théoriques en santé mentale et des problématiques rencontrées. Les savoirs, savoir-être et savoir-faire du psychoéducateur sont également repris sous l'angle de la pratique spécialisée en santé mentale.

Enfin, la troisième partie du document illustre, à l'aide de deux vignettes cliniques, la démarche d'évaluation et d'intervention psychoéducative appliquée à la pratique en santé mentale enfance-jeunesse.

Finalement, pour mieux définir certains termes utilisés qui font référence au vocabulaire spécialisé en santé mentale, un glossaire sert d'appui au lecteur en proposant de courtes définitions permettant de compléter la compréhension des concepts.

Première partie

Survol historique de la psychoéducation
en santé mentale enfance-jeunesse

Contexte actuel des réformes

1 Mise en contexte de la psychoéducation en santé mentale

1.1 Survol historique de la psychoéducation en santé mentale enfance-jeunesse

6 Bien que la psychoéducation soit née au Québec au milieu des années cinquante, ce n'est qu'au début des années soixante-dix qu'elle s'est introduite dans les milieux psychiatriques. La collaboration psychiatrie-psychoéducation a débuté à l'Institut Philippe-Pinel dans le cadre de la création d'unités psychiatriques à sécurité maximum. L'un des objectifs poursuivis était alors d'expérimenter une nouvelle approche clinique multidisciplinaire. L'établissement ne desservant de prime abord qu'une clientèle adulte, de nouvelles unités pour adolescents ont été créées quelques années plus tard (1974-1975). L'équipe de base était composée de psychiatres, d'infirmiers, de gardiens de sécurité, d'enseignants et d'éducateurs spécialisés ou de psychoéducateurs. Ces derniers agissaient également à titre de consultant auprès de ces équipes, tout comme les psychiatres, les psychologues, les criminologues et les sociologues. À cette époque, plusieurs responsabilités étaient confiées aux psychoéducateurs. Ceux-ci supervisaient d'abord la mise en œuvre du régime de vie de l'unité et du programme d'activités éducatives (ateliers, scolarité, éducation physique, loisirs). Avec une centration sur le niveau d'adaptation psychosociale et physique, ils participaient également à l'**évaluation diagnostique**² de chaque bénéficiaire et à l'évaluation des effets des stratégies d'intervention. L'élaboration des objectifs de traitement dans une perspective développementale et la supervision des éducateurs spécialisés constituaient d'autres rôles spécifiques à la profession.

Parallèlement, le développement du service de psychoéducation de l'Hôpital Sainte-Justine dans les années 1975, 1980 et 1990 a eu une influence importante, faisant en sorte que le modèle s'est répandu dans d'autres localités du Québec en inspirant des initiatives en Montérégie, dans les régions de Sherbrooke et de Québec de même que dans Lanaudière. C'est ainsi que plusieurs cliniques de pédopsychiatrie en milieu hospitalier, plusieurs centres de jour et CLSC se sont intéressés à l'apport des psychoéducateurs au sein de leur équipe professionnelle en santé mentale jeunesse.

Encore aujourd'hui, le psychoéducateur est grandement apprécié au sein de ces équipes interdisciplinaires. Les pédopsychiatres n'hésitent pas à le décrire comme un fin observateur et un collaborateur essentiel à l'adaptation de la personne à sa maladie. En tant qu'accompagnateur dans les différents moments et milieux de

Parce qu'il partage le vécu du client, on apprécie le psychoéducateur car il apporte des informations habituellement inaccessibles en contexte d'entrevue.

² La définition des mots apparaissant en caractères gras se retrouve dans le glossaire à la fin du présent guide.

vie, il apporte une somme irremplaçable d'informations habituellement inaccessibles en contexte d'entrevue. Ces informations sont utiles à la fois à l'évaluation diagnostique, à l'élaboration du plan d'intervention et à l'évaluation des effets de traitement. De plus, la capacité d'aménager l'environnement et d'outiller la personne avec différentes stratégies de gestion de la maladie constituent d'autres compétences qu'on lui reconnaît. Ce ne sont là que quelques exemples démontrant la contribution spécifique du psychoéducateur dans ce champ de pratique.

1.2 Contexte actuel des réformes

1.2.1 *Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*

Dans sa volonté de parfaire le système québécois de services en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2005) a mis sur pied un plan d'action visant l'amélioration et le développement des services destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes atteints d'un trouble de santé mentale.

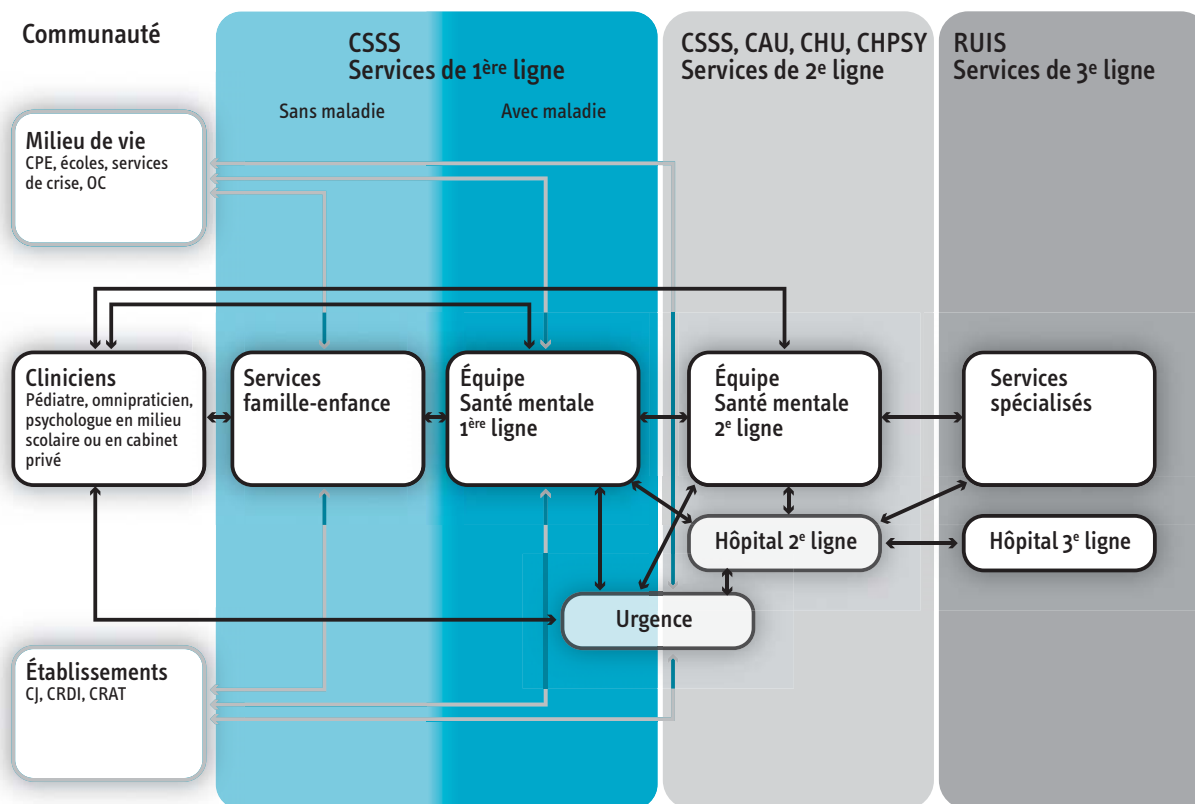
Ce plan d'action propose des modifications quant à l'organisation des services offerts à la population. Tel que présenté au tableau 1, les services de 1^{ère} ligne sont de deux ordres, soit les services généraux (services famille-enfance) et ceux destinés à la santé mentale (équipe santé mentale de 1^{ère} ligne). Selon le plan d'action, ces services doivent être développés et améliorés, à la fois parce qu'ils constituent la porte d'entrée du système hiérarchique de soins en santé mentale et parce qu'ils permettent une meilleure utilisation des services spécialisés et surspécialisés des niveaux subséquents. Les services de 1^{ère} ligne en santé mentale constituent un lieu d'évaluation et de traitement; ils doivent ensuite assurer l'accès des jeunes et de leur famille aux services de 2^e et de 3^e lignes lorsque leur état nécessite des soins plus spécialisés.

Le développement prioritaire des services de santé mentale de 1^{ère} ligne et leur arrimage avec les services spécialisés de 2^e et 3^e lignes constituent ainsi des visées ultimes du plan d'action ministériel. Celui-ci vise par le fait même la mise en place des équipes de santé mentale de 1^{ère} ligne destinées aux adultes, mais également aux enfants et adolescents, et pour lesquelles les psychoéducateurs sont spécifiquement interpellés. Ces équipes interdisciplinaires se doivent d'assurer, par la concertation, la collaboration et la mise en commun d'expertises multiples, l'accessibilité à des ressources qualifiées et diversifiées pour les meilleurs soins et services possibles (Trudeau, 2005, p. 5). Ces dernières offrent donc une expertise spécifique en santé mentale, mais touchent néanmoins une diversité de problématiques.

Le développement prioritaire des services de santé mentale de 1^{ère} ligne et leur arrimage avec les services spécialisés de 2^e et 3^e lignes constituent des visées ultimes du plan d'action ministériel.

TABLEAU 1

Cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé



8

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (2005)

1.2.2 La redéfinition des rôles des différents professionnels œuvrant en santé mentale

En continuité avec le plan d'action ministériel, un comité d'experts s'est penché sur la redéfinition des champs d'exercice, dont celui du psychoéducateur, et sur la mise en place d'activités réservées pour différentes professions de la santé mentale et des relations humaines. Selon le rapport *Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines* (Gouvernement du Québec, 2005), également connu sous le nom *Rapport du comité d'experts* ou *Rapport Trudeau* et tel que repris dans le projet de loi n° 21 adopté par le gouvernement du Québec en juin 2009, le champ d'exercice du psychoéducateur consiste à :

Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement³.

3 Gouvernement du Québec (2005). *Partageons nos compétences. Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*. Rapport du comité d'experts. Office des professions du Québec, Québec.

En regard du plan d'action ministériel, le *Rapport du comité d'experts* considère le psychoéducateur comme un des professionnels pouvant contribuer aux soins partagés à tous les niveaux de services en santé mentale. À partir du champ d'exercice, le rapport détermine un ensemble d'activités réservées à la profession.

Activités réservées

Nous présentons ici la liste des activités réservées s'adressant plus précisément au psychoéducateur qui pratique en santé mentale (Québec, 2009 – Projet de loi n° 21). Certaines activités s'actualisent en milieu scolaire alors que d'autres le sont dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce sont ces dernières qui seront traitées dans le présent guide.

1. Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
2. Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
3. Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
4. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins;
5. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur la santé et services sociaux pour les autochtones cris.

9

Au moment d'aller sous presse, l'Office des professions du Québec terminait la rédaction du *Guide explicatif* en lien avec le projet de loi n° 21. Ce projet de loi vient réserver certaines activités dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Rappelons que deux critères ont guidé le *comité d'experts* dans sa tâche d'identification des activités qui nécessitent d'être réservées, soit :

- le risque de préjudice;
- la formation liée au degré de complexité que comportent les activités, critère s'appuyant sur le principe que seules les personnes ayant les compétences pour accomplir une activité sont habilitées à le faire.

Les activités sont considérées préjudiciables lorsqu'elles :

- présentent un caractère irrémédiable;
- sont complexes;
- impliquent un haut degré de technicité;
- sont contre-indiquées dans certaines situations;
- peuvent causer ou entraîner des complications;
- peuvent entraîner ou accentuer une atteinte à l'intégrité physique ou morale, notamment sous forme de blessure, de dépendance, de dommage de nature psychologique, de douleur morale ou d'incapacité;
- comportent un potentiel d'abus physique, émotif ou sexuel;
- peuvent causer ou entraîner des perturbations, telles l'aliénation, la dépendance ou la détresse;
- peuvent causer ou entraîner la perte d'un droit comme l'exercice de l'autorité parentale, la libre gestion de ses biens, l'aptitude à rendre compte de ses actes.

1.2.3 La hiérarchisation des services

Toujours en nous référant au système hiérarchisé de soins (tableau 1), les psychoéducateurs en santé mentale peuvent être appelés à travailler dans les différentes lignes de services :

10 Au sein des équipes de 1^{ère} ligne en santé mentale

Cette 1^{ère} ligne d'intervention s'adresse, par définition, aux enfants et aux adolescents présentant des problèmes de santé mentale courants et variés. Selon le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, ces services sont « offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), les psychologues en milieux scolaires ou en cabinet privé, certains organismes communautaires et pour les cas urgents, les centres hospitaliers⁴ ». L'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne est le **guichet d'accès** aux services spécialisés de santé mentale. C'est un lieu d'évaluation et de traitement (préventif, curatif ou réadaptatif).

Au niveau des services de 2^e ligne, auprès de jeunes qui nécessitent une expertise plus spécialisée pour des difficultés plus complexes

Toujours selon le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, la gamme des services de 2^e ligne comprend l'évaluation et le traitement plus spécialisés, l'hospitalisation et le suivi intensif, qui sont offerts par les centres de réadaptation et tous les centres hospitaliers qui offrent des services de pédopsychiatrie (unités d'hospitalisation, centres de jour, cliniques de soins externes). À titre indicatif, selon les informations du Tableau des membres en date de juin 2010, le milieu hospitalier en santé mentale jeunesse représente l'environnement de travail de 2 % des psychoéducateurs, auxquels s'ajoutent les psychoéducateurs en CRDI (9 %) et ceux en centres jeunesse (11 %).

Dans les services surspécialisés de 3^e ligne

Les services surspécialisés en psychiatrie sont offerts dans les centres hospitaliers universitaires, les centres affiliés universitaires et les centres hospitaliers psychiatriques. Ils s'adressent aux enfants et aux adolescents qui présentent des troubles plus complexes ou qui sont atteints plus sévèrement. Leur état requiert donc un traitement hautement spécialisé.

Ces services répondent également à un mandat d'avancement de la recherche et de développement d'expertise. Les professionnels qui y travaillent doivent assurer un rôle de formateur en transmettant leurs connaissances auprès des cliniciens des deux autres lignes d'intervention. Actuellement, plus rares sont les psychoéducateurs à ce niveau.

La situation en centre jeunesse

Par ailleurs, parmi les actions prioritaires émises dans les recommandations ministérielles, des équipes dites de deuxième niveau (dont le psychoéducateur peut faire partie) ont également été instaurées dans les centres jeunesse. Cette recommandation fait suite à l'implantation du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse* (Association des centres jeunesse du Québec, 2000). Ces équipes, **multidisciplinaires** et spécialisées en intervention sur la psychopathologie et le suicide, ont un rôle de consultation et de soutien aux intervenants qui agissent directement auprès des jeunes. La composition de ces équipes varie : elle peut demeurer interne ou encore résulter de la coopération avec des partenaires externes aux centres jeunesse. Ces équipes ont également comme tâche de faire le lien avec les équipes de troisième niveau (pédopsychiatres, omnipraticiens), au besoin, pour le traitement.

11

L'apport du communautaire

Il importe enfin de souligner que plusieurs organismes communautaires (relevant de la 1^{ère} ou de la 2^e ligne) s'engagent aussi auprès de la clientèle jeunesse en santé mentale. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2009), ces organismes poursuivent au moins l'un des deux objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être en santé mentale*, qui sont de diminuer les problèmes de santé mentale et de réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide. Pour ce faire, ils offrent, entre autres, des services de crise, de prévention du suicide, de répit, d'entraide, de réinsertion sociale et de traitement.

Deuxième partie

Le modèle bio-psycho-social

Des problématiques complexes

Les savoirs spécifiques de la pratique
psychoéducatrice

Les rôles et tâches en
santé mentale jeunesse

2 La pratique psychoéducative en santé mentale

2.1 Le modèle bio-psycho-social

Au Québec, comme partout en Amérique du Nord, la psychiatrie contemporaine est érigée à partir du modèle médical qui influence, d'une part, la compréhension des troubles mentaux et, d'autre part, l'organisation des services. Dans la volonté de réunir des positions théoriques différentes touchant à la fois la recherche et l'intervention clinique, intégrant les sciences de la santé, les sciences humaines et sociales, le modèle bio-psycho-social s'est imposé comme un modèle intégratif et multidimensionnel de la compréhension et du traitement des troubles mentaux. Ainsi, au niveau étiologique, il n'existe pas de cause unique permettant d'orienter le diagnostic, mais plutôt une causalité circulaire et interactive (Barlow & Durand, 2007; Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Le modèle bio-psycho-social réfère à la fois à une cause biologique incontestable (conditions médicales, antécédents familiaux/génétiques, réactivation physiologique), à des composantes psychologiques et à des influences sociales.

De plus, ce modèle implique la reconnaissance de l'**interdisciplinarité** où, au sein d'une équipe soignante, chacun a sa place, son rôle et ses compétences spécifiques. Il repose sur le respect des différences offrant une pluralité d'interventions convenant au développement de soins individualisés, tout en exigeant une coordination efficace. Ainsi, comme traitements, cohabitent la pharmacologie, les thérapies psychologiques et le soutien social. De même, ce modèle implique une différenciation des lieux de soins, puisqu'à chaque lieu correspond une indication différente, principalement justifiée par les modalités de l'évolution de la maladie et des conditions affectives et sociales nécessaires.

13

Le modèle bio-psycho-social réfère :

- à une cause biologique (conditions médicales, antécédents génétiques, réactivation physiologique),
- à des composantes psychologiques,
- à des influences sociales.

Ainsi, comme traitements, cohabitent la pharmacologie, les thérapies psychologiques et le soutien social.

Dans ce contexte, le psychoéducateur se réfère à différents courants théoriques pour la compréhension des troubles mentaux et pour l'orientation de sa démarche d'évaluation et d'intervention. Citons le modèle de psychopathologie développementale ainsi que les approches cognitivo-comportementale, écosystémique et psychodynamique. Ces perspectives offrent en effet des points de repère facilitant la lecture clinique du psychoéducateur qui doit intervenir auprès d'un enfant ou d'un adolescent présentant une problématique de santé mentale.

2.2 Des problématiques complexes

Le psychoéducateur en santé mentale est appelé à intervenir auprès d'une clientèle variée. La santé mentale se définit comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social [...] qui ne consiste pas seulement à une absence de maladie* » (Organisation mondiale de la santé, 2009). Sur un continuum s'étendant de la santé mentale au trouble mental, les enfants et les adolescents peuvent présenter des problématiques de divers niveaux de complexité. Celles-ci réfèrent à un ensemble de problèmes qui résultent d'une perturbation de leurs rapports avec leur environnement. Les problèmes de santé mentale ont des formes d'expression multiples et découlent d'un ensemble de facteurs de risque génétiques, individuels, familiaux et sociaux de même que d'événements stressants pouvant précipiter l'apparition de la maladie.

[...] il faut tenir compte que les différents symptômes vont interagir entre eux de manière à influencer l'évaluation de l'adaptation de l'enfant ou de l'adolescent, tout autant que l'efficacité des traitements.

En se référant au modèle médical, les troubles mentaux sont le résultat de désordres biologiques et physiologiques, sans toutefois exclure l'incidence des facteurs psychologiques et sociaux sur la maladie (Paris, 2005, p. 161). Ils sont caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement cliniquement significatives, associées à un sentiment de détresse et à une interférence du fonctionnement personnel et social (APA, 2003; Institut national de santé publique du Québec, 2008). La démarche diagnostique découle ainsi d'un système de classification catégorielle des troubles mentaux. Tout en s'appuyant sur le **jugement clinique**, le diagnostic tient

compte de différents types de symptômes (émotionnels, comportementaux, cognitifs, somatiques) et s'établit à partir de critères de fréquence, d'intensité, de durée et d'entrave au fonctionnement (APA, 2003; Institut national de santé publique du Québec, 2008). Deux outils de référence font actuellement consensus dans les milieux de recherche et de clinique en santé mentale. Il s'agit du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* produit par l'Association américaine de psychiatrie (APA), ainsi que la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ces classifications diagnostiques nous apprennent que plusieurs troubles de santé mentale peuvent apparaître à l'enfance et à l'adolescence. Citons par exemple le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles de comportement (trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation), les troubles des conduites alimentaires, les tics (dont le syndrome Gilles de la Tourette), les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (APA, 2003). Les enfants et les adolescents qui présentent un risque suicidaire élevé figurent aussi parmi la clientèle visée par les services de santé mentale (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, pp. 30 et 39).

Par ailleurs, le phénomène de la **comorbidité** demeure présent en pédopsychiatrie, ce qui complexifie à la fois la tâche d'énoncer le diagnostic et la prescription du traitement. En effet, lorsque les symptômes de deux ou plusieurs entités **nosologiques** sont décelés chez l'enfant ou l'adolescent, des troubles associés seront diagnostiqués. Ainsi, les troubles de l'axe I ou de l'axe II du DSM surviendront en comorbidité avec d'autres troubles : parmi ceux-ci la dépression et l'anxiété, la psychose et la consommation de drogue, le TDAH et le trouble d'opposition avec provocation, les troubles de la conduite ou les troubles d'apprentissage, le trouble envahissant du développement et la déficience intellectuelle, les troubles alimentaires et les états dépressifs, les troubles physiques associés, etc. Dans ces cas, il faut tenir compte que les différents symptômes vont interagir entre eux de manière à influencer l'évaluation de l'adaptation de l'enfant ou de l'adolescent, tout autant que l'efficacité des traitements.

Les services requis pour l'enfant ou l'adolescent sont déterminés à la fois par la nature du trouble et la sévérité symptomatologique. À cet effet, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a proposé un modèle d'orientation des demandes de services en santé mentale (annexe 1), modèle partagé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ce modèle démontre en effet que la détermination du niveau de services requis dans le système hiérarchisé de soins en santé mentale dépend du degré d'intensité des symptômes (les manifestations symptomatiques allant de légères à sévères), du niveau de fonctionnement de la personne et de différents facteurs environnementaux ou psychosociaux (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006).

15

2.3 Les savoirs spécifiques de la pratique psychoéducative

Dans la pratique en santé mentale, le psychoéducateur est sollicité dans ses compétences afin « *d'agir de manière efficace, opportune et éthique, en mobilisant ses propres ressources et celles disponibles dans son environnement* » (OCCOPPQ, 2003). Ces compétences s'appuient sur l'articulation de savoirs spécifiques acquis lors de la formation initiale, par expérience et par la mise à jour des connaissances en cours d'emploi.

En santé mentale, le psychoéducateur doit être familier avec :

- le langage médical;
- le système d'évaluation multiaxial du DSM;
- les caractéristiques du développement normal de l'enfant et de l'adolescent;
- les différentes psychopathologies et leurs symptômes;
- les troubles de santé mentale chez les adultes;
- les enjeux reliés à des problématiques concomitantes.

2.3.1 Connaissances requises

En référence au modèle bio-psycho-social, le psychoéducateur doit s'approprier le langage d'usage en psychiatrie (vocabulaire médical, psychologique et pharmacologique) afin que ses observations puissent permettre de préciser un diagnostic ou de documenter l'effet d'un traitement. Il doit aussi être familier avec le **système d'évaluation multiaxiale** du manuel diagnostique de référence le plus communément utilisé au Québec et en Amérique du Nord, soit le DSM (APA, 2003). Comme l'axe IV aborde les problèmes psychosociaux et environnementaux tels que les problèmes scolaires, les problèmes avec la justice ou les problèmes socio-économiques, la contribution du psychoéducateur se distinguera ici par ses observations et ses analyses du vécu des jeunes, entre autres, dans les différents moments et milieux de vie. Il sera également utile aux axes I et II en contribuant aussi à la précision du diagnostic par ses observations des symptômes de la maladie.

Le psychoéducateur œuvrant en santé mentale doit connaître les caractéristiques associées au développement normal des enfants et des adolescents afin d'être en mesure d'apprécier avec justesse les manifestations pathologiques. Il doit également posséder une connaissance suffisante des différentes psychopathologies, de même que de leurs symptômes et caractéristiques associés. Finalement, il doit être en mesure de reconnaître les enjeux potentiels reliés à des problématiques concomitantes. De plus, compte tenu qu'une des clientèles ciblées est le parent ayant des troubles de santé mentale graves, il est pertinent de connaître les troubles de santé mentale chez les adultes et leurs possibles interférences avec le rôle parental (habiletés parentales, habiletés de communication, etc.).

16

Les différentes approches d'évaluation et de traitement préconisées en pédopsychiatrie et dans les données probantes sont d'autres connaissances utiles que doit posséder le psychoéducateur. Ainsi, il est nécessaire de connaître les effets thérapeutiques et secondaires des différentes catégories de médicaments⁵, tels les anti-psychotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les psychostimulants, etc. Il faut également connaître différentes modalités de traitement, dont la thérapie familiale, la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie dynamique.

L'annexe 2 résume les principales responsabilités du psychoéducateur dans la gestion de sa pratique et dans sa tenue de dossiers. La connaissance des lois lui permettra de préciser le cadre légal, de définir son mandat et d'orienter son action professionnelle. Dans un contexte d'interdisciplinarité, le psychoéducateur détermine les responsabilités qui lui sont conférées, en complémentarité et en continuité avec celles des autres professionnels qui seront impliqués auprès de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille.

Cette maîtrise des savoirs spécifiques à développer en pédopsychiatrie et en santé mentale jeunesse facilitera la détermination des centrations d'observation à privilégier de même que la planification de l'évaluation (annexe 5) et de l'intervention psychoéducative en découlant. Elle permettra également de mieux docu-

5 Certains ouvrages sont de bonnes sources à ce sujet. À titre de suggestion :
Deglin, J. H. & Vallerand, A. H. (2003). *Guide des médicaments* (2^e éd.). Éditions du Renouveau pédagogique.
Bezchlibnyk-Butler, K.Z. & Virani, A.S. (2007). *Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents* (2nd ed.). Hogrefe.

menter la nature et l'intensité des symptômes, les facteurs de risque et de maintien du trouble présents chez le jeune, ainsi que les ressources internes dont il dispose, autant d'éléments pertinents au diagnostic et à la compréhension clinique. Finalement, elle favorisera la documentation des effets des traitements.

2.3.2 Habilités souhaitées

Le psychoéducateur a comme principal objectif d'optimiser l'adaptation de l'enfant ou de l'adolescent au traitement proposé en regard de sa psychopathologie. Il s'intéresse aux facteurs de risque et de protection individuels et environnementaux, ainsi qu'à l'impact de la psychopathologie sur la vie de la personne (altérations fonctionnelles et autres limites liées au trouble versus les capacités adaptatives et les secteurs de fonctionnement préservés). C'est pourquoi il doit être en mesure de planifier et de réaliser une évaluation psychoéducative basée sur des centrations et des **contextes d'observation** pertinents qui peuvent être en lien avec les critères diagnostiques. Les entrevues avec le jeune, la famille, les partenaires peuvent permettre de compléter l'analyse fonctionnelle du comportement et d'approfondir l'évaluation et la compréhension cliniques. Selon la complexité de la problématique, il peut décider d'utiliser des outils standardisés en s'assurant de satisfaire aux exigences de formation et de connaissances requises pour leur utilisation (annexe 4).

En santé mentale, le psychoéducateur doit démontrer ses habiletés à :

- planifier et réaliser une évaluation psychoéducative basée sur des contextes d'observation pouvant être en lien avec les critères diagnostiques;
- élaborer un plan d'intervention en mettant en relation les symptômes de la psychopathologie et leur impact sur l'adaptation;
- mettre en place des activités psychoéducatives permettant au jeune de rétablir sa santé mentale en prenant en considération que l'enseignement relatif au trouble fait partie de l'intervention;
- évaluer les effets de son intervention selon la symptomatologie présentée.

En mettant ainsi en relation les symptômes de la psychopathologie et leur impact sur l'adaptation et les comportements manifestés, il sera en mesure d'élaborer son plan d'intervention et d'identifier des objectifs réalistes et prioritaires en fonction de la sévérité des difficultés rencontrées et des opportunités qu'offre l'environnement. Il s'assurera aussi que ses objectifs atteignent un bon niveau de **convenance** (Renou, 2005, p. 140). Il utilisera diverses techniques d'animation et d'intervention afin de stimuler, de développer et de consolider le développement biopsychosocial des jeunes. C'est par un accompagnement direct (faire avec... faire ensemble) ou indirect (faire faire...) et la mise en place d'**activités psychoéducatives** que le psychoéducateur contribue à rétablir la santé mentale de l'enfant, de l'adolescent.

Le psychoéducateur peut aussi faire appel à des programmes de prévention ou de réadaptation pertinents à la situation. Ces programmes permettent de structurer ses stratégies en s'appuyant sur une efficacité qui a été démontrée. Bien qu'une liste exhaustive de ces programmes ne soit pas disponible, certains d'entre eux sont répertoriés de manière à illustrer une diversité d'objectifs (annexe 5). Plus particulièrement en santé mentale, l'enseignement relatif au trouble fait partie de l'intervention. Davantage que de transmettre une simple information, le psychoéducateur s'assure de sa compréhension par le jeune, sa famille et les partenaires. Ceci s'inscrit dans une démarche de prise de conscience et permet d'élaborer des objectifs individualisés de même que de planifier l'intervention.

Enfin, le psychoéducateur doit également être en mesure d'évaluer les effets de son intervention selon la symptomatologie présentée (niveau d'alerte, de sécurité, de bien-être, etc.) en regard des objectifs mentionnés au plan d'intervention, et ce, toujours en considérant l'influence des diverses psychopathologies impliquées. Il prendra soin d'en communiquer les résultats aux autres membres de l'équipe multidisciplinaire concernés.

2.3.3 Attitudes à adopter

En se référant aux **schèmes relationnels**, le psychoéducateur manifestera des attitudes de base assurant l'établissement d'une relation rééducative empreinte d'empathie, de considération et de respect. Il devra être capable de reconnaître son propre système de valeurs ainsi que son impact dans ses rapports avec les jeunes et leur famille. Face aux défis de l'intervention en santé mentale, conjuguée à la complexité des problématiques, le psychoéducateur doit se montrer ouvert et critique afin de porter un regard réflexif sur sa pratique, en plus de remettre en question ses actions professionnelles et de s'assurer de maintenir des interactions efficaces avec les jeunes, leur famille et les partenaires de l'intervention.

2.4 Les rôles et tâches en santé mentale jeunesse

Dans un document produit à l'été 2009, l'Ordre a présenté à la direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec *Le spécifique du psychoéducateur au sein d'une équipe multidisciplinaire de santé mentale de 1^{ère} ligne*. On peut y lire une énumération des rôles du psychoéducateur qui sont reliés aux fonctions suivantes :

- promotion–prévention (secondaire et tertiaire);
- dépistage des problèmes de santé mentale;
- évaluation;
- intervention;
- orientation–liaison avec la 2^e ligne et avec tous les partenaires de services du réseau;
- expertise-conseil.

En s'inspirant de ce document, voici de manière non exhaustive les rôles et tâches que sont appelés à remplir les psychoéducateurs en santé mentale jeunesse.

Promotion–prévention

Assurer la conception, l'actualisation et l'évaluation de différents programmes d'éducation et de réadaptation individuelle et de groupe concernant :

- la prévention de la négligence à l'égard des enfants en visant l'amélioration des habiletés parentales et le renforcement de l'attachement parent-enfant;
- la prévention des troubles de comportement;
- le développement des habiletés sociales.

Maintenir ou promouvoir l'adaptation du jeune afin d'améliorer sa santé et sa qualité de vie.

Dépistage des problèmes de santé mentale

- Participer au dépistage des problèmes de santé mentale avec les collègues et avec les équipes des autres programmes de santé mentale en 1^{ère} ligne du CSSS.

Évaluation

- Procéder à l'évaluation psychoéducative du jeune en vue de déterminer : 1) ses difficultés d'adaptation et ses capacités adaptatives, 2) la réalité de son environnement et 3) les interactions entre le jeune et son environnement.
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins⁶.
- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité⁷.
- Observer les comportements du jeune et les interactions entre ce dernier et les membres de sa famille en contexte naturel.
- Évaluer, s'il y a lieu, l'impact psychologique et physiologique de l'abus ou de la consommation de substances *sur le jeune, sa famille et sur son environnement*.
- Départager chez le jeune ce qui est propre aux troubles du comportement et ce qui relève d'un problème de santé mentale.
- Analyser les causes et la dynamique des difficultés observées dans les relations du jeune avec son environnement.
- Identifier les ressources et les limites de l'entourage susceptibles d'influencer les interactions du jeune ou de sa famille.
- Observer l'évolution des comportements du jeune et de sa famille en lien avec les interventions mises en œuvre dans le milieu.
- Collaborer de *façon complémentaire* avec les autres membres de l'équipe santé mentale à la démarche d'évaluation.

20

Intervention

- Accompagner, soutenir et intervenir directement dans les différents milieux de vie du jeune.
- Intervenir en situation de crise ou en situation de désorganisation majeure.
- Contribuer, avec les parents, à définir les objectifs du plan d'intervention et en assurer la réalisation.
- Mettre en place des conditions favorables au développement de l'autonomie et intervenir sur les attitudes et les comportements défavorables présents chez le jeune afin de rétablir et de développer ses capacités adaptatives.
- Animer des activités et des programmes individuels ou de groupe en lien avec les problématiques identifiées tant pour le jeune que pour ses parents.
- Soutenir, accompagner et outiller les parents par des rencontres et des échanges téléphoniques, leur proposer des stratégies pour intervenir auprès de leur enfant et faciliter le développement de comportements sociaux acceptables.
- Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé et les services sociaux⁸.
- Travailler de façon étroite avec différents acteurs impliqués auprès de l'enfant et de sa famille sur des activités de la vie quotidienne.
- Collaborer de façon complémentaire avec les autres membres de l'équipe santé mentale à la fonction de prise en charge.
- Proposer et développer des outils d'interventions cliniques dans le champ de la psychoéducation.

6 Réservé en partage aux psychoéducateurs, en fonction du projet de loi n° 21. Ministère de la Justice. Québec, 2009.

7 *Idem.*

8 *Idem.*

Orientation–liaison

- Assister, conseiller, orienter le jeune en 1^{ère} ligne et référer au besoin en 2^e ligne ou vers les ressources disponibles offertes par les partenaires.
- Collaborer dans la recherche de partenaires éventuels pouvant compléter l’offre de services.
- Développer des liens fonctionnels avec la 2^e ligne.
- Concourir à l’organisation structurée des liens avec les partenaires du CSSS, de la 2^e ligne et autres partenaires du réseau; assurer l’organisation des renseignements requis pour rendre les références opérationnelles.

Expertise-conseil

- Agir comme consultant au sein de l’équipe santé mentale 1^{ère} ligne et autres partenaires du CSSS et du réseau.
- Collaborer de façon complémentaire avec les autres membres de l’équipe santé mentale et avec les organismes du milieu à la fonction d’expert-conseil.

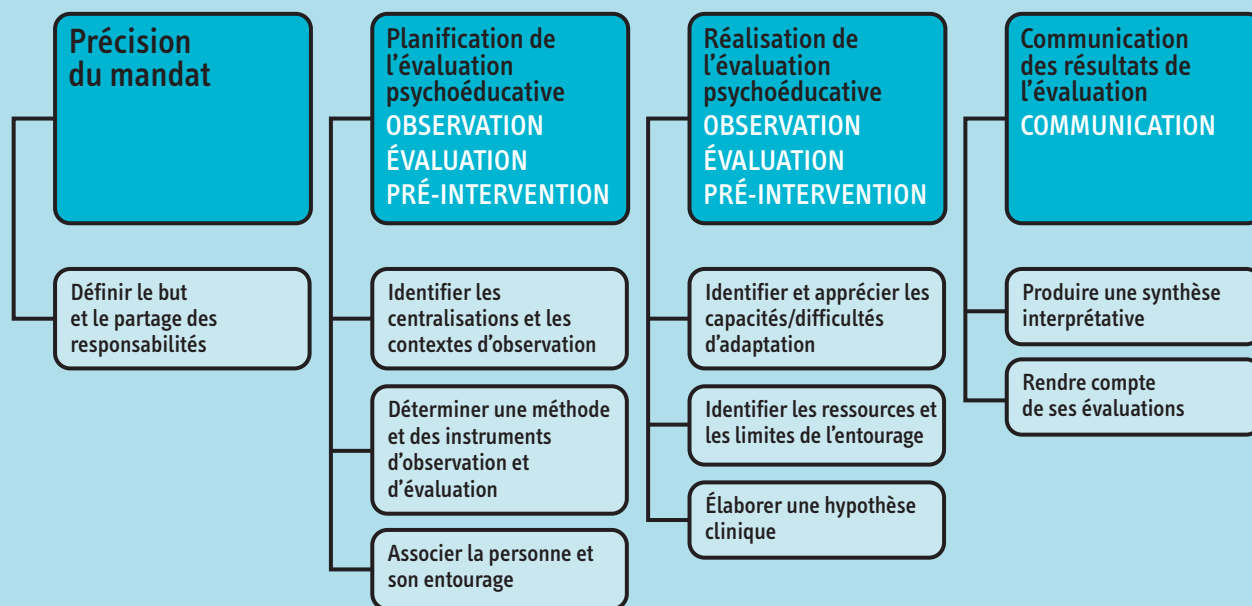
Le tableau 2 se veut une synthèse des compétences générales du psychoéducateur en fonction des opérations professionnelles. Il identifie trois grandes compétences (Conseiller – Évaluer – Intervenir) sous lesquelles sont regroupées les différentes opérations professionnelles. Sous chaque opération, on retrouve les différents énoncés de compétence tels qu’ils figurent dans le *Profil des compétences générales des psychoéducateurs*. On remarquera que la compétence *Conseiller* est globalisante, car elle peut s’actualiser à travers toutes les opérations professionnelles. Selon son mandat, le psychoéducateur qui agit dans un rôle-conseil peut être appelé à conseiller à toutes les étapes de l’intervention. Au bas du tableau se retrouvent les éléments relatifs à la gestion de la pratique, un aspect qui ne fait pas partie de l’intervention, mais qui constitue une responsabilité du psychoéducateur.

TABLEAU 2

Synthèse des compétences générales du psychoéducateur en fonction des opérations professionnelles

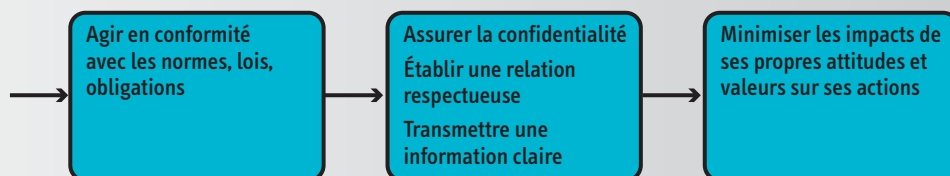
Compétence conseiller > > > > > > >

Compétence évaluer

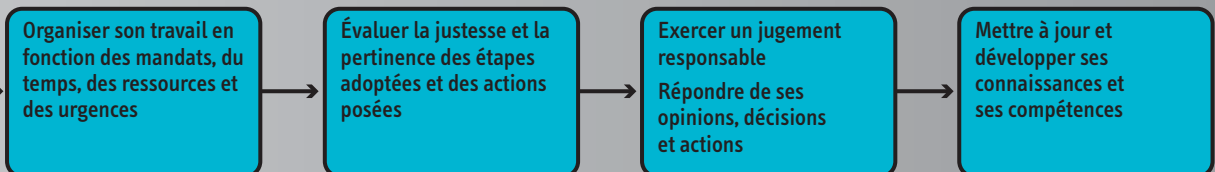
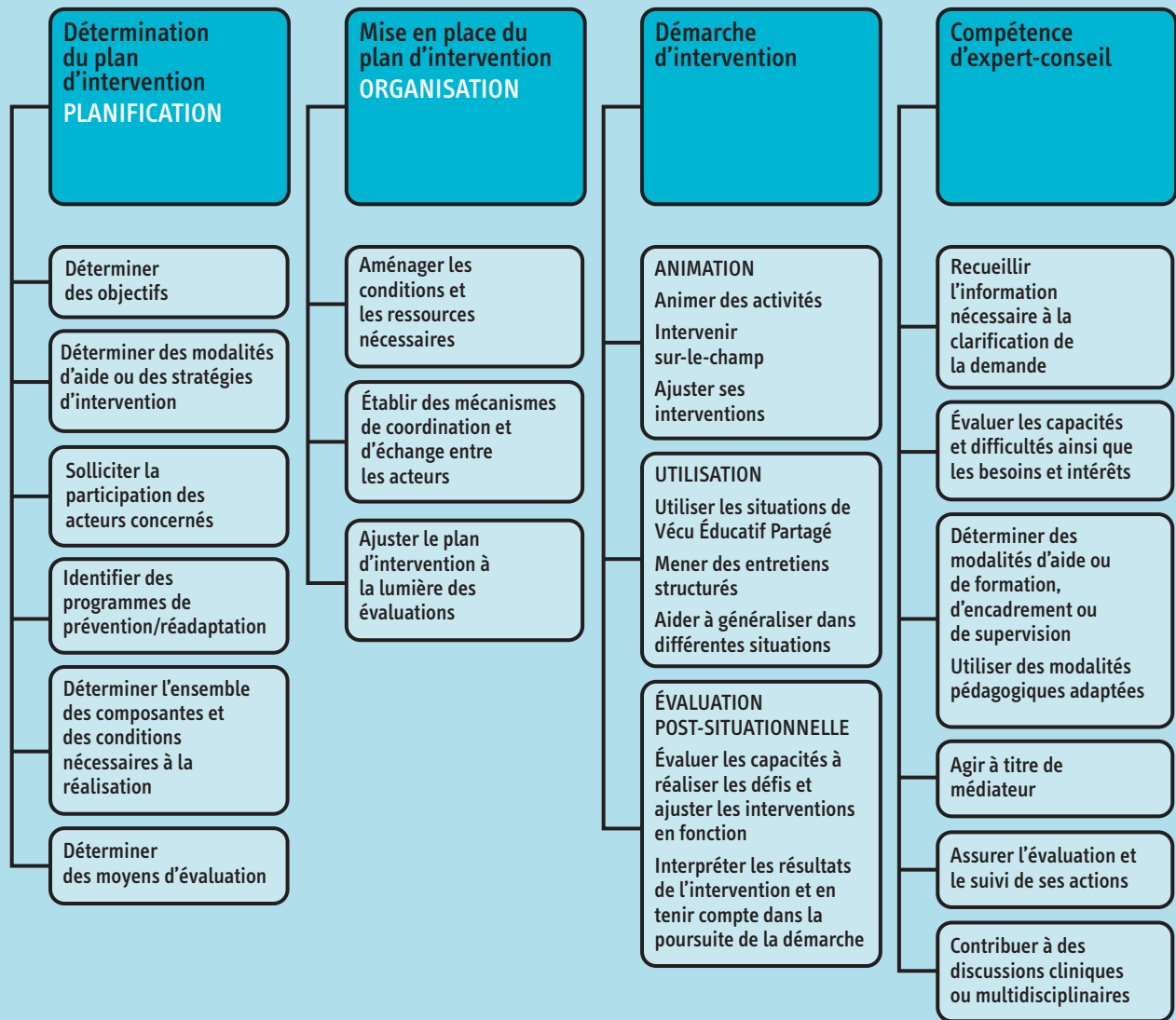


22

Gérer sa pratique



Compétence intervenir



Troisième partie

Vignette clinique de Simon

Vignette clinique de Jane

3 Illustration de la démarche psychoéducative en santé mentale

Dans cette section, nous nous proposons d'illustrer, à l'aide de deux vignettes cliniques, la démarche du psychoéducateur en santé mentale. À partir de deux problématiques différentes, l'une à l'enfance (Simon) et l'autre à l'adolescence (Jane), qui s'inscrivent dans un réseau distinct de services, nous avons voulu articuler les compétences du psychoéducateur avec les opérations professionnelles.

Les analyses présentées ont pour objectif une appropriation des concepts abordés dans ce guide afin de concrétiser une démarche psychoéducative en santé mentale. Elles ne veulent d'aucune manière imposer ou devenir prescriptives du savoir-faire. Nous espérons que chacun saura, à partir de sa propre expérience, adapter cette démarche selon son contexte de travail.

La méthode utilisée a permis d'identifier trois grandes compétences (tableau 2) associées aux opérations professionnelles et aux composantes psychoéducatives de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001; Renou, 2005) :

- La compétence d'évaluation :
se rapporte aux opérations professionnelles d'observation et d'évaluation.
- La compétence d'intervention :
est rattachée aux opérations professionnelles de planification, d'organisation, d'animation, d'utilisation et d'évaluation post-intervention.
- La compétence d'expert-conseil :
englobe l'ensemble des opérations.

25

3.1 Vignette clinique de Simon Trouble anxieux (services de 1^{ère} ligne)

Une référence documentée par un pédiatre vers une équipe santé mentale enfance-famille de 1^{ère} ligne

Simon est un garçon de huit ans. Enfant unique, il habite avec ses deux parents. Son père s'absente toutefois de longues périodes de temps pour son travail. Sa mère est en congé de maladie (pour symptômes dépressifs) et ne travaille pas depuis quelques mois. Madame amène son fils partout avec elle les jours où il ne va pas à l'école, ce qui le met plus souvent en présence des adultes que des enfants.

Simon est référé par son pédiatre à l'équipe *santé mentale jeunesse* du CSSS. L'évaluation du développement global réalisée par le pédiatre situe Simon dans la normalité. Compte tenu de l'entrevue avec la mère et l'enfant, son hypothèse diagnostique est que Simon présente des symptômes d'anxiété de séparation. Lorsque l'enfant doit être séparé de ses parents, il pleure et refuse de les laisser partir, par exemple en s'accrochant à eux. Il refuse de dormir chez des amis ou même d'aller jouer chez eux. L'heure du coucher est d'ailleurs difficile, car Simon réclame souvent de dormir avec sa mère. Cette dernière accepte afin de calmer son fils lorsqu'il devient plus désorganisé. La mère rapporte que ce comportement est apparu à la suite d'une séparation temporaire du couple, il y a trois ans. Pendant quelques semaines, elle a vécu chez des amis, le temps de se réconcilier avec son conjoint. C'est pendant cette période que la grand-mère maternelle est décédée. Ce deuil est encore difficile pour la mère.

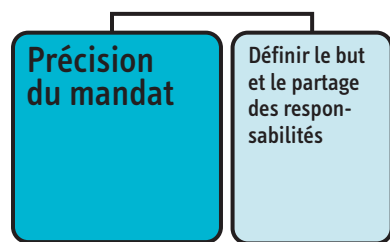
Sur le plan scolaire, Simon est en deuxième année. Il verbalise son refus de fréquenter l'école et son désir de rester à la maison avec sa mère. Au cours des deux derniers mois, il s'est absenté plusieurs journées de l'école, craignant qu'il arrive des accidents à sa mère. À ce moment, il faisait des crises et évoquait alors des maux de ventre. Simon refuse également de prendre l'autobus scolaire, sous prétexte que le chauffeur l'intimide. C'est donc sa mère qui doit le reconduire à l'école. Il réussit bien académiquement dans toutes ses matières. Ses professeurs le décrivent comme un enfant ayant une vivacité d'esprit, mais observent que socialement il préfère rester près des adultes et se montre facilement agité en présence de ses pairs.

26

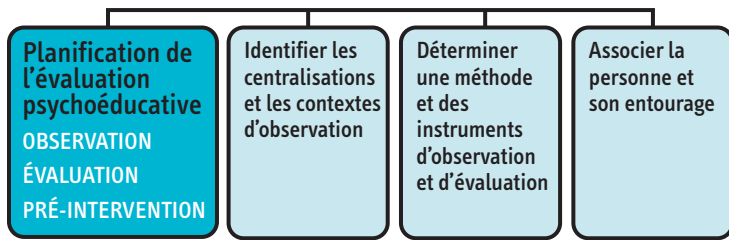
Démarche psychoéducative

Compétence professionnelle d'évaluation

À la suite de la confirmation du diagnostic d'anxiété de séparation par le médecin de famille, une demande est adressée à la psychoéducatrice de l'équipe. Son mandat est d'évaluer les capacités et les difficultés d'adaptation de Simon dans son environnement familial et scolaire, de proposer des pistes d'interventions et d'offrir les services requis par la situation.



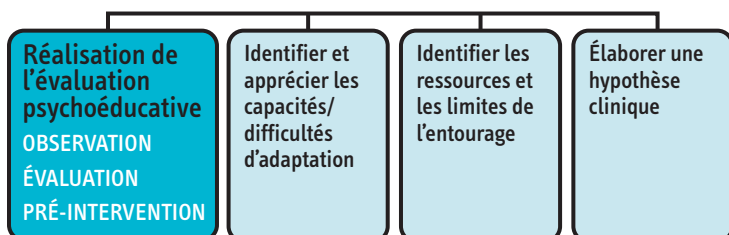
Au départ, la psychoéducatrice identifie les attentes des parents face à cette référence et recherche leur collaboration. Elle s'assure que Simon comprenne son rôle. Leur consentement est important pour les rendre actifs tout au long de la démarche. Pour ce faire, elle précise les étapes et les interventions à poser. Les parents l'autorisent à consulter les membres de l'équipe-école.



En lien avec les symptômes de ce trouble, la psychoéducatrice planifie des observations de Simon à la maison lors des périodes de transition (matin, midi et soir) correspondant à l'alimentation, au sommeil, aux activités ludiques et au départ pour l'école. Les principales centralisations sont d'observer l'apparition des malaises physiques, l'intensité des émotions ainsi que la diversité des comportements dans une variété de situations et de contextes. Lors d'un retour avec Simon sur ce qui a été observé, elle tentera également de documenter la nature de ses pensées au moment des faits notés. Les modes relationnels entre lui et ses parents sont eux aussi détaillés. De plus, dans le but de documenter l'adaptation de Simon en classe, ses relations avec les adultes et avec les autres enfants, des informations sont recueillies à l'école auprès du personnel qui le côtoie.

Deux entrevues sont planifiées à la maison. Une première rencontre est organisée avec les parents, sans Simon. Cette rencontre a pour but de recueillir leur compréhension de la nature de la problématique, de même que leurs perceptions des difficultés vécues par leur fils (leur apparition dans son développement, leurs explications, etc.). Leurs réactions et leurs tentatives pour résoudre la situation sont également documentées. Une attention particulière est portée aux capacités qu'ils identifient chez leur fils. La seconde entrevue, cette fois en présence de Simon, sert à observer les modes relationnels et les attitudes éducatives (la communication, la discipline). Une grille s'inspirant des composantes du milieu sert à dresser un portrait de l'organisation familiale. À la maison, une grille d'observations simple est utilisée par les parents sur une période d'une semaine, permettant d'identifier le contexte des réactions anxieuses de Simon (antécédents, réactions, conséquences). Les données ainsi recueillies permettent de documenter comment et quand se manifestent les réactions anxieuses de l'enfant, ainsi que les effets des interventions des parents. Finalement, une entrevue sous forme de jeux, où Simon est seul, permet d'évaluer son niveau de développement, son degré de conscience face à ses difficultés ainsi que ses champs d'intérêts.

L'observation participante est utilisée tout au long des entrevues. Le *Dominique interactif* est administré afin de compléter l'évaluation et contribuer au dépistage. Il s'agit d'un test standardisé apprécié des enfants pour son aspect ludique et qui permet d'obtenir un portrait autorévélé. Cette évaluation directe et interactive se base sur les critères du DSM-IV-TR et sera utile pour évaluer les progrès futurs.



L'analyse des données d'observation et des résultats obtenus au test standardisé permet de conclure qu'il existe des différences dans les perceptions des deux parents sur l'origine des difficultés de Simon. La mère dit se retrouver dans les comportements de son enfant (peurs enfantines, difficulté à s'endormir, insécurité affective) et pense qu'il a hérité de ses propres difficultés. Le père de son côté relie le problème au manque de discipline à la maison puisqu'en son absence, sa conjointe doit assumer les deux rôles. Monsieur semble fier de son fils (très intelligent, réussit à obtenir tout ce qu'il désire) tout en déplorant ses absences scolaires qui risquent de nuire à ses apprentissages.

La psychoéducatrice est en mesure d'identifier que les modes relationnels sont anxiogènes pour l'enfant. Elle observe que Simon se rapproche de sa mère, qu'il est très attentif aux échanges tout en se montrant agité lorsque les parents évoquent leurs événements plus difficiles (difficultés conjugales, décès de la grand-mère, maladie de la mère). De plus, elle note les réactions anxieuses de l'enfant lorsque ses parents quittent la pièce et le laissent seul avec elle. Elle constate que Simon est vif d'esprit, qu'il tente de déjouer ses questions tout en se plaignant de divers maux physiques afin d'interrompre l'entretien. Il cherche du regard ses parents, questionne sur leur retour.

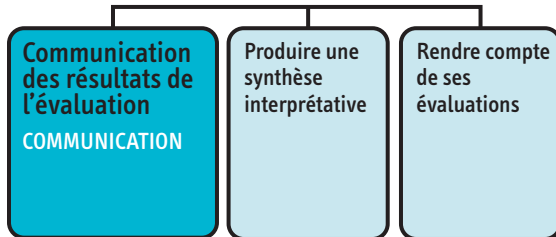
28

Quant à son développement, elle perçoit un manque d'autonomie comparativement à son groupe d'âge (habillement par la mère, incapacité à dormir seul, caprices alimentaires), des difficultés à gérer ses émotions et son stress. Elle constate également la présence de biais cognitifs (dramatisation des événements, pensée magique), le maintien d'une relation fusionnelle avec la mère en l'absence du père et des stratégies d'évitement face à l'école. Elle comprend que Simon manifeste des comportements d'évitement de la séparation (et donc des situations qui provoquent la séparation, comme l'école). La séparation est anxiogène et suscite des symptômes physiques, comme elle suscite des pensées anxiogènes. La stratégie utilisée par Simon pour soulager l'anxiété et les symptômes physiques associés est d'éviter d'aller à l'école pour demeurer à la maison.

Du côté des capacités, elle reconnaît chez l'enfant une bonne santé, une intelligence vive, la capacité d'exprimer ce qu'il ressent, le désir de se rapprocher et de faire confiance aux adultes. À l'école, les informations recueillies auprès de l'enseignante et du directeur mettent en évidence les capacités intellectuelles de Simon et ses difficultés sociales avec les pairs, sauf en présence d'un adulte. Son intérêt pour les apprentissages est variable, mais il n'est pas en situation d'échec. Ses absences fréquentes pour malaises physiques sont confirmées, surtout les lundis et après un congé.

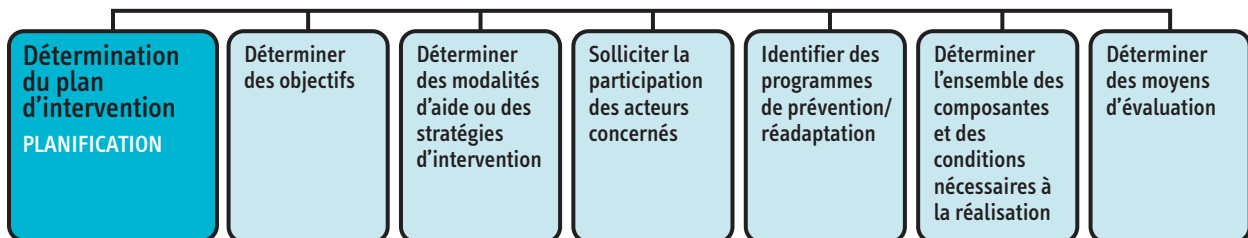
Sur le plan de l'organisation familiale, les règles sont presque inexistantes, il y a peu de routines stables et peu d'activités exclusives père-fils. On retrouve un climat émotionnel intense et les frontières sont plutôt floues entre les adultes et l'enfant. Les parents reconnaissent l'influence de leur organisation familiale sur leur fils et sont désireux de l'aider.

Toutes ces données permettent d'identifier la qualité d'anxiété chez Simon, consécutive à certains éléments : son tempérament, la relation surprotectrice et la psychopathologie de sa mère, le manque de contacts avec son père, le manque d'organisation à la maison, les bénéfices secondaires découlant des stratégies d'évitement et la relation plutôt instable entre les parents.



En communiquant ses résultats, la psychoéducatrice porte une attention particulière à utiliser un langage qui soit compréhensible par Simon et ses parents. Elle fait ressortir à la fois les capacités de Simon et les manifestations de ses difficultés. S'appuyant sur un cadre de référence théorique, elle explique l'origine de celles-ci en traduisant les mécanismes d'apprentissage des comportements, les modes relationnels développés dans la famille de même que les effets des biais cognitifs. Elle met en évidence l'importance de modifier l'organisation familiale et d'ajuster les attitudes éducatives des parents, de même que de mettre en place une stratégie de soutien scolaire. En rencontre multidisciplinaire, elle partage ses recommandations à l'équipe où trois pistes d'intervention sont proposées : 1) une prise en charge de type cognitivo-comportemental auprès de Simon, 2) un soutien psychoéducatif à la famille et 3) une collaboration étroite avec l'école.

Compétence professionnelle d'intervention



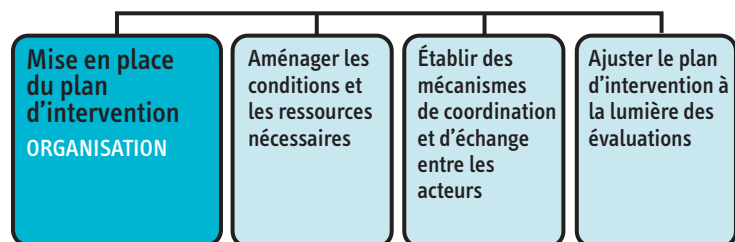
Trois objectifs ainsi que les modalités s'y rapportant sont énoncés. Les parents, l'enseignante et l'enfant sont concertés dans le plan d'intervention proposé :

- 1 que Simon diversifie ses stratégies pour mieux gérer ses craintes : des entrevues hebdomadaires avec lui visent à lui apprendre de nouvelles stratégies afin de mieux gérer ses émotions (liées aux symptômes physiques), ses pensées (restructuration cognitive) et ses comportements (autres que l'évitement);
- 2 que les parents adoptent des attitudes sécurisantes : des entrevues avec eux les informent du trouble anxieux, leur proposant de modifier l'organisation familiale (stabilité des règles et des routines), d'intensifier les contacts avec le père et de modifier leurs propres réactions à l'anxiété de leur fils lesquelles agissent comme facteur de maintien de l'anxiété chez Simon (le soutenir à affronter graduellement ses craintes). L'utilisation d'une grille d'observation par les parents est suggérée;
- 3 que Simon développe un sentiment de bien-être et fréquente régulièrement l'école : des retours quotidiens réalisés par l'enseignante avec lui viennent récompenser ses efforts (présence, contacts avec les autres enfants).

La psychoéducatrice s'inspire d'un programme de traitement des troubles anxieux des enfants, *Super Écureuil*, et fournit aux parents de la documentation sur cette problématique. Ce programme d'intervention permet de traiter, par le biais d'une approche behaviorale-cognitive, les troubles anxieux des enfants (cibles principales d'intervention) et les réactions de leurs parents (cibles secondaires d'intervention). Selon la littérature, les enfants plus jeunes (7-10 ans) répondraient mieux à une approche behaviorale-cognitive incluant la famille.

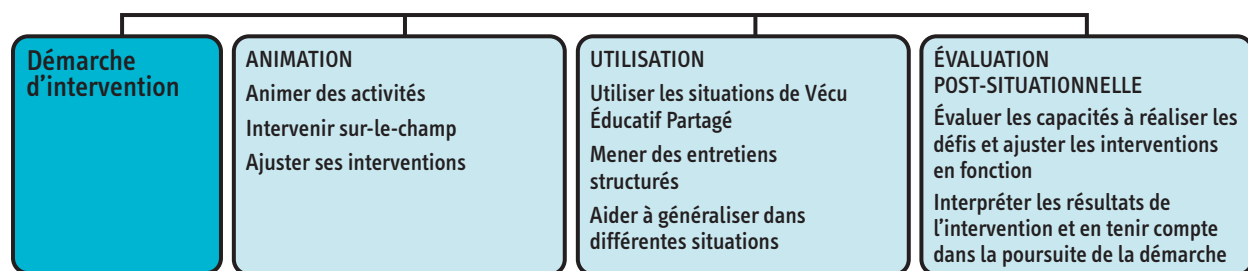
On compte parmi les diverses modalités d'aide : 1) un suivi régulier des parents et de l'enfant à la maison, en favorisant la participation du père, 2) un bilan hebdomadaire à l'école avec l'enseignante et Simon, 3) ainsi qu'une référence médicale de la mère pour son état de santé physique et mental.

La psychoéducatrice prend soin de déterminer également des moyens d'évaluation en vue d'assurer l'implantation et le suivi du plan d'intervention et d'en mesurer les effets et les résultats à court et à long terme. Pour ce faire, elle propose la réévaluation du fonctionnement familial, la réévaluation de Simon (autonomie, gestion des émotions, pensées et comportements) ainsi qu'un bilan de sa fréquentation scolaire dans un délai de trois mois.



Afin d'assurer la mise en place du plan d'intervention, la psychoéducatrice organise concrètement les activités à la maison. Elle identifie les attitudes sécurisantes face à la somatisation de Simon (symptômes physiques liés à l'anxiété) : démystifier les symptômes physiques, faire usage de stratégies de gestion de l'anxiété, apprendre à tolérer un certain niveau d'anxiété, ne pas rassurer l'enfant à outrance. Elle élabore ensuite un système de reconnaissance des efforts (récompenses). Elle s'assure de la révision du plan d'intervention avec l'ensemble des personnes concernées lors d'une rencontre mensuelle. Elle offre également à l'enseignante une disponibilité sur appel à chaque semaine.

La psychoéducatrice ajuste le plan d'intervention à la lumière de l'évaluation continue, tenant compte des effets et des résultats, dont ceux touchant la santé physique et psychologique de la mère. Au besoin, une référence pour un suivi individuel (psychologue, psychiatre) pourra être envisagée. Elle prend en considération l'implication réelle du père de même que la pertinence d'un suivi conjugal pouvant être réalisé par la travailleuse sociale. La stratégie scolaire sera elle aussi revue en fonction des résultats obtenus touchant la fréquentation scolaire et les comportements de Simon. Elle s'assure de la réalisation et de la révision du plan d'intervention.



Animation et utilisation

L'étape *animation* consiste à animer des activités dans une approche cognitivo-comportementale, en faisant usage du jeu et en visant la restructuration cognitive permettant à Simon d'identifier, de confronter et de modifier ses pensées catastrophiques par de plus rassurantes. Cette approche permet également la modification des comportements d'évitement par une intégration graduelle et une reconnaissance des symptômes physiques. Finalement, l'expérimentation progressive de nouvelles stratégies de penser devrait permettre à Simon de reconnaître ses émotions et d'adapter ses comportements.

À l'étape *utilisation*, la psychoéducatrice met en place un journal de bord pour Simon et ses parents. Ces derniers sont invités à décrire les situations où leur fils a vécu de l'anxiété ainsi que les réactions que cela a suscitées. La psychoéducatrice propose de faire un retour sur ces situations lors des rencontres afin d'identifier leur compréhension, d'ajuster leurs attitudes et de soutenir leurs efforts.

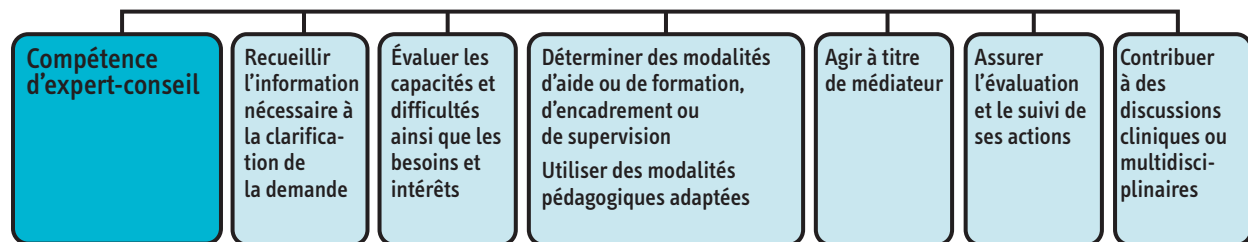
Les entrevues avec les parents visent à leur permettre d'ajuster leurs attitudes éducatives au nouveau partage des rôles auprès de leur enfant. Elles consistent à consolider leur compréhension de la dynamique du trouble anxieux, à analyser leurs réactions et à faire ressortir les effets positifs de leur changement d'attitudes éducatives en soulignant les « bons coups ». La psychoéducatrice privilégie également un espace pour le couple en tant que parents. Elle fait en sorte de soutenir le père, qui aura à négocier un partage avec la mère dans son rapprochement avec son fils, en précisant la nature, la fréquence et la durée des activités communes tant à la maison (comme la routine du sommeil) qu'à l'extérieur (jouer au ballon, assister à ses matchs de soccer, etc.). Finalement, elle porte une attention spéciale à reconnaître les ambivalences et la culpabilité soulevées par ce plan d'intervention.

Une planification des défis est réalisée alors que Simon assumera progressivement des sorties chez des amis ainsi qu'une participation à une activité de loisirs dans son quartier, selon ses intérêts (soccer, scouts, natation). Pour les parents, il est proposé d'accepter le gardiennage afin de s'offrir des moments de détente en couple. Ils sont d'ailleurs invités à reprendre contact avec leurs amis, leur famille respective et à développer un réseau de gardiennage.

Évaluation post-situationnelle

32

Les objectifs sont réévalués en fonction des indicateurs tels que la stabilité de l'organisation familiale, la régularité de la fréquentation scolaire ou l'apparition des comportements, qui témoignent une plus grande confiance chez Simon. Chaque mois, un bilan ayant pour but de faire ressortir les progrès, les effets positifs et les défis relevés est réalisé avec Simon et ses parents. La psychoéducatrice porte alors attention à reconnaître l'investissement parental et à récompenser les efforts de leur fils.



Au départ, la psychoéducatrice précise avec l'enseignante sa compréhension du trouble anxieux et lui explique la stratégie d'accompagnement visant une fréquentation scolaire régulière de Simon de même que le développement d'un sentiment de bien-être. Ensemble, elles relèvent les opportunités favorables à son soutien. La psychoéducatrice prend en considération l'intérêt de l'enseignante à s'impliquer auprès de son élève, la qualité de sa relation avec les enfants, sa vision de la discipline (en classe et dans les moments de transition) ainsi que les exigences scolaires adaptées pour Simon. Elle évalue les réactions de l'enseignante devant l'anxiété de ce dernier et son ouverture à les modifier, si nécessaire.

En collaboration avec l'enseignante et les intervenants concernés, la psychoéducatrice met en place pour Simon une stratégie d'accueil depuis son arrivée en classe jusqu'à son départ, moment privilégié pour faire le bilan de la journée. Ensemble, ils identifient des modalités de soutien à l'enseignante en cas de besoin (si l'enfant devenait trop anxieux et non fonctionnel en classe) de même que des enfants susceptibles d'aider Simon lors des activités dans la cour et en classe.

Afin d'instaurer un moyen de communication avec les parents au sujet des centrations d'observation prédéterminées, elle propose d'insérer une section dans le cahier de devoirs et de leçons. Elle s'engage à prendre contact avec l'enseignante une fois par semaine pour faire le point et réajuster la stratégie d'accompagnement de même que de participer activement aux rencontres d'élaboration et de révision du plan d'intervention scolaire.

3.2 Vignette clinique de Jane

2^e et 3^e lignes d'intervention (clinique externe et hospitalisation)

Jane a 16 ans et est en cinquième secondaire. Elle vit avec sa mère et son frère de 18 ans. Jane voit occasionnellement son père, ses parents étant séparés depuis cinq ans. Elle est suivie depuis un mois en clinique externe de pédopsychiatrie au CHU Sainte-Justine, à la suite d'un diagnostic de dépression. L'adolescente n'avait auparavant aucun antécédent médical ou psychiatrique. Sa grand-mère maternelle aurait toutefois des antécédents d'anxiété et de dépression.

33

Jane se présente à l'urgence le 4 février accompagnée de sa mère, trois jours après un rendez-vous à la clinique externe de pédopsychiatrie. La mère est inquiète de l'état de sa fille et explique que celle-ci est plus irritable et dort difficilement, environ quatre heures par nuit, malgré la médication prescrite à la clinique externe. Madame rapporte également que Jane a peur de son entourage, qu'elle se sent jugée par tout le monde et qu'elle interprète les paroles et les gestes des autres comme étant méprisants à son égard. Toujours selon sa mère, l'adolescente fait plusieurs choses en même temps sans les terminer et parle rapidement, souvent de manière peu cohérente. Son appétit est aussi grandement diminué. Jane ne présente par ailleurs pas de comportements à risque.

Durant l'entrevue avec le pédopsychiatre et la psychoéducatrice, Jane ne verbalise pas d'idées suicidaires. Elle demeure calme, mais semble confuse. Elle ne parle pratiquement pas, mais elle interprète toujours de façon erronée ce qu'elle voit ou entend autour d'elle. Des idées de référence sont notées (par exemple, croit que les pancartes parlent d'elle); elle n'élabore toutefois pas beaucoup, apparemment en raison de trous de mémoire. Les impressions diagnostiques du pédopsychiatre font mention de la présence d'une maladie affective bipolaire (MAB). La conduite médicale prescrite est une admission à l'unité d'hospitalisation des adolescents.

Diagnostic à l'urgence :

Axe 1 Prodrome de maladie affective bipolaire vs trouble d'anxiété généralisée avec stressseurs majeurs à éliminer.

Axe 2 Nil

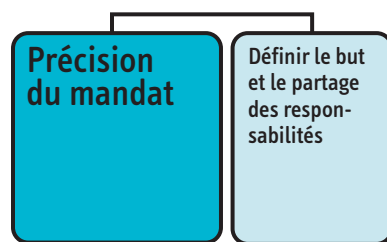
Axe 3 Nil

Axe 4 Accident en rafting / expulsée de l'équipe de sport (volleyball) / examens scolaires la semaine prochaine / attentes élevées face à elle-même / impliquée dans beaucoup d'activités / bonnes relations avec la mère et le frère, mais plus tendues avec le père qu'elle voit peu.

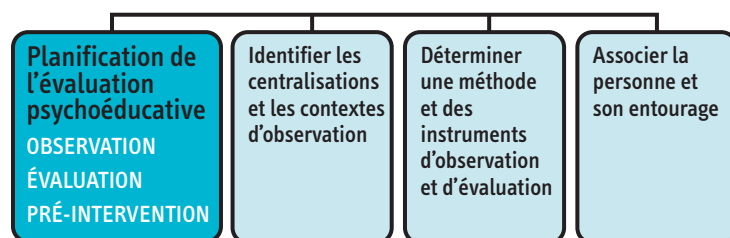
Axe 5 Échelle globale de fonctionnement (EGF) = 60.

Démarche psychoéducative

Compétence professionnelle d'évaluation



La prise en charge de Jane à l'unité d'hospitalisation est assurée par une équipe multidisciplinaire. La psychoéducatrice accompagne l'adolescente et sa famille dans la phase aiguë de la maladie et assure la prise en charge des différents moments de vie du quotidien. Conjointement avec le reste de l'équipe, son mandat est d'évaluer la symptomatologie présentée (permettant de confirmer, préciser ou d'infirmier le diagnostic), d'évaluer l'altération du fonctionnement au niveau des sphères de développement (impacts de la maladie), de mettre en place un plan d'intervention visant l'adaptation à sa pathologie en vue de stabiliser un fonctionnement optimal et, enfin, de documenter la réponse au traitement proposé (dont le traitement pharmacologique).

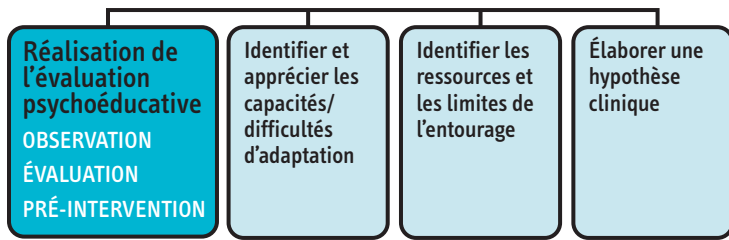


Dès l'arrivée de Jane à l'unité de soins, le pédopsychiatre tient une entrevue d'admission avec elle et sa mère. La psychoéducatrice participe à cette rencontre afin de recueillir les premières observations et les lignes de conduite du pédopsychiatre. Les objectifs de l'hospitalisation et le fonctionnement de l'unité sont expliqués. Selon les informations recueillies à cette première rencontre et à l'urgence, une médication est aussitôt mise en place (stabilisateur de l'humeur et antipsychotique).

La psychoéducatrice est ensuite en mesure d'informer l'équipe traitante des centrations et des contextes d'observation qu'elle a choisis, en lien avec les critères diagnostiques des troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire) comparés à ceux du trouble d'anxiété généralisée :

- La qualité du sommeil et de l'appétit;
- L'activité psychomotrice (ralentissement vs agitation);
- L'hygiène personnelle;
- La concentration (lire, regarder la télévision, être attentif au moment présent, distractibilité, persistance à la tâche);
- Le contact avec la réalité (présences de symptômes psychotiques tels que hallucinations et délires, le jugement, les processus de la pensée);
- L'affect (adéquat ou non, humeur, tristesse ou euphorie, intérêts, énergie, irritabilité);
- Les interactions avec les pairs;
- Les effets de la médication sur ces différents points et les effets secondaires associés.

L'hospitalisation permet une observation directe (et participante) du fonctionnement de Jane, seule et en groupe, par le biais des activités dirigées et des routines de vie (repas, lever et coucher). Des entrevues avec les parents et avec l'adolescente sont aussi planifiées. En ayant pris soin d'expliquer sa démarche et l'objectif poursuivi, la psychoéducatrice s'assure d'avoir le consentement de Jane afin de préparer une grille d'observation pour les différentes centrations déterminées plus haut. Elle participe également, en collaboration avec la psychologue, à l'utilisation de l'*inventaire d'anxiété de Beck*. L'utilisation de cet outil est particulièrement indiquée à l'étape où Jane passe en centre de jour puisqu'il complète la compréhension de la problématique et permet ainsi de mieux éviter les rechutes lors du suivi en clinique externe. Enfin, des méthodes d'observation indirecte sont aussi employées pour compléter la collecte de données. Un entretien téléphonique avec les intervenants de l'école permet de documenter le fonctionnement scolaire et les changements qu'ils ont observés dans les derniers jours/semaines. Le dossier antérieur est aussi consulté, afin d'accéder aux notes des intervenants de la clinique externe où elle est suivie.

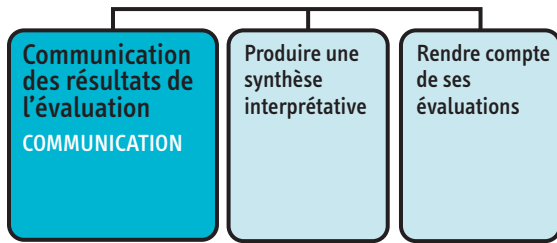


Dès les premiers jours d'hospitalisation, différents symptômes sont observés dont une augmentation des idées de référence et d'associations relâchées, de même qu'une désinhibition et une plus grande volubilité. Jane peut difficilement rester en présence du groupe et paraît dérangée par les autres patients. Son état physique continue également de se détériorer puisqu'elle refuse de boire et de manger, par peur de s'empoisonner. Elle néglige également son hygiène personnelle et requiert une assistance pour y arriver. Cette condition peut être associée à un état psychotique. Néanmoins, elle accepte l'aide que lui apportent les différents intervenants et se montre collaborante au traitement pharmacologique proposé.

En ce qui a trait aux ressources de l'entourage, la mère et le frère acceptent de s'impliquer dans le plan de soins (plan d'intervention). La psychoéducatrice les invite à venir visiter régulièrement Jane afin de la rassurer. Son père, qu'elle voit moins souvent, devient rapidement émotif en voyant sa fille dans sa condition actuelle. Il démontre aussi plus de résistance par rapport à la médication qui est mise en place. Jane a également beaucoup d'amis qui désirent s'impliquer dans les soins.

36

La psychoéducatrice élabore son hypothèse clinique en se situant dans une perspective psychodéveloppementale. La principale problématique apparaît être la rupture de fonctionnement général, possiblement associée à un épisode de manie avec symptômes psychotiques. L'ensemble des informations recueillies suggère une **étiologie** multiple pouvant venir expliquer le développement d'un trouble de l'humeur. Jane présente une prédisposition biologique en raison de la présence de maladie mentale dans sa famille et de ses propres antécédents de dépression dans les derniers mois. Sur le plan cognitif, c'est une adolescente qui a des attentes élevées envers elle-même et qui a une faible estime personnelle. Certains événements de vie ont pu venir accentuer ses limites personnelles et l'exacerbation de la symptomatologie actuelle, dont l'expulsion de son équipe de sport et le stress occasionné par la période d'examens à l'école. Elle présente toutefois des facteurs de protection individuels (intelligence élevée, capacité d'introspection, complaisance au traitement), familiaux (relations positives avec la mère et le frère ainsi que leur implication dans le traitement) et sociaux (bonnes compétences sociales, réseau développé, implication dans des activités parascolaires) qui pourront faciliter sa démarche de guérison.

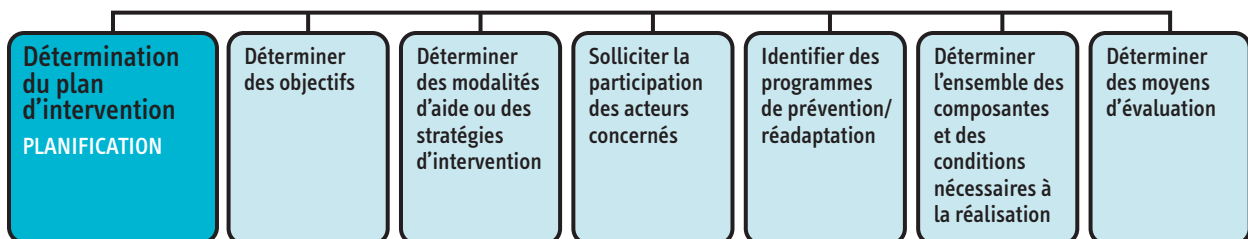


À la fin de cette première étape d'évaluation, soit environ une semaine après l'arrivée de Jane, la psychoéducatrice présente une synthèse de la situation à la famille. Par ailleurs, tout au long de l'hospitalisation, des rencontres avec le pédopsychiatre et la psychoéducatrice sont tenues avec Jane et ses parents afin de discuter de son évolution et de la symptomatologie présentée. La psychoéducatrice s'efforce d'utiliser un langage compréhensible afin de vulgariser les capacités et les déficits fonctionnels associés à la problématique de santé mentale. Elle respecte également le rythme de la patiente, consciente qu'elle est moins disponible aux explications au moment de son arrivée, étant donné la sévérité des symptômes présentés.

Que ce soit par ses notes au dossier ou par des rencontres informelles et des réunions d'équipe, la psychoéducatrice communique quotidiennement ses observations au pédopsychiatre et aux autres professionnels impliqués. Cet échange d'information permet de réviser de façon continue les objectifs d'intervention et de discuter de l'intervention à privilégier. En cours d'hospitalisation, l'évolution de l'état de santé de Jane est également transmise aux intervenants de la clinique externe (qui assureront éventuellement la prise en charge) et à ceux de l'école, afin de préparer une réintégration progressive à ses cours.

Compétence professionnelle d'intervention

À la lumière des informations recueillies, l'hospitalisation vise à préciser le diagnostic et à assurer la sécurité de Jane en attendant que sa condition soit stabilisée (entre autres grâce au « protocole de surveillance étroite » du milieu, faisant en sorte qu'elle soit constamment en présence d'un membre du personnel). Outre ces objectifs généraux, la psychoéducatrice précise des objectifs et les moyens d'intervention associés.



Le premier objectif est d'améliorer l'état physique de Jane, c'est-à-dire qu'elle reprenne de manière autonome une saine hygiène de vie (s'alimenter et s'hydrater convenablement, soins d'hygiène quotidiens, sommeil convenable).

Le personnel infirmier et éducatif supervise Jane dans les soins physiques. Durant les premiers jours et devant son refus de s'alimenter, les infirmières songent à la possibilité de mettre en place un soluté jusqu'à une alimentation et une hydratation adéquate. Jane est encouragée et rassurée par rapport à ses craintes, qui sont associées à l'état psychotique. Le traitement pharmacologique (stabilisateur de l'humeur et anti-psychotique) est essentiel à la réduction des symptômes.

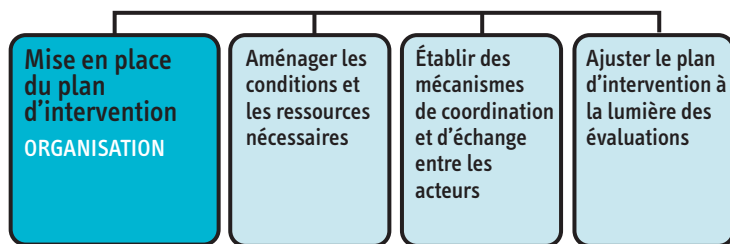
Le second objectif est que Jane réintègre ses activités sociales et académiques (réactivation comportementale).

Dès que la phase aiguë des symptômes est mieux stabilisée, Jane est invitée à s'intégrer progressivement aux activités proposées par l'organisation du milieu (ateliers d'art, gymnase, sorties extérieures, jeux de société). Les temps d'exposition aux activités sont gradués, selon son niveau de disponibilité cognitive et de l'énergie dont elle dispose. Jane reprend également ses activités académiques à l'unité, lui permettant de rétablir son rythme et de récupérer le retard. Elle est également encouragée à se fixer des objectifs graduels. Elle pourra par la suite retourner à son école et reprendre ses activités parascolaires à la mesure de ses progrès. La méditation facilite encore ici un retour au fonctionnement optimal.

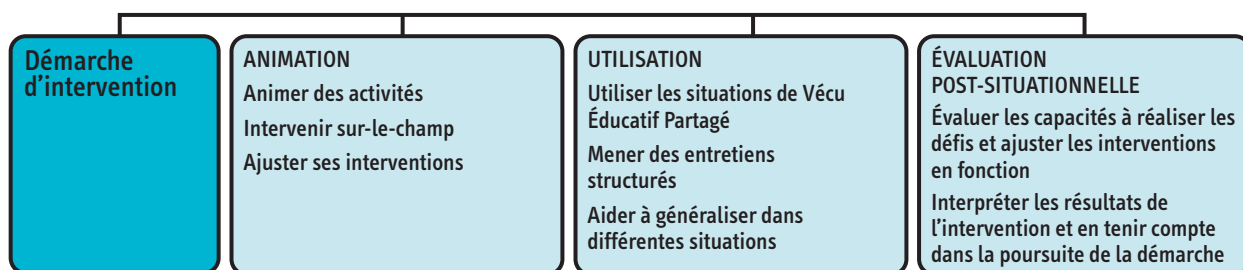
Le troisième objectif est que Jane reconnaisse les symptômes associés à sa maladie mentale et qu'elle puisse identifier ses schémas de pensée afin de parvenir à les modifier.

Un enseignement des symptômes est offert à la famille ainsi qu'à Jane lorsqu'elle est mieux rétablie. Ces séances d'information permettent de prévenir la rechute en aidant l'adolescente et son entourage à reconnaître les signes annonciateurs de nouveaux épisodes. Les effets bénéfiques et secondaires de la médication leur sont également présentés. Des activités de type cognitivo-comportemental (restructuration cognitive et résolution de problèmes) lui sont proposées vers la fin de l'hospitalisation et en centre de jour; ces objectifs seront toutefois en majeure partie travaillés en clinique externe.

La responsabilité de l'atteinte de chacun de ces objectifs est partagée par tout le personnel de l'équipe multidisciplinaire (infirmier, éducateur, psychoéducateur, pédopsychiatre). Une psychologue évalue également son fonctionnement cognitif et une travailleuse sociale est mise à contribution afin de renforcer le soutien aux parents.



La psychoéducatrice peut s'appuyer sur le modèle systémique de Gendreau pour mettre en place les conditions et les ressources nécessaires à l'application du plan de soins. Par exemple, pour les moments d'exposition au groupe et aux activités du milieu, elle réfléchit au temps (durée et moment dans la journée), à l'endroit, aux démarches à suivre pour le déroulement des activités (codes et procédures), au système de responsabilités, d'évaluation et de reconnaissance favorables à l'atteinte des objectifs. Il en va de même pour les conditions nécessaires au bon fonctionnement des rencontres avec la famille et qui portent sur l'enseignement de la maladie. Finalement, elle prend soin de réviser à chaque semaine le plan de soins et prévoit des moyens d'ajustement selon l'évolution de la condition de Jane.



Animation et utilisation

Au début de l'hospitalisation, et lorsque Jane est plus désorganisée, elle est accompagnée à la salle de soins afin de se trouver un endroit calme, loin des stimuli extérieurs. La psychoéducatrice reste près d'elle pour la rassurer (ni trop près, ni trop loin). Elle reprend les situations que Jane interprète mal, relativement aux comportements méfiants qu'elle présente en raison des symptômes psychotiques. Elle soutient Jane en lui rappelant que ce sont les effets de la maladie et son évolution depuis son arrivée à l'hôpital.

Tel que planifié dans le plan d'intervention, et toujours selon l'évolution de son fonctionnement, Jane est encouragée à s'intégrer progressivement à des activités proposées par le milieu et à reprendre sa scolarisation à l'hôpital, dans un premier temps. La psychoéducatrice offre aussi à Jane et sa famille un enseignement sur la pathologie. Un soutien téléphonique est également mis en place pour les rassurer ou répondre aux questions qui surviendraient, par exemple lors des premiers congés de fin de semaine à la maison. Il est proposé à l'adolescente d'utiliser une grille d'auto-enregistrement de ses symptômes, ce qui lui permettra de mieux reconnaître les indices annonciateurs d'une rechute.

Des retours sur les congés de fin de semaine sont faits avec l'adolescente et la mère; ils portent sur la dépense d'énergie, les comportements méfiants, la participation aux activités familiales ou avec les amis et la communication. La psychoéducatrice reprend avec Jane les éléments décrits dans les grilles d'auto-observation des symptômes. Ces retours permettent également de déterminer la durée des prochains congés (que l'on veut de plus en plus longs – une journée au départ, puis ajout d'un coucher, deux nuits et ainsi de suite) et de vérifier si elle est prête à passer en centre de jour. Cette seconde étape, qui permet également de faire le pont avec la clinique externe de soins, favorise un plus grand partage entre les temps passés à la maison (routine de vie « normale ») et ceux à l'hôpital.

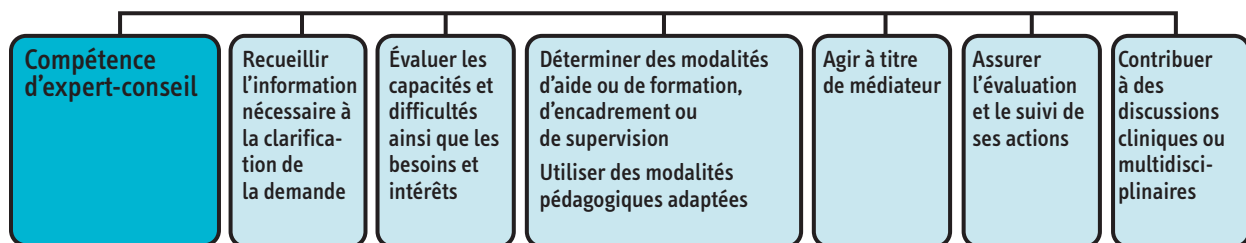
Avant de revenir en clinique externe, la psychoéducatrice accompagne Jane dans son retour à l'école. Elle se déplace avec elle à l'école afin de tenir une rencontre s'adressant aux intervenants scolaires. Les objectifs de réintégration sont alors discutés; une souplesse au point de vue académique et une réintégration scolaire progressive sont proposées. Dans le but de rassurer l'école sur les capacités de Jane à reprendre ses activités scolaires et de faire en sorte que chacun ait les mêmes informations, un enseignement sur la pathologie est au programme.

Afin de briser le cycle de l'apathie (effets positifs des activités plaisantes sur l'humeur), la psychoéducatrice invite Jane à se mobiliser dans ses activités. Elle propose alors une grille d'auto-enregistrement des activités et lui demande de faire au minimum une activité plaisante par jour. Pour ce faire, elle est encouragée à renouer avec son réseau social, en reprenant certaines activités parascolaires à son école ou encore en s'inscrivant dans un groupe de soutien pour jeunes éprouvant des problèmes de santé mentale (le programme *Pare-Chocs*). Les intervenants de la clinique externe, qui la suivront à plus long terme, pourront également l'accompagner davantage dans sa démarche d'adaptation.

Enfin, la psychoéducatrice anime quelques activités favorisant l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes. En ce qui a trait à l'objectif visant une restructuration cognitive, une thérapie sera poursuivie en clinique externe. Afin de l'aider à identifier ses émotions et les comportements qui y sont associés, la psychoéducatrice peut toutefois lui révéler les erreurs de pensée survenues en situation de *vécu éducatif partagé* durant l'hospitalisation.

Évaluation post-situationnelle

Les objectifs sont réévalués à chaque semaine en fonction du progrès sur le plan de la symptomatologie présentée et des effets de la médication. Vers la fin de l'hospitalisation, une rencontre bilan avec les différents professionnels qui ont été impliqués a lieu avec Jane et sa famille. Les résultats des évaluations et de l'hospitalisation sont transmis, en prenant soin d'utiliser un langage clair et simple à comprendre. Les limites qui perdurent de même que les progrès sont exposés à la fois à la famille et aux intervenants de la clinique externe.



Tel qu'illustré dans la démarche de soins, la psychoéducatrice joue un rôle de conseiller auprès des parents de Jane et des intervenants de l'école. Pour les parents, le principal besoin appert être d'obtenir de l'information sur la maladie, la médication et le type d'encadrement à favoriser. La psychoéducatrice tient plusieurs rencontres avec eux afin de répondre à leurs questions et leur fournit de la documentation. Elle offre également du soutien à la mère lors des premiers congés à la maison, en lui assurant que l'équipe est disponible en tout temps pour répondre à ses questions, s'il y a un problème.

La psychoéducatrice tient aussi une rencontre d'information avec le directeur, l'enseignante-ressource et le psychoéducateur de l'école. Ce dernier s'impliquera auprès de Jane à la suite d'une recommandation de suivi, pour s'assurer que la réintégration scolaire se déroule bien et pour lui offrir du soutien en cas de besoin. La psychoéducatrice fait hebdomadairement le lien entre les parents et le psychoéducateur de l'école durant la durée de l'hospitalisation, afin d'assurer l'évaluation et le suivi de l'intervention. Enfin, elle participe activement aux rencontres multidisciplinaires à l'hôpital.

Conclusion

Le présent document a été produit dans le but de mieux faire connaître la réalité de la pratique du psychoéducateur en santé mentale jeunesse et d'apporter un éclairage sur sa contribution originale. Il se veut un document de soutien pour les psychoéducateurs désirant approfondir ou développer certains aspects. Les psychoéducateurs de la santé mentale se voient sollicités sur l'ensemble de leur pratique. Il leur faut acquérir des connaissances spécifiques, démontrer leurs habiletés en maîtrisant les opérations professionnelles et témoigner de leurs attitudes par l'art de créer des relations. Le *comité des psychoéducateurs du secteur de la santé mentale enfants, jeunes et familles* émet le souhait que chacun puisse s'approprier ce guide de pratique, dans l'optique de favoriser la poursuite d'un développement plus « éclairé » de la profession dans ce secteur.

L'élaboration de cet ouvrage s'inscrit dans un vaste mouvement de changement dans le système québécois de santé mentale, car les services à offrir aux enfants et aux adolescents atteints d'un trouble de santé mentale font toujours l'objet d'évaluation et de réflexion. L'orientation finale que prendra la modernisation de ces services viendra certainement préciser davantage le rôle du psychoéducateur dans ce secteur de pratique. Il ne faut pas perdre de vue que les psychoéducateurs exerçant en santé mentale jeunesse travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires, dans un contexte d'interdisciplinarité souvent influencé par la réalité médicale. Le modèle bio-psycho-social s'étant imposé comme un modèle intégratif et multidimensionnel de la compréhension et du traitement des troubles mentaux, la collaboration avec les professionnels et les réseaux de soutien est devenue essentielle. Dans ce contexte, un défi se pose à notre profession : faire valoir l'intervention psychoéducative en santé mentale.

Glossaire

Activités psychoéducatives

L'activité est l'élément central qui permet au psychoéducateur d'actualiser ses opérations professionnelles dans le cadre d'un vécu éducatif partagé. Elle est structurée, planifiée, organisée et animée en tant que modalité d'intervention visant l'atteinte d'objectifs ou faisant partie d'un programme d'intervention à l'intérieur d'un cadre spatio-temporel donné. (Renou, 2005)

L'activité est conceptualisée dans une perspective écosystémique, dans une interaction sujet-objet relationnelle et rigoureuse. Elle peut prendre différentes formes : activité sportive, culinaire, artistique, artisanale, atelier de menuiserie, expression symbolique. Les activités de routine (repas, rassemblement, devoirs, hygiène) font également partie du vécu éducatif partagé. (Bluteau, 2010)

Comorbidité

Présence simultanée de deux troubles psychopathologiques ou plus chez la même personne. (Dumas, 2007)

Contexte d'observation

La nature essentiellement sociale des troubles du comportement implique que tout diagnostic soit posé dans un contexte social qui ne peut jamais être ignoré. Un tel diagnostic reflète les normes sociales qui peuvent varier selon les contextes, les milieux et les cultures. Ces troubles de comportement seront néanmoins reliés à des vulnérabilités ou déficits neurologiques et affectifs plus ou moins accentués. (*Guide d'évaluation psychoéducative*, 2008)

Convenance

Consiste à mesurer l'écart entre, d'une part, le potentiel expérientiel qu'offrent le milieu et les situations (PEX) et, d'autre part, les capacités et difficultés, compétences et vulnérabilités de la personne (PAD) pour faire face aux défis inhérents aux situations. Un bon niveau de convenance est celui où la situation présente un défi significatif qui tient compte des acquis et potentialités de la personne, mais qui lui offre un déséquilibre pour l'amener à se mettre en action dans une démarche de recherche de solution et d'apprentissage. On parle ici d'un déséquilibre dynamique qui permet l'acquisition de nouveaux schèmes ainsi que le développement et le maintien de l'intérêt et de la motivation. (*Guide d'évaluation psychoéducative*, 2008)

Étiologie

Étude systématique des causes ou des origines des troubles psychopathologiques. (Dumas, 2007)

Évaluation diagnostique

En psychoéducation, l'évaluation est présente dès le début du processus afin de définir la problématique, faire le bilan des difficultés et des capacités individu/milieu et planifier l'intervention. L'évaluation du psychoéducateur analyse les causes et la dynamique des perturbations observées dans les relations de la personne avec son environnement. Elle est centrée sur trois axes : la personne, son environnement et l'interaction entre la personne et le réseau dans lequel cette dernière évolue. Le psychoéducateur documente et appuie son analyse par de l'observation participante, réalisée à travers un vécu privilégié avec la personne. Cette analyse permet d'établir un pronostic sur les capacités adaptatives de la personne et d'orienter le plan d'intervention qui en découle. (*Guide d'évaluation psychoéducative*, 2008)

Guichet d'accès

Le guichet d'accès est le premier lieu où les besoins des personnes sont évalués par l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne. Lorsqu'une personne se présente, les professionnels déterminent alors si la personne devrait :

- être maintenue dans les services généraux ou les services de 1^{ère} ligne;
- bénéficier des services de l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne;
- accéder aux services de 2^e ligne.

Généralement, ces personnes sont référées par :

- 44
- l'accueil centralisé du CSSS (accueil psychosocial, accueil santé);
 - un médecin;
 - un professionnel de la santé;
 - un intervenant d'un organisme communautaire œuvrant en santé mentale ou en prévention du suicide;
 - un établissement de santé, par le biais des services d'urgence ou de l'équipe de 2^e ligne en santé mentale.

(Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006)

Jugement clinique

Le jugement clinique est une idée, une opinion claire que le professionnel se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées; il est, en somme, la conclusion qu'il en tire. Poser un jugement clinique est exigeant puisqu'il demande une certaine maturité intellectuelle et professionnelle en termes d'attention, de capacité de raisonnement, de synthèse pour arriver à une déduction logique. Pour le professionnel, il est complexe parce qu'il vient se greffer sur ses connaissances du sujet, ce qui suppose certains apprentissages préalables. Mais c'est aussi parce qu'il est tributaire de sa capacité d'observation, de sélection des données pertinentes, d'établissement de liens entre ce qu'il voit, ce qu'il sait et sa capacité de raisonnement. Le jugement clinique représente ainsi un cycle d'activités perceptuelles, impliquant ce qui est reçu par les sens, et d'activités cognitives, associées au traitement intellectuel de l'information où deux opérations mentales principales sont sollicitées, soit le raisonnement et le jugement. (Phaneuf, 2008)

Multidisciplinarité et interdisciplinarité

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, chacun apporte sa contribution en fonction de sa discipline. L'interdisciplinarité se propose de confronter des approches différentes sur un même problème. Elle suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes. (Origgi & Darbelley, 2010)

Nosologiques

Le terme nosologie désigne la discipline médicale qui étudie les caractères distinctifs des maladies en vue de leur classification méthodique. (*Le Petit Robert*, 2011)

Schémas relationnels

D'après le modèle de Gendreau, les interactions relationnelles mettent en jeu différents schémas de conduite : la considération ou le respect, la sécurité, la confiance (crédibilité), la disponibilité et l'écoute de l'autre, la congruence dans les échanges et l'empathie. (Gendreau, 1993)

Système d'évaluation multiaxiale du DSM

Le DSM utilise un système multiaxial permettant une évaluation systémique et globale. La classification comprend cinq axes, soit : 1) les troubles cliniques, 2) les troubles de la personnalité et le retard mental, 3) les affections médicales générales, 4) les problèmes psychosociaux et environnementaux et 5) l'évaluation globale du fonctionnement. (APA, 2003)

Références

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Mise en place des équipes de santé mentale de 1^{ère} ligne dans les CSSS. Plan de mise en œuvre à Montréal, phase 1*. Santé et services sociaux, Québec.

American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV-TR* (4^e éd., texte révisé). Paris : Elsevier-Masson.

Assemblée nationale (2009). *Projet de loi n° 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Éditeur officiel du Québec.

Association des centres jeunesse du Québec (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse*. Montréal : Production Communications.

Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2007). *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle*, 2^e éd. Paris : De Boeck.

Dumas, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, 3^e édition. Paris : De Boeck.

46

Gendreau, G. & collaborateurs (1993). *Briser l'isolement entre jeune en difficulté, éducateurs et parents*. Montréal : Sciences et Culture.

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Sciences et Culture.

Gouvernement du Québec (2005). *Partageons nos compétences. Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*. Rapport du comité d'experts. Office des professions du Québec, Québec.

Gouvernement du Québec (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale. Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*.

Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Gouvernement du Québec.

Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. & collaborateurs (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome I : Introduction et syndromes cliniques* (3^e éd.). Montréal : Gaëtan Morin. Chapitre II, Troubles de l'humeur.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=10

(Consulté le 15 avril 2009).

OCCOPPQ (2003). *Profil des compétences générales des psychoéducateurs.*

OCCOPPQ (2005). *La tenue des dossiers en orientation et en psychoéducation. Guide relatif aux aspects déontologiques et règlementaires.*

OCCOPPQ (2008). *Guide d'évaluation psychoéducative.*

OCCOPPQ (2009). *Le spécifique du psychoéducateur au sein d'une équipe multidisciplinaire de santé mentale de 1^{ère} ligne, avis de l'Ordre.*

Organisation mondiale de la santé. « Santé mentale ». http://www.who.int/topics/mental_health/fr

(Consulté le 13 mars 2009).

Origgi, G. & Darbellay, F. (2010). *Repenser l'interdisciplinarité.* Genève : Éditions Slatkine.

Paris, J. (2005). *The state of contemporary psychiatry.* In J. Paris (Éd.), *The fall of an icon: Psychoanalysis and academic psychiatry* (pp. 161-178). Toronto : University of Toronto Press.

Phaneuf, M. (2008). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance.*

http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_d_importance.pdf

(Consulté le 23 novembre 2009).

Renou, M. (2005). *Psychoéducation - Une conception - Une méthode.* Montréal : Sciences et Culture.

Yergeau, E. & Paquette, G. (2007). *La formation à l'utilisation d'un instrument de mesure standardisé offerte dans le cadre des activités de formation continue de l'OCCOPPQ : évaluation de l'impact sur les pratiques évaluatives des psychoéducateurs et des psychoéducatrices.* Rapport de recherche. Sherbrooke : GRISE, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.

Annexes

Annexe 1

Modèle d'orientation de la demande selon le niveau de services requis

Autres équipes CSSS 1 ^{ère} LIGNE	Équipe – Santé mentale – Jeunes 1 ^{ère} LIGNE	Pédopsychiatrie 2 ^e et 3 ^e LIGNES
Facteurs influençant le niveau de services		
Manifestations symptomatiques		
Légères et/ou ponctuelles ←	Modérées	→ Sévères et/ou persistantes
Niveau de dysfonctionnement		
Léger ←	Moyen à important	→ Sévère
Facteurs environnementaux		
Légers ←	Moyens et/ou multiples	→ Sévères et/ou multiples
Problématiques		
Difficulté d'adaptation	→ Troubles de l'adaptation	→
Symptômes anxieux	→ Troubles anxieux	→
État de stress aigu		→ État de stress post-traumatique
Symptômes dépressifs	→ Troubles de l'humeur (dépression majeure)	→ Trouble dysthymique → Trouble bipolaire
	→ Trouble dysthymique	→
	→ Trouble bipolaire stabilisé	→ Trouble bipolaire non stabilisé → Troubles psychotiques
Deuil	→ Deuil complexe	→ Deuil pathologique
Problème suicidaire	→ Avec persistance des risques	→
Désordre alimentaire		→ Troubles de l'alimentation (anorexie/boulimie)
Symptômes psychosomatiques	→ Troubles somatoformes	→
Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité		→
		→ Gilles de la Tourette
Problèmes de comportement	→ Troubles de conduite ou oppositionnels	→
Troubles d'apprentissage		→
Retard de développement		→
	→ TED (pré-diagnostic) (objectivation du doute)	→ (diagnostic)
Troubles relationnels		→ Troubles de la personnalité en devenir
Troubles psychosexuels		→
Problèmes physiologiques	→ Énurésie/encoprésie/trouble du sommeil	→
Compétences parentales, négligence, violence		→

Annexe 2

Les règles de l'art de la pratique. Rappel et précisions

1 Le consentement aux soins

Tel que précisé par l'article 12 du *Code de déontologie*, le psychoéducateur doit, sauf urgence, avant d'entreprendre une évaluation ou une intervention, obtenir du client ou de son représentant légal un consentement libre et éclairé.

- **Libre** : un consentement est libre lorsqu'il est donné de plein gré. Il ne l'est pas lorsque la décision résulte d'une pression exercée sur la personne sous forme de contrainte morale, économique, physique ou de violence.
- **Éclairé** : le consentement est éclairé lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause.

Les soins visés par le consentement

En vertu de l'article 11 du *Code civil du Québec*, nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement qu'il s'agisse :

- d'examens,
- de prélèvements,
- de traitements,
- de toute autre intervention de nature médicale, psychologique ou sociale.

REMARQUE : Le consentement peut aussi inclure le consentement à l'hébergement en établissement (CH).

Les éléments à aborder avec le client

Dans le secteur de la santé mentale, la clientèle présente des difficultés qui pourraient avoir des impacts venant influencer sa compréhension. S'assurer que le client de 14 ans ou plus (ou son représentant légal) saisit bien les enjeux demeure toujours la règle à respecter :

- 1 la nature et la portée de la problématique qui a été identifiée à partir des informations recueillies;
- 2 l'objectif à poursuivre et les modalités de sa réalisation;
- 3 la nature des services professionnels ainsi que les avantages et les alternatives;
- 4 les limites et les contraintes caractérisant le contexte du service professionnel;
- 5 l'utilisation des renseignements recueillis;
- 6 les conséquences de l'acceptation ou du refus des services professionnels;
- 7 les implications d'un partage de renseignements avec des tiers, souvent le cas en contexte CSSS;
- 8 le coût des honoraires et les modalités de paiement, si les services sont offerts en privé.

L'obtention du consentement

L'action posée par le psychoéducateur ou, dans certains cas, l'inaction peut entraîner des conséquences sur la condition psychologique de son client. Pour cette raison, la nature des services du psychoéducateur doit être clairement établie.

Il est parfois délicat de traiter de tous les éléments relatifs au consentement dans le contexte d'une relation d'aide ou de soins de nature psychologique auprès d'une personne qui éprouve des problèmes de santé mentale. En ce sens, il n'est pas obligatoire de faire signer un formulaire, chose parfois difficile en situation d'intervention en santé mentale. Le psychoéducateur doit cependant laisser des **traces écrites au dossier** stipulant clairement que cet aspect a été abordé dans les détails. Il faut se rappeler que le consentement est avant tout un processus qui permet d'établir les bases d'une relation de confiance et qui évolue dans le temps, pendant toute la durée du service ou de l'intervention⁹. À cet effet, le psychoéducateur doit toujours s'assurer que l'enfant, l'adolescent ou son représentant comprenne le processus et qu'une collaboration mutuelle soit maintenue.

51

Dans le cas où il faudrait remplacer à pied levé un psychoéducateur qui a déjà commencé le service, il faut valider le consentement afin de poursuivre la démarche. Même si le jeune a déjà consenti à recevoir des services de psychoéducation, il n'a pas signé « un chèque en blanc ». Il faut alors prendre contact avec lui afin de l'informer du changement d'intervenant et, en même temps, avoir son acquiescement pour poursuivre. Le psychoéducateur doit se présenter, expliquer son rôle et sa façon de travailler, clarifier ou rediscuter les objectifs à poursuivre et aborder tout ce qui est nécessaire pour être certain d'avoir l'accord du jeune pour continuer l'intervention. Si un formulaire de consentement avait déjà été signé et qu'il apparaît au dossier, une note qui fait état de la discussion que le psychoéducateur a eue avec le jeune (ou son représentant légal) remplit, une fois de plus, les prescriptions de l'article 3 du *Règlement sur les dossiers* si elle est versée au dossier.

Rappelons que le droit de consentir est étroitement lié au droit de retirer son consentement en tout temps, peu importe la raison¹⁰. Ce n'est pas parce qu'un jeune accepte une intervention avec un psychoéducateur qu'il est contraint de poursuivre au-delà de ce qu'il souhaite.

⁹ Article 13 du *Code de déontologie*.

¹⁰ Contrairement au professionnel, qui ne peut cesser d'exercer que pour un motif juste et raisonnable. Article 8 du *Code de déontologie*.

L'évaluation de l'aptitude à consentir à des soins¹¹

En contexte de santé mentale, il arrive que le psychoéducateur se questionne sur l'aptitude d'une personne à consentir. Pour évaluer cette aptitude, le psychoéducateur doit apprécier le degré d'autonomie et de conscience de la personne.

Les indices qu'il recherche sont les suivants :

- la personne est capable de recevoir et de comprendre l'information;
- la personne est capable de raisonner;
- la personne est capable d'évaluer les conséquences de son choix en regard de sa situation particulière;
- la personne est capable d'exprimer sa décision.

Une personne est jugée apte à consentir si :

- elle comprend bien la nature et le but de son traitement;
- elle est capable d'en évaluer les conséquences;
- elle est en mesure d'exprimer sa décision;
- sa capacité de comprendre n'est pas affectée par sa maladie.

L'évaluation de l'aptitude à consentir à des soins ne doit pas reposer sur le caractère raisonnable ou non de la décision que prend la personne. Lorsqu'elle est jugée apte à consentir, elle peut prendre la décision qu'elle veut, même si cette décision peut apparaître erronée ou déraisonnable aux yeux du psychoéducateur.

52

Les exceptions au consentement aux soins

Dans le domaine de la santé mentale, certaines situations permettent de ne pas obtenir de la personne le consentement aux soins qu'on veut lui donner. On pourra passer outre au consentement de la personne dans les situations suivantes :

- il y a urgence;
- une évaluation psychiatrique ordonnée par le tribunal doit être faite en vue de déterminer la nécessité ou non d'une garde en établissement;
- une garde en établissement a été ordonnée par la Cour du Québec à la suite d'une évaluation psychiatrique;
- on a obtenu une ordonnance de traitement rendue par la Cour supérieure.

Les critères pour déterminer la dangerosité d'une personne

S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances (Code civil du Québec, article 27 et suivants).

¹¹ Cette section est tirée du *Guide pratique sur les droits en santé mentale. Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale* (2009). Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

Ces lois ne définissent pas la dangerosité. Par contre, on y précise toutefois deux niveaux de dangerosité, soit :

- Un danger pour la personne elle-même ou pour autrui, pouvant conduire à une garde provisoire. La garde provisoire est la garde autorisée par le tribunal afin de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique en vue de déterminer si elle est ou non dangereuse en raison de son état mental.
- Un danger grave et immédiat pouvant conduire à une garde préventive. La garde préventive est une mesure exceptionnelle permettant à un établissement de garder une personne contre son gré, c'est-à-dire sans son consentement et sans autorisation du tribunal, pendant une période d'au plus 72 heures, si l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat. La garde provisoire peut être demandée par la suite.

Au départ, dans le cas de la garde préventive, la dangerosité est une question de faits qui est laissée au jugement d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise ou d'un policier, dans le cas où un intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est pas disponible. Si, selon leur jugement, l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat, celle-ci sera amenée dans un établissement où un médecin (un urgentologue, par exemple) pourra la mettre sous garde préventive.

53

Par la suite, la dangerosité sera déterminée par l'évaluation psychiatrique. Précisons que durant la période de 72 heures prévue pour la garde préventive, il faut obtenir le consentement de la personne pour la soumettre à une évaluation psychiatrique, sinon l'établissement devra en obtenir l'autorisation de la Cour du Québec.

La loi établit deux niveaux de dangerosité dont le second niveau, le danger grave et immédiat, représente une **situation d'urgence**. Cette situation nécessite une intervention rapide afin de soustraire la personne à un danger pour sa vie ou son intégrité ou afin de protéger la vie ou l'intégrité d'autrui. Par exemple, en situation d'urgence, une personne peut être amenée par un policier (agent de la paix) dans un établissement contre son gré et sans l'autorisation du tribunal, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise de la région ou, si aucun intervenant n'est disponible en temps utile pour évaluer la situation, à la demande du titulaire de l'autorité parentale, dans le cas d'un usager mineur.

Le policier qui amène la personne à l'établissement doit avoir, dans cette situation, des motifs sérieux de croire que celle-ci présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

2 La tenue des dossiers

Le dossier commun

En santé mentale jeunesse, il est fréquent que l'établissement pour lequel le psychoéducateur travaille demande de verser dans un dossier commun aux autres professionnels certains éléments tels des rapports, des notes évolutives et des résultats de tests. Qu'on exerce ses activités au sein d'un organisme communautaire ou d'un centre hospitalier, il est important de se demander qui aura accès à ce dossier. Est-ce que le fait d'y insérer une information, un rapport ou un résultat de test peut être nuisible? Est-ce que la confidentialité est assurée? Y a-t-il un risque de préjudice pour le jeune ou pour un tiers?

Dans les CSSS où il n'existe qu'un dossier unique d'usager à l'intérieur duquel le professionnel verse ses documents, certains psychoéducateurs sont portés à maintenir un dossier en psychoéducation contenant les autres renseignements qui doivent être consignés dans l'exercice de leur travail, comme par exemple les notes évolutives, les résultats à des tests, les autorisations à transmettre des données confidentielles à des tiers, les données brutes, etc. Cependant, dans plusieurs établissements, il n'est pas permis d'avoir un dossier professionnel « parallèle » à celui de l'institution, faisant ainsi en sorte que tout se retrouve au seul dossier unique de l'organisation, facilitant du même coup l'accès pour le client à toutes les informations le concernant.

54 Le *Règlement sur les dossiers*, à son article 11, prévoit spécifiquement cette situation :

« Lorsque le membre exerce dans un établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5), **le dossier de l'usager est considéré, aux fins du présent règlement, comme le dossier du client de ce membre s'il peut y consigner ou y faire consigner, sous forme de rapport ou autrement, les renseignements mentionnés aux articles 3 et 4, pourvu que soit assurée la confidentialité de ce dossier. Si ces renseignements ne sont pas ainsi consignés dans le dossier de l'usager, il doit tenir un dossier pour chaque client. Le membre doit signer ou parapher tout renseignement qu'il consigne dans ce dossier.** »

L'information hautement préjudiciable n'est pas un motif acceptable pour refuser de l'inscrire à même le dossier du jeune. Tout est dans la façon de l'écrire et dans les moyens qui seront pris pour préserver le caractère confidentiel ou le risque de préjudice si le client ou un tiers avait accès à cette information. En cas d'inquiétude en lien avec un élément ou un document à verser au dossier commun, un moyen consiste à placer cette information sous enveloppe scellée en indiquant sur celle-ci « secret professionnel ». Il faut alors prendre soin d'indiquer sur l'enveloppe le nom du professionnel et celui du jeune, de même qu'une note sur la raison de cette mesure qui retire certaines informations à la vue des autres intervenants au dossier (données brutes, signalement DPJ, information préjudiciable à un tiers, etc.).

La confidentialité et le secret professionnel

Afin d'assurer au jeune la protection de son droit au secret professionnel, le dossier du psychoéducateur est confidentiel et les informations qu'il contient ne peuvent être divulguées sans son autorisation. Il ne faut pas oublier que l'intérêt pour une personne de recevoir les services d'un psychoéducateur, membre d'un ordre, c'est de pouvoir avoir la certitude qu'il est là pour garantir le respect absolu du secret professionnel, tel qu'inscrit dans la Charte¹².

Ce respect de la confidentialité se retrouve aussi à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) :

Art. 19 Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom, sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions, dans le cas où la présente loi prévoit que la communication de renseignements contenus dans le dossier peut être requise d'un établissement ou dans le cas où un renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur la santé publique.

Ainsi, lorsque le jeune révèle des renseignements de nature confidentielle ou lorsque le psychoéducateur permet que de tels renseignements lui soient confiés, il doit s'assurer que le jeune est pleinement au courant du but de l'entrevue et des utilisations qui peuvent être faites de ces renseignements¹³. Cela fait partie des choses qui doivent être discutées préalablement. À titre d'exemple, des informations comme celles-ci pourraient faire partie d'un document à remettre :

Le psychoéducateur ou la psychoéducatrice qui intervient auprès d'un client est tenu de constituer un dossier professionnel selon les règlements de tenue de dossiers de son ordre professionnel. Dans notre établissement, ce dossier individuel est commun et il contient l'ensemble des données consignées par les professionnels qui interviennent auprès de vous ou auprès de votre enfant. Sachez qu'en tout temps, vous pouvez communiquer avec le psychoéducateur ou la psychoéducatrice pour obtenir des informations au sujet du contenu de votre dossier professionnel en psychoéducation ou encore demander l'arrêt des interventions.

Vous devez savoir également que dans le cadre de ses fonctions au sein d'une équipe multidisciplinaire, le psychoéducateur ou la psychoéducatrice transmettra certaines informations pertinentes et nécessaires aux intervenants qui sont directement impliqués auprès de vous ou de votre enfant. Le partage de ces informations a pour but d'assurer et de maintenir les interventions les mieux adaptées à la situation.

¹² Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, article 9.

¹³ Article 21 du Code de déontologie.

Utilisation de l'informatique

Le psychoéducateur peut évidemment utiliser l'informatique ou toute autre technologie pour la détention et le maintien des dossiers professionnels, pourvu que la confidentialité des renseignements qui y sont contenus ainsi que l'exercice des droits d'accès et de rectification soient assurés¹⁴.

Selon l'article 6 du *Règlement sur les dossiers*, le psychoéducateur qui utilise l'informatique ou toute autre technologie dans sa tenue de dossiers doit :

- Identifier tout renseignement consigné en son nom.
- S'assurer que l'intégralité et l'inaltérabilité des renseignements consignés soient respectés (personne d'autre ne peut y faire des modifications).

Conservation, destruction et confidentialité

Le psychoéducateur doit tenir à jour le dossier du jeune jusqu'au moment où il cesse de lui rendre des services et ce dossier doit être conservé pendant au moins cinq ans, dans un local ou un meuble pouvant être fermé à clé. Le délai de cinq ans passé, sans y être obligé, il peut alors procéder à la destruction en s'assurant de préserver la confidentialité des renseignements qui s'y retrouvent (à l'aide d'une déchiqueteuse, par exemple)¹⁵. En établissement régi par la LSSSS, ces derniers éléments sont sous la responsabilité des archivistes.

56 Lieux de consultation

Il n'est pas rare qu'un psychoéducateur qui exerce en santé mentale jeunesse ne reçoive aucun jeune dans un bureau, mais se déplace plutôt à domicile ou à tout autre endroit approprié. Qu'on exerce en pratique privée ou non, il existe des dispositions qui s'appliquent en toute situation, de façon à préserver la confidentialité, telles que l'aménagement du lieu de rencontre. Il en va de même avec les mesures à prendre si on doit s'absenter plus de cinq jours ouvrables (voir les articles 13 à 15 du *Règlement sur les dossiers*).

Certaines précautions doivent être prises si le psychoéducateur se déplace avec les dossiers (ou partie de dossiers) des clients. Ce peut être par l'usage d'un dossier informatisé protégé par mot de passe ou d'un porte-document qui ferme à clé. Le psychoéducateur doit en tout temps et en tous lieux prendre les mesures nécessaires pour s'assurer de préserver la confidentialité.

Cessation d'exercice en pratique privée

C'est un aspect des plus délicats lorsque la clientèle souffre d'un problème de santé mentale. Il est bon de rappeler que des règles s'appliquent au psychoéducateur qui cesse, temporairement sinon définitivement, d'exercer sa profession parce qu'il arrête de pratiquer ou parce qu'il a accepté de remplir une fonction qui l'empêche de poursuivre les services professionnels qui lui avaient déjà été confiés. Ce peut être le cas, par exemple, si le psychoéducateur débute un emploi qui oblige à mettre de côté sa pratique privée, de façon temporaire ou peut-être même définitive. Il est alors de sa responsabilité de se conformer aux règles de cessation d'exercice afin de ne pas causer préjudice à la clientèle.

¹⁴ Articles 1 du *Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et autres bureaux et la cessation d'exercice*.

¹⁵ Articles 7 à 11 du *Règlement sur les dossiers*.

Annexe 3

Évaluation normative

Il est de plus en plus fréquent que la pratique des psychoéducateurs comporte l'usage de tests d'évaluation standardisés. Tel que mentionné dans le *Guide d'évaluation psychoéducative*¹⁶:

L'évaluation normative consiste à administrer des épreuves standardisées afin de comparer la personne à un groupe de référence du même âge, du même sexe et de la même communauté culturelle. Elle sert surtout à cerner la nature et l'importance des problèmes que vit la personne ainsi que leur caractère chronique ou transitoire. Elle permet d'obtenir rapidement des informations sur la nature et la gravité des problèmes.

Ces évaluations ont la limite d'être centrées sur un ou des troubles précis et de ne pas englober l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux qui contribuent à la problématique. Cependant, compte tenu de l'émergence des nouvelles connaissances scientifiques sur l'adaptation et des enjeux inhérents à la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, les pratiques traditionnelles d'évaluation basées sur la synthèse des faits d'observation ne peuvent plus suffire à elles seules dans la plupart des démarches d'évaluation (Yergeau et Paquette, 2007). Le recours à des instruments de mesure standardisés se trouve alors indiqué, et ce, dans la limite des règles d'utilisation et des compétences requises pour le faire.

57

À ce propos, il est bon de rappeler que tout psychoéducateur ayant à sélectionner, administrer, corriger et interpréter des tests psychologiques, dans quelque milieu que ce soit, doit connaître et satisfaire aux *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*¹⁷.

Bien que des outils d'évaluation puissent être utilisés par des professionnels de disciplines différentes et que le choix des outils d'évaluation demeure la responsabilité de chaque professionnel selon son champ d'exercice, les éléments suivants devraient être pris en considération :

- les caractéristiques particulières et parfois uniques de l'outil : nature des items le constituant, finalité, validité, fidélité et autres qualités métrologiques;
- les clientèles pour lesquelles l'outil a été standardisé (âge, sexe, problématiques en cause, caractéristiques personnelles, sociales, ethniques, communautaires et autres);
- les conclusions que l'outil permettent d'obtenir en regard de l'objectif visé par l'évaluation;
- les compétences particulières qui peuvent être requises pour l'administration, la correction, la cotation et l'interprétation de l'outil d'évaluation.

Il faut également prendre en considération le fait que certains outils perdent leur validité lorsqu'ils sont utilisés, en tout ou en partie, plus d'une fois auprès d'un client ou dans un délai déterminé.

¹⁶ OCCOPPQ (2008). *Guide d'évaluation psychoéducative*, page 9.

¹⁷ *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation* (2003), adaptation du livre *Standards for Educational and Psychological testing* par l'OCCOPPQ, sous la direction de Georges Sarrazin, c.o.

Niveau de qualification

Certains outils exigent un niveau avancé de formation pour l'administration et l'interprétation des résultats. Par exemple, il est généralement admis que l'usage d'échelles d'intelligence soit limité à des professionnels possédant un diplôme de deuxième ou troisième cycle universitaire et ayant reçu une formation spécifique. D'autres tests, telles des listes de contrôle des comportements adaptatifs, fournissent des renseignements précieux qui n'exigent que très peu d'interprétation et sont donc accessibles à la plupart des professionnels.

Plusieurs fournisseurs ont une politique permettant d'identifier les qualifications nécessaires à l'achat d'outils d'évaluation. Un système de classification à trois niveaux (A, B, C) différencie les produits selon les types d'acheteurs auxquels les outils d'évaluation peuvent être vendus. Habituellement, les tests de niveau A n'exigent pas que l'utilisateur ait eu une formation avancée en évaluation et en interprétation.

Les tests de niveau B exigent plus d'expertise de la part de l'utilisateur que ceux de niveau A. Les procédures d'administration et l'interprétation des résultats sont généralement plus complexes. Les produits de niveau B peuvent être achetés par des professionnels membres d'un ordre, car ces personnes sont tenues au respect d'un code de déontologie qui précise qu'elles doivent exercer les aspects de leur profession faisant partie de l'étendue de leurs compétences, en plus de détenir de la formation et de l'expérience en évaluation. C'est pour cette raison que des psychoéducateurs n'ayant pas de maîtrise, mais ayant complété une formation spécialisée ou ayant acquis une expertise dans un domaine spécifique (par exemple le développement de l'enfant) peuvent se procurer des produits de niveau B afin d'évaluer des compétences comprises dans leur champ d'exercice.

58

Les outils d'évaluation de niveau C exigent d'être détenteur d'une maîtrise avec formation ou expérience en évaluation.

Considérant qu'en santé mentale jeunesse la clientèle peut recevoir des services professionnels de différentes disciplines et faire l'objet de multiples évaluations lors d'un épisode de soins et de services, la concertation interprofessionnelle est à privilégier. Celle-ci permettra d'éviter qu'un même outil soit administré plus d'une fois, ce qui pourrait alourdir inutilement le processus d'évaluation, voire même invalider le matériel.

Répertoire d'instruments de mesure et de programmes d'intervention

L'Ordre met à la disposition des psychoéducateurs un répertoire d'instruments de mesure et de programmes d'intervention. Sous la forme d'un moteur de recherche, cet outil fort apprécié est facile à consulter.

Un des avantages du répertoire est qu'il offre des informations pertinentes et précises sur plusieurs instruments ou programmes utilisés dans les milieux d'intervention. Chaque fiche précise les caractéristiques de l'outil, sa valeur et ses limites. On y retrouve également le niveau de qualification requis pour se procurer ou administrer le test. Ces informations sont très utiles au psychoéducateur dans le choix de l'instrument ou du programme.

Pour accéder au répertoire, rendez-vous sur le site de l'Ordre, dans la section *membres*.

Annexe 4

Liste d'outils d'intervention en santé mentale jeunesse

Les outils d'intervention de cette liste font l'objet d'une fiche descriptive dans le répertoire des « programmes » de la banque informatisée d'outils du site de l'Ordre. Ils sont proposés en fonction de leur pertinence.

La présence d'un programme dans ces pages ne signifie nullement que l'Ordre en fasse la promotion ou la recommandation.

Outils de prévention ou de sensibilisation

1 Agir avant, agir à temps (*Youth Lifelines*)

(Centre Multi-Services et Centre de prévention du suicide de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2003)

Ce programme vise à sensibiliser les jeunes à la prévention du suicide et à augmenter leurs habiletés personnelles de façon à ce qu'ils puissent mieux relever les défis et surmonter les épreuves de la vie. Il a également pour objectif d'aider les jeunes à développer leurs habiletés concernant leur estime de soi, leurs relations interpersonnelles, la violence, les pertes, les transitions et le suicide.

Clientèle cible : adolescents (13-18 ans) et adultes.

2 Agir ensemble pour prévenir le suicide chez les jeunes

(Association québécoise de prévention du suicide, 2000)

Ce programme vise l'instauration d'un filet de sécurité autour des jeunes en détresse en ciblant trois principaux objectifs : 1) outiller les intervenants par la mise en place d'activités en prévention du suicide, 2) assurer la présence des ressources pour une intervention auprès du jeune suicidaire, 3) sensibiliser l'entourage afin de favoriser un dépistage précoce et une action auprès des jeunes suicidaires.

Clientèle cible : ce programme s'adresse d'abord au personnel scolaire et aux intervenants jeunesse en assurant leur formation et la mise à jour de leurs connaissances sur le suicide. Il s'adresse également aux adolescents âgés de 15 à 18 ans et à leurs parents, afin que l'entourage des jeunes soit sensibilisé à l'importance d'un repérage précoce et à la mise en place de stratégies d'action auprès des jeunes concernés par la problématique.

3 Les préjugés... J'en connais pas!

(Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 2000)

Le but général de ce programme de sensibilisation est de permettre aux participants d'obtenir une information vulgarisée et juste à propos des principales maladies mentales. Il vise aussi à encourager et à favoriser la démarche de recherche d'aide et d'information par les personnes touchées (par exemple membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale).

Clientèle cible : adolescents (13-18 ans) et adultes.

4 Manuel d'éducation psychosexuelle en soutien à la promotion du concept de sexualité-santé

(Bussières, Couture, Lalancette & Fortier, 2008)

Ce manuel d'éducation psychosexuelle est un outil de référence qui vise à favoriser l'éducation, l'accompagnement et la croissance personnelle de l'individu à travers l'expression saine de sa sexualité.

Clientèle cible : cet outil s'adresse plus spécifiquement aux personnes présentant un problème de santé mentale, bien que les informations soient tout aussi pertinentes pour tout adulte désireux d'aborder diverses composantes de la sexualité humaine.

60

5 Portez secours : l'importance d'administrer le traitement rapidement

(Markham, 2003)

Cet outil permet aux intervenants d'aborder le sujet de la schizophrénie auprès des jeunes de manière empathique tout en offrant des moyens concrets pour venir en aide aux personnes concernées par la maladie. Il vise aussi à sensibiliser les jeunes sur les symptômes précoces de la schizophrénie et ses traitements ainsi que sur les mythes et réalités entourant la maladie mentale.

Clientèle cible : adolescents (13-18 ans).

Outils d'intervention

6 Bien dans sa tête. Bien dans sa peau. Un programme sur le poids et l'image corporelle pour les ados et les adultes qui les entourent

(Mongeau & Ducharme, 2002)

Ce programme vise à favoriser l'acquisition d'attitudes et de comportements sains à l'égard du poids et du corps, de l'alimentation et de l'activité physique et à promouvoir l'estime de soi et le respect des autres, quelle que soit leur allure corporelle.

Clientèle cible : adolescents.

7 Démystifier les maladies mentales. Anorexie et boulimie : comprendre pour agir

(Pomerleau & collaboratrices, 2001)

Cet ouvrage vise à aider les intervenants, les parents ou les personnes qui présentent un trouble des conduites alimentaires (anorexie et/ou boulimie) à mieux comprendre la nature, l'histoire et les multiples facteurs impliqués dans ces maladies mentales. Il se veut également un outil d'intervention (multidisciplinaire) aidant les divers intervenants à agir auprès de cette clientèle.

Clientèle cible : cet ouvrage s'adresse aux personnes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires (anorexie et/ou boulimie, adolescents 13-18 ans et adultes), à leurs proches et aux professionnels de la santé œuvrant auprès de cette clientèle.

8 Famille et psychose. Guide d'intervention

(Gosselin & Viau, 2004)

Le programme vise la réduction des agents stressants dans l'environnement de la personne psychotique et de sa famille.

Clientèle cible : ce programme s'adresse à toute famille ayant dans son entourage une personne atteinte de psychose (quel que soit le stade d'évolution).

9 Le filtre de la réalité. Un outil d'intervention pour comprendre et illustrer les distorsions cognitives

(Robin, Girard & Banville, 2007)

Cet outil permet aux intervenants de travailler trois principaux objectifs avec la personne visée : 1) prendre conscience des distorsions cognitives observées, 2) découvrir la façon dont ces dernières entravent la perception de la réalité, 3) identifier les impacts des distorsions cognitives sur sa vie.

Clientèle cible : cet outil s'adresse à toute personne (adolescents, adultes, personnes âgées) présentant des distorsions cognitives. Une sélection des fiches est effectuée selon les caractéristiques de la clientèle (âge, problématique, etc.).

10 Les trucs de Dominique

(Gervais & Bouchard, 2006)

Ce programme propose d'équiper les enfants pour qu'ils puissent faire face aux inévitables sources d'inquiétude qui leur compliquent la vie. En les initiant aux techniques cognitivo-comportementales de gestion de l'anxiété et du stress, *Les trucs de Dominique* vise l'enseignement des stratégies cognitives et comportementales dont l'efficacité a été démontrée empiriquement pour la prévention ou le traitement des troubles anxieux.

Clientèle cible : ce programme s'adresse plus spécifiquement aux jeunes âgés entre 8 et 12 ans qui souhaitent acquérir une plus grande maîtrise de leurs réactions face au stress ou à l'anxiété.

11 Ma vie c'est cool d'en parler!

(Guay, 2004)

Deux principes ont guidé l'élaboration de cet outil : amener le jeune à briser l'isolement et l'encourager à demander de l'aide. *Ma vie c'est cool d'en parler!* mise sur l'acquisition de compétences personnelles et sociales et de saines habitudes de vie chez les adolescents telles que l'estime de soi, la gestion du stress et la résolution des problèmes personnels.

Ce programme poursuit deux objectifs principaux : 1) permettre aux adolescents de mieux gérer leur santé mentale afin de maintenir un bon équilibre personnel, 2) fournir aux adolescents des outils leur permettant d'avoir une emprise sur les différents aspects de leur vie : physique, mental, affectif, familial et scolaire.

Clientèle cible : adolescents (12-18 ans).

12 Mauve

(Pentafolio Multimédia, 1998)

Mauve a pour but général d'inciter le jeune traversant une période difficile à rétablir un dialogue constructif avec lui-même et les membres de son entourage.

Il est recommandé de tenir compte de la maturité de l'adolescent ou de la problématique qu'il vit, car il pourrait également convenir à des jeunes âgés de 12 à 14 ans.

Clientèle cible : *Mauve* s'adresse aux adolescents âgés de 14 à 18 ans rencontrant des situations d'impasse dans leur vie personnelle ou dans leurs études ainsi qu'aux parents et adultes désireux de comprendre les adolescents.

13 Mieux composer avec ces voix qui dérangent. Guide de stratégies et de recommandations à utiliser au quotidien

(Deegan, 2008)

Ce guide a pour objectif d'aider la personne à apprendre de nouvelles techniques pour avoir plus de contrôle sur ces voix qui la dérangent.

Clientèle cible : ce guide de stratégies et de recommandations à appliquer au quotidien s'adresse à toute personne (adolescents 13-18 ans, adultes, personnes âgées) présentant un problème de santé mentale ou aux parents et amis qui veulent appuyer une personne dans ses démarches pour avoir plus de contrôle sur les voix qui la dérangent.

14 Pare-Chocs : Programme d'intervention auprès d'adolescents dépressifs

(Marcotte, 2006)

Ce programme vise à prévenir ou à réduire la dépression chez les adolescents ainsi qu'à soutenir le développement d'habiletés de protection et de stratégies d'adaptation dans le but de favoriser une meilleure santé mentale chez les jeunes.

Clientèle cible : adolescents et familles.

15 Prévention de l'utilisation de la contention. Stratégies de prévention et mesures de remplacement

(Giguère, Giroux, Harvey, Kasprzak, Matteau, Sutton & Tougas, 2007)

L'outil *Prévention de l'utilisation de la contention. Stratégies de prévention et mesures de remplacement* vise à développer une meilleure connaissance du sujet afin de contribuer à limiter l'application de la contention dans des situations spécifiques et exceptionnelles.

Clientèle cible : cet outil s'adresse à tout intervenant qui œuvre auprès des personnes ayant des comportements généralement mis en cause dans l'utilisation de mesures de contention : agitation verbale ou motrice, risque de chute, agressivité verbale ou physique, manque de collaboration au traitement, etc.

16 Prévention de l'utilisation de l'isolement. Stratégies de prévention et mesures de remplacement

(Blackburn, Giroux, Harvey, Kasprzak, Laberge, Lemay & Rousseau, 2005)

L'outil *Prévention de l'utilisation de l'isolement. Stratégies de prévention et mesures de remplacement* vise à développer une meilleure connaissance du sujet, ceci dans le but de limiter l'application de l'isolement à des situations spécifiques et exceptionnelles.

Clientèle cible : cet outil s'adresse à tout intervenant qui œuvre auprès des personnes ayant des comportements généralement mis en cause dans l'utilisation de mesures d'isolement tels l'agitation, l'agressivité, les comportements autodestructeurs ou les comportements provocateurs.

63

17 Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide

(Séguin & Foy, 2005)

Ce programme constitue un guide pour les intervenants scolaires dans leur processus décisionnel des interventions à mettre en place à la suite d'un suicide en milieu scolaire. Les interventions proposées visent à diminuer le niveau de stress et l'impact de la crise, à favoriser le processus de deuil et à diminuer les risques d'influence.

Clientèle cible : milieu scolaire, enfants et adolescents.

18 Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide

(Ressource Régionale Suicide du CSSS de Laval, 2006)

Le programme a pour but de faciliter l'accompagnement des enfants à l'intérieur du processus de deuil. Il comporte trois objectifs principaux d'intervention : 1) offrir un lieu de rencontre aux enfants où il est possible de parler du suicide, 2) favoriser l'intégration de la mort, 3) prévenir les comportements suicidaires.

Clientèle cible : 6-12 ans et parents.

Annexe 5

Liste d'instruments de mesure et d'évaluation en santé mentale jeunesse

Les instruments de mesure et d'évaluation présentés dans cette section font l'objet d'une fiche descriptive dans le répertoire des « instruments de mesure » de la banque informatisée d'outils du site de l'Ordre. Ils sont proposés en fonction de leur pertinence.

La présence d'un programme dans ces pages ne signifie nullement que l'Ordre en fasse la promotion ou la recommandation.

1 Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (B.R.E.V.)

(Billard, Livet, Motte, Vallée, Gillet, Kervarrec, Galloux, Piller & Vol, 1999)

La B.R.E.V. est un outil qui permet la réalisation d'un examen neuropsychologique clinique. Cet outil a pour premier objectif de dépister les enfants soupçonnés de présenter un déficit sur le plan de leurs fonctions cognitives. Il a pour second objectif de préciser le profil du déficit de l'enfant, et ce, dans le but d'orienter ce dernier vers un professionnel compétent qui confirmera ou infirmera les résultats obtenus à la B.R.E.V.

Clientèle cible : plus spécifiquement les enfants âgés entre 4 et 9 ans.

2 *Children's depression inventory (DCI)*

(Kovacs, 1992)

Cet outil permet de mesurer les symptômes dépressifs chez les enfants sous divers aspects tels que le sentiment de tristesse, la capacité à prendre du plaisir, l'efficacité scolaire ou les relations interpersonnelles.

Clientèle cible : jeunes âgés entre 7 et 17 ans.

3 *Dominique interactif et Dominique adolescent*

(*Digital Interactive Multimedia Assessment Tools Inc. (D.I.M.A.T., 1999, 2002)*)

Ces outils ont pour but de dépister et d'évaluer les tendances aux problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les jeunes et les adolescents. Ils visent également à obtenir le point de vue des enfants et des jeunes.

Clientèle cible : le *Dominique interactif* est conçu pour les enfants âgés de 6 à 11 ans et le *Dominique adolescent*, pour les jeunes âgés de 12 à 16 ans. Ces deux outils peuvent être utilisés auprès de ces clientèles en milieu scolaire ou clinique. Il faut préciser que leur utilisation peut se faire avec des jeunes présentant un retard de développement, mais présente tout de même des limites.

4 Échelle d'évaluation Conners 3

(Conners, 2007)

Selon la version utilisée, les questionnaires de Conners permettent de recueillir de l'information sur différentes dimensions du comportement de l'élève, soit l'inattention, l'hyperactivité/impulsivité, les difficultés d'apprentissage, le fonctionnement exécutif, l'agression, les relations avec les pairs et les relations familiales, de même que sur des critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour l'inattention liée au TDAH, l'hyperactivité/impulsivité liées au TDAH, l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité liées au TDAH, le trouble oppositionnel avec provocation et trouble de la conduite.

Clientèle cible : les jeunes âgés entre 3 et 18 ans.

5 Échelle d'évaluation du risque suicidaire (SPS)

(Cull & Gill, 1982/1988)

(Auteurs de la traduction et de sa validation : Labelle, Daigle, Pronovost & Marcotte)

Outil qui permet d'évaluer le risque suicidaire et de cerner la problématique du suicide à partir de différentes dimensions.

Clientèle cible : les adolescents âgés entre 13 et 18 ans ainsi que les adultes.

6 Échelle de *coping* pour adolescents (ÉCA)

(Pronovost, Morin, Dumont & Leclerc, 1998)

L'ÉCA se compose de 78 questions. Les 77 premières questions sont accompagnées d'une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais utilisé » ou « ne s'applique pas » (1) à « utilisé très souvent » (5). La question 78 est une question ouverte. Le répondant doit préciser, s'il y a lieu, les moyens qu'il utilise pour affronter ces difficultés.

Au total, la mesure intègre 19 stratégies de *coping*. Ces dernières sont regroupées à l'intérieur de trois styles de *coping* différents, soit productif, non productif ou de référence aux autres.

Le *coping* productif regroupe les cinq stratégies suivantes : 1) s'efforcer de résoudre le problème, 2) travailler fort pour réussir, 3) avoir une pensée positive, 4) se détendre, se divertir et 5) faire de l'activité physique. Le *coping* non productif comprend neuf stratégies, soit : 1) ne rien faire, 2) s'inquiéter, 3) faire baisser la tension, se défouler, 4) s'accuser, se blâmer, 5) ignorer le problème, 6) se refermer sur soi, 7) se réfugier dans la pensée magique, 8) se soucier de ses liens d'appartenance et 9) éprouver des malaises physiques.

Le *coping* de référence aux autres évalue quatre stratégies : 1) rechercher le soutien social, 2) investir dans ses amis, 3) accomplir des actions sociales et 4) rechercher l'aide d'un professionnel. La mesure comprend une dernière stratégie, « rechercher l'aide spirituelle », mais celle-ci n'est pas rattachée à un style particulier dans la validation québécoise.

Clientèle cible : les adolescents âgés entre 13 et 18 ans.

7 Inventaire de *coping* pour situations stressantes (CISS)

(Endler & Parker, 1990)

Le CISS propose trois versions : 1) adolescents (13 à 18 ans), 2) adultes (18 ans et plus) et 3) portant sur des comportements spécifiques d'adaptation. Seule la version destinée aux adultes est disponible en français.

La mesure permet d'évaluer l'utilisation de trois styles généraux de réponses adaptatives lorsque l'individu est confronté à des situations stressantes : 1) l'orientation vers la tâche : accent mis sur la tâche ou l'organisation dans le but d'aborder le problème de manière rationnelle pour le résoudre, 2) l'orientation sur les émotions : concentration sur les émotions déclenchées par la situation problématique, 3) l'évitement : évitement de la situation par des activités distrayantes ou de la diversion sociale.

Clientèle cible : les adolescents âgés entre 13 et 18 ans, les adultes et les personnes âgées.

8 Inventaire du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant (PTSD)

(Saigh, 2004)

Cet outil vise à diagnostiquer le syndrome de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents. Pour se le procurer, le distributeur exige que l'utilisateur soit détenteur d'une maîtrise.

Clientèle cible : le PTSD s'adresse plus spécifiquement aux jeunes de 7 à 17 ans chez qui l'on soupçonne un état dépressif.

66

9 *Multidimensional anxiety for children (MASC)*

(March, 1997)

Le MASC est constitué de 39 items répartis autour de quatre facteurs principaux abordant : 1) les symptômes physiques, 2) l'anxiété sociale, 3) l'évitement (perfectionnisme et anxiété) et 4) l'anxiété de séparation.

Clientèle cible : cet outil s'adresse plus spécifiquement aux jeunes âgés entre 8 et 18 ans.

10 *Symptom checklist – 90 revised (SCL-90)*

(Derogatis, 1994)

Cet instrument permet de mesurer l'état de santé mentale ou la détresse psychologique d'une personne ainsi que de refléter, à un moment précis, le profil des symptômes psychologiques d'une personne recevant des services communautaires, médicaux ou psychiatriques.

Clientèle cible : cet outil s'adresse à toute personne âgée de 13 ans et plus.

11 Système d'évaluation empirique Achenbach – ASEBA

(Achenbach, 2000, 2001, 2002)

Cet outil permet de dresser un portrait comportemental de l'enfant et de l'adolescent ainsi que de ses difficultés émotionnelles et psychopathologiques.

Clientèle cible : l'ASEBA comprend plusieurs versions s'adressant aux personnes d'un an et demi à 90 ans. Toutefois, seules deux formes sont disponibles en français : le module préscolaire qui s'adresse aux enfants d'un an et demi à cinq ans et le module scolaire qui s'adresse aux jeunes âgés de 6 à 18 ans.

12 Test de personnalité PER

(Pépin, Rhéaume & Loranger, 1993, 1999)

Le test de personnalité PER est un questionnaire d'auto-évaluation informatisé qui vise à évaluer les grands traits de personnalité d'un individu. Il comprend 166 items répartis en six principales échelles : 1) Acceptation de soi, 2) Anxiété, 3) Autonomie, 4) Dynamisme, 5) Relations avec les autres et 6) Stabilité émotionnelle. Deux autres échelles visent à évaluer la validité des résultats, soit 7) l'Indice de cohérence des réponses et 8) l'Indice de désirabilité sociale. Le PER présente un score pour chacune de ces échelles et un score représentatif de l'ensemble. Ce dernier score peut être considéré comme un indice de bien-être psychologique.

Clientèle cible : cet outil s'adresse plus spécifiquement à toute personne âgée de 13 ans et plus.



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

510 - 1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Montréal (Québec) H3M 3E2

Téléphone : 514 333-6601 ou 1 877 913-6601 Télécopieur : 514 333-7502 Courriel : info@ordrepsed.qc.ca

Site Web : www.ordrepsed.qc.ca ou www.psychoeducation.qc.ca