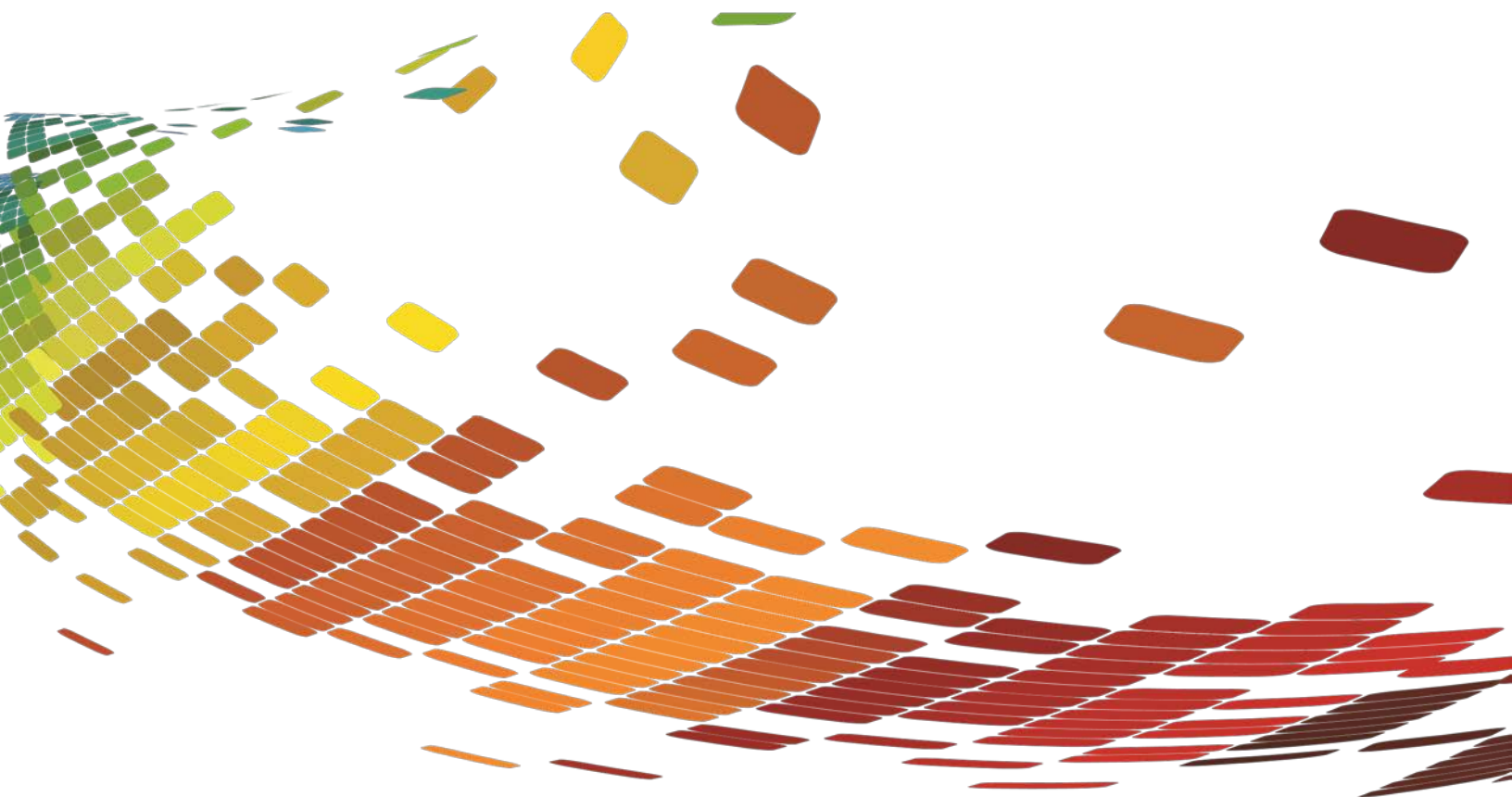


Le psychoéducateur en santé mentale adulte



Cadre de référence



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce cadre de référence a été possible grâce à la généreuse contribution de toutes ces personnes que nous tenons à remercier.

Recherche et rédaction

Stéphanie Hébert, ps.éd., chargée de projet, Montréal, santé mentale adulte première ligne, milieu hospitalier

Coordination

Isabelle Dame, ps.éd., responsable du comité des psychoéducateurs en santé mentale adulte, Montérégie, soutien d'intensité variable, suivi intensif, intégration au travail

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

Catherine de Lanux, ps.éd., coordonnatrice aux affaires professionnelles, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Groupe de travail

Catherine Beaudet, ps.éd., Montréal, milieu hospitalier et milieu carcéral

Isabelle Bourassa, ps.éd., Montréal, service prévention de la dépendance et itinérance

Yves Champagne, ps.éd., Outaouais, suivi d'intensité variable

Sarah Duford, ps.éd., Montérégie, suivi d'intensité variable, intégration au travail

Anne-Marie Fournelle, ps.éd., Estrie, centre de réadaptation en dépendance

Véronique Hénault, ps.éd., Laurentides, centre correctionnel

Hélène Mineau, ps.éd., Laval, santé mentale adulte première ligne

Consultation et validation

Eve Cadieux, ps.éd., conseillère aux pratiques en psychoéducation et éducation spécialisée, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Michel Gilbert, ps.éd., coordonnateur au Centre national d'excellence en santé mentale

Sylvain Ratel, chef de programme Troubles de la personnalité à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, IUSMM

Geneviève Trempe, ps.éd., psychoéducatrice, Institut universitaire en santé mentale de l'Est-de-l'Île de-Montréal

Collaborateurs

Serge Carrier, ps.éd. et Robert Groleau, ps.éd., Institut Philippe-Pinel de Montréal

Le cadre de référence en santé mentale adulte a été adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec le 2 décembre 2017.

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source. Pour citer ce document : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2017). *Le psychoéducateur en santé mentale adulte. Cadre de référence*. Montréal.

Tous droits réservés

© OPPQ, 2017.

AVANT-PROPOS

Il est difficile de déterminer à quel moment la pratique en santé mentale adulte (SMA) s'est développée. Il faut savoir que la profession du psychoéducateur est née au Québec autour des années 1950. Elle était d'abord fondée sur une pratique auprès d'une clientèle en délinquance et en déficience intellectuelle dans un cadre institutionnel. Le psychoéducateur agit maintenant auprès de personnes ayant des problèmes d'adaptation variés tout en étant présent dans une diversité de milieux. Effectivement, la polyvalence et la capacité d'adaptation du psychoéducateur ont fait en sorte que son expertise auprès de cette clientèle est maintenant établie et recherchée.

Toutefois, en SMA, le psychoéducateur est souvent appelé à exercer une variété de mandats et de rôles pour lesquels peu de normes et de standards de pratiques ont été déterminés jusqu'à présent. D'ailleurs, il est souvent le seul représentant de sa profession à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires composées de divers intervenants de la santé mentale (infirmière, psychologue, travailleur social, ergothérapeute, éducateur spécialisé, médecin, etc.). En outre, sa contribution, encore parfois méconnue, l'amène souvent à se définir lui-même et à faire valoir son apport distinctif auprès de ses collègues, de son organisation et des partenaires.

Dans ce contexte, un comité d'affaires professionnelles a travaillé à élaborer un cadre de référence permettant, d'une part, de soutenir les psychoéducateurs qui cherchent à développer ou à consolider leur expertise auprès de cette clientèle et, d'autre part, d'informer les gestionnaires qui désirent bénéficier de la contribution d'un psychoéducateur dans leur milieu.

Le présent cadre de référence rassemble les différentes connaissances et aptitudes attendues du psychoéducateur, les rôles et mandats qui lui sont généralement confiés ainsi que les moyens et outils utilisés dans la pratique auprès des adultes ayant une problématique en santé mentale. L'expertise des membres du comité et de collaborateurs a été mise à contribution afin de préciser ces balises propres au travail du psychoéducateur de ce secteur de pratique et d'élaborer des vignettes cliniques et des exemples dans le but de mieux décrire les concepts et d'illustrer la réalité particulière du psychoéducateur en SMA.

Ce cadre de référence constitue un complément aux différents documents de référence de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

Démarche du comité

Afin de refléter la complexité de la pratique, le comité a été composé de membres provenant de différents milieux et de différentes régions du Québec. Dans ses travaux, le comité a procédé d'abord par une appropriation des cadres de référence et des guides publiés par l'Ordre. Ensuite, il a analysé différentes descriptions de fonctions, de tâches et de mandats de psychoéducateurs en SMA travaillant dans divers milieux. De plus, les psychoéducateurs œuvrant en santé mentale adulte ont été sondés afin d'obtenir un portrait global de leur pratique. Finalement, l'analyse de ces différents éléments a permis de faire ressortir les connaissances utiles à la pratique des psychoéducateurs en SMA et d'établir des liens avec le profil des compétences générales du psychoéducateur.

Présentation du contenu

Le comité a fait le choix d'aborder les thèmes et les notions de façon généralement concise afin de dresser un portrait global de la pratique. Les lecteurs sont invités à approfondir les différentes notions en consultant les documents ou références qui leur sont proposés avec des hyperliens pour en faciliter l'accès.

Le contenu est présenté en cinq parties.

La première partie traite du contexte de la santé mentale au Québec de manière globale. Une attention est portée au caractère évolutif des orientations ministérielles et des pratiques.

La pratique générale du psychoéducateur en lien avec la pratique propre au psychoéducateur en SMA est abordée dans un deuxième temps en traitant du champ d'exercice, de la réserve d'activités, du rôle et des tâches qui peuvent lui être confiés en SMA.

La troisième partie aborde les savoirs spécifiques nécessaires à la pratique, les différentes approches reconnues et les notions liées à la SMA, ainsi que le cadre légal particulier auquel le psychoéducateur est soumis.

Ensuite, un bref portrait de la pratique actuelle du psychoéducateur est présenté. Cette partie fait état des résultats du sondage effectué par le comité des psychoéducateurs en SMA recensant les différentes pratiques.

Finalement, la dernière section, à laquelle une importance plus grande est accordée, aborde les compétences professionnelles attendues du psychoéducateur sous l'angle des opérations professionnelles, dans le cadre particulier de la pratique en SMA. Ces compétences et ces opérations sont illustrées concrètement à l'aide de différentes vignettes cliniques reflétant la réalité de quelques milieux de pratique.

Symboles



À retenir



Référence



Définition



Outil pour les psychoéducateurs

TABLE DES MATIÈRES

ETAT DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC	7
Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être 2012	7
Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	8
- Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : <i>la force des liens</i>	8
- Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : <i>faire ensemble et autrement</i>	8
Sites d'intérêt	8
LA PRATIQUE DU PSYCHOÉDUCATEUR	9
La psychoéducation : une profession	9
La modernisation des pratiques	9
Le champ d'exercice	9
Les activités réservées	10
La psychothérapie	10
Le rôle général du psychoéducateur	11
Le rôle du psychoéducateur en santé mentale adulte	11
Des exemples de tâches et de fonctions sommaires assignées aux psychoéducateurs en SMA	11
SAVOIRS SPÉCIFIQUES, CONNAISSANCES REQUISES ET CADRE LÉGAL	13
Les connaissances liées à la clientèle	13
- La santé mentale et les troubles mentaux	13
- La stigmatisation et la discrimination sociale	14
Les modèles et approches reconnus	14
- Le modèle biopsychosocial	14
- L'approche orientée vers le rétablissement et la pleine citoyenneté	15
- L'approche cognitivo-comportementale	16
- L'approche par les forces	16
- L'approche motivationnelle	16
- L'approche collaborative	17
- Le patient partenaire	17
Le cadre légal	18
- Le régime de protection	18
- Le consentement aux soins et l'ordonnance de traitement	18
- La <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i> (P-38.001)	19
- La <i>Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle</i>	20

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE ACTUELLE EN SANTÉ MENTALE ADULTE	21
Les clientèles desservies par les psychoéducateurs en SMA	22
- Vignettes cliniques	22
PSYCHOÉDUCATEUR EN SANTÉ MENTALE ADULTE ET PROFIL DES COMPÉTENCES	25
Préciser le mandat	25
- Vignettes cliniques	27
Évaluer de manière rigoureuse et en accord avec le mandat reçu	29
- Identifier les centrations et les contextes d’observation, associer la personne et son entourage et déterminer une méthode	29
- Identifier et apprécier les capacités et les difficultés adaptatives présentées par la personne en interaction avec son environnement	31
- Élaborer une hypothèse clinique, produire une synthèse interprétative, rendre compte de ses résultats et formuler des recommandations	31
- Vignettes cliniques.....	33
Intervenir : déterminer, en accord avec le mandat reçu, un plan ou un programme d’intervention	35
- La planification de l’intervention psychoéducative	35
- Le vécu partagé	36
- L’éducation psychologique et l’activité psychoéducative	36
- L’organisation psychoéducative	37
- L’animation psychoéducative	37
- L’utilisation psychoéducative	37
- L’évaluation postsituationnelle	37
- Vignettes cliniques	38
Exercer la compétence rôle-conseil	42
Vignettes cliniques	42
CONCLUSION	44
RÉFÉRENCES	45
ANNEXE 1 – Structure d’ensemble	48
ANNEXE 2 – Évaluation et intervention : outils et programmes	50
ANNEXE 3 – Vignettes cliniques	53
ANNEXE 4 – Plan du programme de groupe : gestion des émotions et de l’impulsivité	63
ANNEXE 5 – Fiche sur la contribution du psychoéducateur en collaboration interprofessionnelle	66

ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Au Québec et au Canada, la prévalence des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale est importante. En effet, Lesage et Émond (2016) rapportent que la maladie mentale touche annuellement 12 % de la population québécoise. Les troubles anxio-dépressifs représentent près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux et les troubles de la schizophrénie «touchent quant à eux 0,4 % des Québécois» (Lesage et Émond, 2016, p.3). Au Québec, en 2016, une personne sur cinq était atteinte de troubles mentaux selon l'Institut national de santé publique du Québec.

Avant d'aborder la contribution distinctive du psychoéducateur en santé mentale adulte, il semble approprié de situer l'état des pratiques, des services et des politiques ministérielles relatives à la santé mentale au Québec en s'appuyant sur différents ouvrages pertinents. Ces différents documents de référence ont une influence sur l'ensemble des services qui sont offerts et conséquemment sur la pratique du psychoéducateur dans ce secteur.

Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être 2012

Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être fait état de l'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec (Gouvernement du Québec, 2012). De grandes recommandations ainsi que des mesures concrètes ont résulté de ces vastes travaux qui ont été effectués à l'aide d'études, de rapports d'analyse et de consultations auprès d'associations, de gestionnaires, d'usagers et de leurs familles, etc. Ce document peut être utile au psychoéducateur en santé mentale afin d'améliorer sa compréhension des besoins constatés au sein de la population, peu importe le milieu dans lequel il exerce. Le psychoéducateur pourra être éclairé sur les enjeux d'accès aux services, de promotion et de prévention, de la participation sociale et de la stigmatisation, entre autres.



[Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf)

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf



[Site du Commissaire à la santé et au bien-être Québec](http://www.csbe.gouv.qc.ca/accueil.html)

– utile pour trouver différents documents sur la santé et les services sociaux
<http://www.csbe.gouv.qc.ca/accueil.html>

Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

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

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a élaboré et mis en place en 2005 le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* (PASM 2005-2010) (MSSS, 2005). Ce plan d'action déterminait les tendances en santé mentale et ciblait les orientations des services à offrir à une clientèle en santé mentale. Il visait à offrir davantage de services de première ligne et mettait l'accent sur l'accès et la continuité des services auprès de toute personne atteinte d'un problème de santé mentale.

Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : *faire ensemble et autrement*

En 2015, un nouveau plan est déployé en continuité avec le précédent. Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020) (MSSS, 2015b) vise à mobiliser le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires autour de quatre grandes orientations, soit promouvoir la primauté de la personne, assurer des services adaptés aux jeunes, implanter des pratiques cliniques et de gestion en vue d'améliorer l'expérience des soins des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi qu'améliorer de façon continue la qualité des soins et des services en santé mentale et la performance.



[PASM 2005-2010](#)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>



[Évaluation du PASM 2005-2010](#)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>



[PASM 2015-2020](#)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>

Sites d'intérêt

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale : <http://aqrp-sm.org>

Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) : www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298

Institut national d'excellence en Santé et Services sociaux (INESSS) : www.inesss.qc.ca

Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) : www.iusmm.ca

Institut universitaire en santé mentale de Québec : www.institutsmq.qc.ca

Institut universitaire en santé mentale Douglas : www.douglas.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca

Organisation mondiale de la santé (OMS) : www.who.int/fr/

LA PRATIQUE DU PSYCHOÉDUCATEUR

La psychoéducation : une profession

Depuis 2000, les psychoéducateurs sont intégrés au système professionnel. Au départ, ils se sont joints à l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec pour constituer l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ). Le titre de psychoéducateur devient alors réservé et la maîtrise universitaire est exigée pour l'admission à l'Ordre. En 2010, un nouvel ordre professionnel a toutefois été constitué pour regrouper les psychoéducateurs seulement, soit l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ).

La modernisation des pratiques

Plus récemment, en septembre 2012, le projet de loi no 21 (PL n° 21), en modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, a permis de mieux établir le champ d'exercice des professionnels dont, notamment, celui des psychoéducateurs.

Cette modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines a eu une incidence importante pour plusieurs professions. La révision des champs d'exercice, la réserve d'activités préjudiciables auprès de clientèles particulièrement vulnérables et l'encadrement de la pratique de la psychothérapie sont des mesures qui ont pour but d'assurer la protection du public.



[Le Guide explicatif version janvier 2021](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf) (le Guide) portant sur le PL n° 21 est un outil intéressant pour s'approprier l'ensemble de ces modifications.
https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf



[Code des professions](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26)
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>

Le champ d'exercice

Le champ d'exercice de la psychoéducation « 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 environnement » (Office des professions du Québec, 2013).

Les activités réservées

Parmi les activités réservées au psychoéducateur par le PL n° 21, deux sont pratiquées en SMA :

- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- Décider de l'utilisation des mesures de contention et 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 les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.



[Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>

Le psychoéducateur exerce ces activités réservées en fonction de son champ d'exercice et en partage avec d'autres professionnels.

En plus des activités réservées, le PL n° 21 définit des activités qui ne le sont pas et que le psychoéducateur, comme tout autre intervenant, est libre d'exercer. De celles-ci, deux activités sont inhérentes à la pratique propre au psychoéducateur œuvrant en SMA, qu'il exerce en fonction de son champ d'exercice, soit l'appréciation et la contribution



L'appréciation est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments (Office des professions du Québec, 2013, p. 31).



La contribution renvoie à l'aide apportée à un professionnel dans l'exécution de l'activité réservée (Office des professions du Québec, 2013, p. 31).



[Précision quant à la notion de contribution](http://www.ordrepsy.qc.ca/~media/pdf/Publication/Prcisions%20sur%20la%20notion%20de%20contribution%2003062015.ashx?la=fr)

<http://www.ordrepsy.qc.ca/~media/pdf/Publication/Prcisions%20sur%20la%20notion%20de%20contribution%2003062015.ashx?la=fr>

La psychothérapie

De plus, le PL n° 21 a mis en place des dispositions générales qui encadrent de façon rigoureuse l'exercice de la psychothérapie et réserve désormais son exercice ainsi que le titre de psychothérapeute aux professionnels habilités. Les critères d'admissibilité au permis de psychothérapeute, désormais obligatoire, sont énoncés dans le site de l'Ordre des psychologues du Québec qui le délivre.

Ainsi, parmi les psychoéducateurs, ceux qui détiennent un permis de psychothérapeute peuvent exercer la psychothérapie. Cette compétence complémentaire s'avère un outil intéressant dans le contexte d'une pratique en santé mentale.



[Ordre des psychologues du Québec](https://www.ordrepsy.qc.ca/)

<https://www.ordrepsy.qc.ca/>

Le rôle général du psychoéducateur

Le psychoéducateur s'intéresse aux capacités et aux difficultés adaptatives de la personne de même qu'aux forces et aux difficultés liées à l'environnement. Il cherche à comprendre la personne au regard de ses interactions avec son entourage afin d'agir sur ses capacités et sur les conditions du milieu qui influencent son adaptation.

Pour ce faire, il utilise des modalités d'intervention qui lui sont propres et originales basées sur les données et les pratiques probantes de même que sur les différents modèles d'intervention reconnus.

Le rôle du psychoéducateur en santé mentale adulte

En santé mentale adulte, les activités du psychoéducateur visent l'atteinte, chez la personne, d'un fonctionnement optimal malgré le problème de santé mentale qui l'affecte ainsi que la réalisation d'un projet de vie valorisant. De façon générale, la finalité de ses interventions vise le développement de l'autonomie, l'intégration et la participation sociales ainsi que l'amélioration de la qualité de vie de la personne. C'est par l'actualisation des capacités adaptatives, l'utilisation du potentiel maximal de la personne, l'accompagnement direct dans différents milieux et l'animation d'activités psychoéducatives qu'il la soutient et l'accompagne, à travers le vécu partagé.

L'implication de l'entourage est généralement importante sur le plan de l'adaptation d'une personne et elle est déterminante pour une personne fragilisée par un problème de santé mentale. De plus, pour le psychoéducateur, les répercussions associées à un problème de santé mentale se manifestent dans les interactions entre l'individu et son environnement. Selon le cas, le psychoéducateur cherche à travailler avec l'entourage ou à soutenir la personne dans ses relations avec ses proches.

Par la création d'une relation significative avec la personne, le psychoéducateur cherche également à joindre des clientèles dont le niveau de complexité de la problématique est important et qui sont difficiles à atteindre ou non disposées à recevoir des services d'aide.

Des exemples de tâches et de fonctions sommaires assignées aux psychoéducateurs en SMA

Afin d'illustrer la pratique, voici quelques exemples de tâches et de fonctions qui peuvent être confiées à un psychoéducateur :

- Assumer des fonctions cliniques d'évaluation et d'intervention;
- Contribuer à déterminer un diagnostic;
- Évaluer les facteurs de risque et de protection, les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne en interaction avec son environnement;
- Élaborer un plan d'intervention, un plan d'intervention interdisciplinaire ou un plan de service individualisé;

- Concevoir, actualiser, analyser et évaluer des programmes en vue de la réadaptation de la personne, que ce soit individuellement ou en groupe;
- Procéder à l'évaluation globale de la personne;
- Utiliser les événements du quotidien à des fins psychoéducatives;
- Observer et analyser le comportement de la personne pour favoriser sa pleine participation à la vie résidentielle et communautaire;
- Identifier et évaluer les besoins d'apprentissage et de réadaptation de la personne;
- Analyser des problématiques particulières présentées par des clientèles ayant des problèmes complexes;
- Agir à titre d'intervenant pivot;
- Élaborer des programmes d'éducation (ou d'enseignement) et d'acquisition d'habiletés ainsi que des programmes de prévention et de réadaptation pour des individus ou des groupes d'individus;
- Agir en rôle-conseil ou en soutien clinique auprès des collègues, des équipes et des partenaires;
- Participer au développement et à l'adaptation d'outils cliniques;
- Collaborer au développement de programmes et de services;
- Contribuer à l'évaluation de la qualité des services;
- Collaborer à la recherche;
- Offrir de la formation.

SAVOIRS SPÉCIFIQUES, CONNAISSANCES REQUISES ET CADRE LÉGAL

Les connaissances liées à la clientèle

Le psychoéducateur qui exerce en santé mentale adulte doit s'approprier différents savoirs relatifs à la santé mentale et aux problématiques qui y sont associées.

La santé mentale et les troubles mentaux

De prime abord, le psychoéducateur doit être en mesure de situer ce que sont les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux. « Les problèmes de santé mentale se rapportent à des symptômes d'ordre mental et social » qui affectent le fonctionnement de la personne, tandis que « les troubles mentaux sont caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois), cliniquement reconnaissables et associées dans la plupart des cas à une importante détresse et à une interférence significative du fonctionnement personnel et social » (Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. 10).

Aussi, le psychoéducateur aura à se familiariser avec les manuels de classification utilisés par les professionnels habilités à poser un diagnostic psychiatrique comme le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2015) ou la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) (Organisation mondiale de la santé, 2010). Le psychoéducateur peut s'y référer afin de bien comprendre les symptômes associés à la condition de la personne et pouvant altérer son fonctionnement adaptatif. De plus, le psychoéducateur doit se familiariser avec l'étiologie des troubles ainsi qu'avec les pronostics.



Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) produit par l'Association américaine de psychiatrie (APA) ou *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Par ailleurs, la pratique du psychoéducateur en SMA nécessite de comprendre et d'intervenir auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale souvent associés à des problématiques diverses, par exemple : la dangerosité, le risque suicidaire, les dépendances, l'itinérance, la criminalité, les troubles neurodéveloppementaux, la déficience intellectuelle, les difficultés associées au vieillissement, les maladies dégénératives, etc. Selon son milieu de pratique, le psychoéducateur doit posséder des connaissances liées aux comorbidités et à leurs répercussions sur les problèmes de santé mentale afin d'améliorer sa compréhension globale de la personne.

Enfin, étant donné la réalité du milieu psychiatrique, le psychoéducateur aura à acquérir des connaissances concernant le langage médical, les traitements pharmacologiques, leurs effets sur la symptomatologie de la maladie et les effets secondaires possibles.

La stigmatisation et la discrimination sociale

En plus de vivre avec les symptômes, les personnes atteintes de maladie mentale sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination. Vécues sous différentes formes, elles ont des conséquences parfois très graves pour l'estime de la personne, nuisent à son intégration sociale ou réduisent l'accès de la personne à un travail ou à un logement. La stigmatisation et la discrimination peuvent aussi avoir une incidence sur l'accès aux services, décourageant parfois la personne de tenter de les obtenir. C'est pourquoi les différents plans d'action du MSSS et des associations s'unissent pour contrer ces phénomènes. Le psychoéducateur peut se référer aux documents suivants pour intégrer dans sa pratique des interventions visant la personne et la communauté.



[Association canadienne pour la santé mentale](https://cmha.ca/fr/documents/les-mythes-au-sujet-des-maladies-mentales/)

<https://cmha.ca/fr/documents/les-mythes-au-sujet-des-maladies-mentales/>



[Association québécoise de réadaptation psychosociale](http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf)

<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf>



[Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale](http://www.iusmm.ca/le-cerris/projet-cerris-cnesm/a-propos-du-projet.html)

<http://www.iusmm.ca/le-cerris/projet-cerris-cnesm/a-propos-du-projet.html>

Les modèles et approches reconnus¹

En plus de la perspective écosystémique de l'adaptation sur laquelle s'appuie la psychoéducation, les psychoéducateurs en SMA se réfèrent à plusieurs grands modèles et approches reconnus. Parmi ceux-ci se trouvent le modèle biopsychosocial de même que les approches orientées vers le rétablissement et la pleine citoyenneté, cognitivo-comportementale, par les forces, motivationnelle et collaborative.

Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial propose une vision intégrée et multidimensionnelle des troubles mentaux et des traitements associés. Le modèle s'intéresse donc aux causes biologiques (conditions médicales, antécédents familiaux ou génétiques, réactivation physiologique), psychologiques et sociales pouvant expliquer les problèmes de santé mentale. Il s'agit dans ce modèle d'une causalité circulaire et interactive qui permet d'orienter le diagnostic (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2011). Par ailleurs, s'appuyer sur ce modèle implique la nécessité du travail en interdisciplinarité, ou autrement dit, en collaboration interprofessionnelle. Une pluralité d'interventions dans le cadre de soins individualisés et coordonnés de manière efficace, permet d'offrir des soins adaptés aux besoins de la personne, selon les lieux où ils sont prodigués, en fonction de l'évolution de l'état de santé mentale de la personne et des conditions sociales et affectives dans lesquelles elle évolue.

¹ Les psychoéducateurs, comme tous les autres intervenants, peuvent s'appuyer sur divers approches et modèles reconnus. Toutefois certaines interventions préconisées dans ces approches ou modèles constituent l'exercice de la psychothérapie. Il importe alors que le psychoéducateur qui n'est pas psychothérapeute en fasse la distinction et veille à ce que son travail reste dans son champ d'exercice. Rappelons que seuls les détenteurs de permis de psychothérapeutes peuvent faire l'exercice de la psychothérapie.

À titre informatif, l'annexe 5 présente une description succincte de la contribution du psychoéducateur dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle.

L'approche orientée vers le rétablissement et la pleine citoyenneté

La transformation des services et des politiques de santé mentale suit un courant dominant centré sur le rétablissement (National Institute of Mental Health in England [NIMHE], 2005). Essentiellement, l'approche orientée vers le rétablissement reconnaît la personne dans sa globalité et la considère au centre de son processus de rétablissement. Selon Lagueux (2007, cité dans le site de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale), le rétablissement est « un processus unique débutant là où la personne décide de ne plus donner à la maladie le pouvoir de contrôler toute sa vie. C'est la redécouverte de soi, de ses capacités et de ses rêves tout en se donnant de nouvelles possibilités, et cela, avec ou sans la présence de limites et de symptômes engendrés par la maladie mentale. C'est l'espoir d'une vie meilleure ». Les éléments qui composent le processus de rétablissement permettent de guider les actions, le soutien et les soins à offrir aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

L'approche orientée vers le rétablissement met l'accent sur la démarche personnelle de réappropriation du pouvoir des personnes ayant une expérience de vie en lien avec la santé mentale et sur la reconnaissance du savoir expérientiel. Le courant de la psychiatrie citoyenne, tout en ayant des valeurs et des principes communs au rétablissement, interpelle davantage l'aspect sociopolitique et la démarche collective, en s'attardant notamment aux représentations sociales de la maladie mentale et en intensifiant la lutte à la stigmatisation. Il convie aussi les communautés locales, donc les citoyens, les différents acteurs sociaux et les représentants politiques, à assumer leur part de responsabilité et à ouvrir l'espace citoyen afin de permettre une réelle inclusion sociale pour tous.

On peut définir la citoyenneté en tant qu'amalgame des droits, des responsabilités, des rôles, des ressources et des relations auxquels les personnes en rétablissement peuvent avoir accès au sein des institutions publiques et sociales, de même qu'au sein de la vie associative et communautaire informelle (Rowe et Pelletier, 2012).

Le PASM 2015-2020 propose différents moyens permettant de mettre en place des conditions visant l'exercice de la pleine citoyenneté, dont l'accès au logement et à l'hébergement, le soutien au parcours scolaire pour les jeunes atteints d'un trouble mental, l'implication sociale et l'intégration professionnelle (mesure 2 à 8, MSSS, 2015b). Outre ces mesures, la participation active des personnes utilisatrices de services et leur proche dans la planification et l'organisation de services est mise de l'avant. Les personnes ayant un problème de santé mentale et leurs proches participent, par exemple, à des tables de concertation d'établissements ou d'organismes communautaires, des conseils d'administration, des comités d'usagers, des comités d'équipes cliniques, etc.

Outre ces mesures, l'intégration d'un pair aidant à titre de membre des équipes professionnelles permet de favoriser le rétablissement de la personne avec un problème de santé mentale, mais également de diminuer la stigmatisation vécue par ces personnes.



Un **pair aidant** est une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les personnes utilisatrices de services (MSSS, 2015b.p.16).



[Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale](http://www.iusmm.ca/le-cerris/meilleures-pratiques/retablissement.html)
www.iusmm.ca/le-cerris/meilleures-pratiques/retablissement.html

L'approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale s'attarde aux processus cognitifs et à leur influence sur les comportements. L'approche s'intéresse donc au caractère rationnel et réaliste des pensées, à la régulation des émotions, à la gestion du stress et au développement de stratégies adaptatives et comportementales efficaces (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2015).

La troisième vague de l'approche cognitivo-comportementale est de plus en plus présente dans l'intervention en SMA. Elle comprend la thérapie d'acceptation et d'engagement, l'approche de pleine conscience et la thérapie dialectique comportementale.

L'approche par les forces

L'approche par les forces est un modèle d'intervention qui met l'accent sur l'individu en le considérant comme une personne et non un patient ou un client. Cette approche a été développée dans les années 1980 par Charles A. Rapp et des collègues de l'Université du Kansas. L'approche par les forces s'appuie sur des valeurs et des principes qui visent à favoriser l'atteinte des objectifs personnels de l'individu. Elle met en valeur les différentes possibilités de la personne et les ressources de son milieu plutôt que de se centrer sur le problème ou les contraintes de la personne et de son environnement.



Rapp, C.A. et Goscha, R.J. (2006). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.



Rapp, Charles A. (2004). « Le suivi communautaire : approche axée sur les forces », dans R. Énard et T. Aubry (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, p. 31-65.

L'approche motivationnelle

L'approche motivationnelle consiste à soutenir la personne dans sa motivation au changement. L'approche définit les différents stades du processus de changement, utilise les valeurs de la personne comme levier d'intervention, identifie les facteurs qui maintiennent les résistances et met également en lumière l'importance du discours et de l'attitude de l'intervenant dans le processus de changement (Naar-King et Suarez, 2011). L'approche permet la création d'un contexte qui favorise la motivation, la mobilisation au changement et le développement de l'autocritique.



[L'entretien motivationnel](http://www.entretienmotivationnel.org)
www.entretienmotivationnel.org

L'approche collaborative

La collaboration interprofessionnelle inscrite au PASM 2015-2020 est au centre des pratiques du psychoéducateur en santé mentale adulte. La pratique collaborative met en lumière la complexité du travail d'équipe ainsi que l'importance de clarifier des rôles entre les professionnels et de souligner les enjeux particuliers liés à la communication. La collaboration et le partenariat entre professionnels permettent d'offrir des services concertés et centrés sur les besoins de la personne et de ses proches.

« Les soins axés sur la collaboration impliquent des prestataires de différentes spécialités, disciplines ou secteurs qui travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires et du soutien mutuel et pour assurer que les individus reçoivent le service le plus approprié, du prestataire le plus approprié, dans l'endroit le plus convenable, le plus rapidement possible et avec un minimum d'obstacles. La collaboration peut impliquer une meilleure communication, des contacts personnels plus étroits, le partage des soins cliniques, des programmes d'éducation communs et/ou les programmes communs et la planification de systèmes » (Craven et Bland, 2006, p. i).



[Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

Le patient partenaire

Depuis quelques années, l'évolution des approches en Santé et Services sociaux au Québec tend vers l'inclusion du patient et de ses proches comme partenaires de soins et de services. Les connaissances et les compétences du patient sont mises à contribution à différents niveaux. Que ce soit pour l'organisation de ses propres soins et services, les processus d'amélioration continue des différentes trajectoires et offres de services ou l'enseignement et la recherche, le patient partenaire devient un incontournable.

Le patient partenaire est une « Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie. » (RUIS, 2014 p.11)

Différents contextes d'exercice du partenariat de soins et de services, outils et compétences requises sont abordés dans le « Guide d'implantation du partenariat de soins et de services ». Ces exemples cliniques pourront inspirer le psychoéducateur en SMA et lui permettre de devenir un acteur important au cœur de ces changements de pratique : les fondements de la psychoéducation étant déjà centrés sur le projet de vie de la personne, le psychoéducateur est certainement un acteur important pour l'évolution des pratiques collaboratives qui fait valoir le rôle du patient partenaire.



[Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services.](http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf)
http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Le cadre légal

Différentes lois encadrent la pratique du psychoéducateur, et certaines s'appliquent plus particulièrement lorsqu'il exerce auprès d'une clientèle en SMA.

Dans le cadre de son travail, le psychoéducateur doit connaître ce qui se rapporte au régime de protection, au consentement aux soins, à l'ordonnance de traitement, à la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et à la non-responsabilité criminelle en raison de l'état mental.

Ainsi, il doit se référer au Code civil du Québec, à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), aux lois sur la protection des renseignements personnels et sur l'accès, à la loi communément appelée P-38.001, qui complète les dispositions du Code civil du Québec sur la garde et la protection des personnes, et à la *Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle*.



[Guide pratique sur les droits en santé mentale](#)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-914-05F.pdf>



[Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale](#)

www.aqpamm.ca

Le régime de protection

Le psychoéducateur en SMA peut être amené à travailler auprès de personnes qui sont sous un régime de protection, en tutelle ou curatelle privée ou publique. Le régime de protection implique que l'exercice des droits et libertés de la personne ayant un problème de santé mentale lui est limité, en tout ou en partie, en raison de son inaptitude totale ou partielle à prendre soin d'elle ou de son incapacité à gérer ses biens. L'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection est une activité réservée aux travailleurs sociaux et la partie médicale, aux médecins. Le psychoéducateur, les proches ou les autres intervenants sont généralement impliqués au quotidien au moment de la collecte de données en lien avec l'autonomie de la personne, de même qu'au moment de l'actualisation des conditions du régime de protection (Office des professions du Québec, 2013).



[Site Web du Curateur public](#)

www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/index.html

Le consentement aux soins et l'ordonnance de traitement

- Le consentement

Au Québec², nul ne peut être soumis à des soins ou traitements sans son consentement et toute personne est présumée apte à consentir à des soins. Si cette personne est jugée inapte, la loi oblige le professionnel de la santé à obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom.

² Article 11 du Code civil du Québec

La personne présentant un problème de santé mentale peut être jugée inapte à consentir. Le consentement est alors donné par son représentant légal : le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si elle n'a pas de représentant légal, le consentement pourrait être donné par le conjoint, ou en l'absence de celui-ci, par un proche³. Une personne est considérée « inapte à consentir » lorsqu'un médecin a évalué son incapacité à prendre des décisions éclairées quant aux soins requis par son état, au moment où ils le sont.

- **L'ordonnance de traitement**

Une autorisation du tribunal pourrait être requise lorsque la personne jugée inapte refuse catégoriquement un traitement, une médication ou des soins qu'on veut lui donner. Et ce, malgré que la personne autorisée (mandataire, tuteur, conjoint ou proche) y consente. L'ordonnance peut aussi être nécessaire dans les situations où la personne autorisée est impossible à joindre ou qu'elle refuse de donner un consentement, alors que l'équipe soignante juge que cela peut causer du tort à la personne. L'établissement ou le médecin s'adresse à la Cour supérieure pour obtenir une ordonnance de traitement.

Seules exceptions, en cas d'urgence ou s'il s'agit de soins d'hygiène, l'ordonnance n'est pas requise. L'ordonnance de traitement se base sur le jugement du psychiatre ayant déposé la demande, auquel le psychoéducateur peut être appelé à contribuer par ses observations et son évaluation. L'ordonnance est appliquée par l'équipe traitante médicale et psychosociale et pourra généralement être valide de un à cinq ans.



[Code civil du Québec](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991)

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>



[Guide pratique sur les droits en santé mentale](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf>

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001)

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001) s'applique à toute personne qui présente, à un moment donné, un danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui. Cette loi d'exception permet de passer outre le consentement de la personne et de mettre en place différentes mesures, dont la garde en établissement, qu'elle soit préventive, provisoire ou autorisée. Le jugement de la Cour en détermine la durée, mais la personne sous garde doit cependant être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, et ce, même si la période fixée par la Cour n'est pas expirée.

Dans le cadre de l'application de cette loi, les policiers sont le plus souvent appelés à estimer le danger lié à l'état mental de la personne et à déterminer si elle doit être amenée en établissement de santé contre son gré et sans autorisation judiciaire. En vertu de cette même loi, le psychoéducateur, agissant à titre d'intervenant d'un service d'aide en situation de crise, peut procéder lui-même à cette estimation, par

³ Article 15 du Code civile du Québec

l'observation et l'identification de comportements et de faits. Le psychoéducateur doit agir avec prudence, discernement et diligence. Il est donc nécessaire qu'il maîtrise les outils d'estimation de la dangerosité.

Le psychoéducateur peut aussi être appelé à soutenir la famille ou à diriger ses membres vers des organismes spécialisés venant en aide aux proches des personnes atteintes d'un problème de santé mentale.



[P-38.001](#)

www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001



[Douglas, section Infos santé mentale](#)

www.douglas.qc.ca/info/presenter-un-danger-pour-soi-meme-ou-pour-autrui

La *Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle*, loi modifiant le Code criminel

Le Tribunal administratif du Québec (TAQ) comprend la commission d'examen des troubles mentaux (CETM), qui a comme mandat d'évaluer le danger que représente une personne, accusée d'avoir commis une infraction criminelle, pour la société en fonction de son état mental.

Le psychoéducateur en SMA peut intervenir auprès de personnes ayant été jugées non responsables d'un acte criminel qu'elles auraient commis en raison de leur état mental. Il peut également être appelé à collaborer avec l'agent du TAQ responsable du suivi d'une personne à qui le TAQ aura imposé un suivi ou un traitement en SMA dans la communauté. De plus, lorsque cette personne passe devant le TAQ, le psychoéducateur peut être appelé à se présenter en audience et à donner son avis professionnel au juge sur le respect au quotidien des conditions imposées par le TAQ ainsi que sur l'évolution de la personne dans le cadre de son plan de réadaptation.

La CETM peut, dans certaines situations, déléguer au responsable de l'établissement de santé le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les conditions de libération de l'accusé. Le psychoéducateur pourra, selon les circonstances, participer à l'application de la délégation de pouvoir.



[Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle](#)

http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2014_6/page-1.html

PORTRAIT DE LA PRATIQUE ACTUELLE EN SANTÉ MENTALE ADULTE

Un portrait de la pratique des psychoéducateurs en santé mentale adulte a été dressé en 2014 à l'aide d'un sondage envoyé aux membres de l'Ordre pratiquant auprès de cette clientèle. Plus de 150 membres y ont répondu. Les résultats permettent de présenter ici un aperçu du travail des psychoéducateurs auprès de cette clientèle.

Des réponses obtenues, il ressort que plus de la moitié des psychoéducateurs en SMA travaillent dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2014. Les autres milieux où on les retrouve sont les organismes communautaires, le milieu carcéral, les centres de réadaptation en dépendance ou en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, les établissements d'enseignement et les services spécialisés. De plus, la grande majorité des psychoéducateurs ayant mentionné avoir une pratique privée le fait en complémentarité avec un autre emploi.

Avec le plan d'action ministériel (PASM, 2005-2010), les services de Santé et Services sociaux ont vu se déployer de façon importante les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de soutien d'intensité variable (SIV). Ce sont 43 % des répondants travaillant en CSSS qui se trouvent dans ce type d'équipe, alors que 26 % œuvrent en santé mentale de première ligne et 17 % en deuxième ligne. Par ailleurs, encore très peu de psychoéducateurs travaillent en milieu hospitalier ou en centre d'hébergement.

Puisque le psychoéducateur voit le groupe comme un levier pertinent d'intervention, il n'est pas surprenant de constater que près de la moitié des répondants utilise tant l'intervention de groupe que l'intervention individuelle dans leur pratique. De plus, il ressort du sondage que le vécu partagé, l'accompagnement, l'entretien téléphonique et l'évaluation sont des pratiques généralisées, contrairement aux rencontres familiales et avec l'entourage ou à la psychothérapie, qui sont des pratiques plus propres à certains psychoéducateurs. Il est important de rappeler ici que la pratique de la psychothérapie par le psychoéducateur exige un permis particulier à cet effet, lequel est délivré par l'Ordre des psychologues du Québec.

Quant aux diagnostics de santé mentale présentés par la clientèle adulte, ils sont variés. Ainsi, on trouve le trouble psychotique, le trouble anxieux, le trouble d'adaptation, le trouble de l'humeur ou les troubles de la personnalité. De plus, ils sont souvent présents en comorbidité. Par ailleurs, 50 % des psychoéducateurs répondants œuvrent auprès d'une clientèle sans diagnostic, mais aux prises avec des symptômes importants.

Enfin, les modèles, les approches et les courants théoriques les plus utilisés par les psychoéducateurs en santé mentale adulte sont le modèle biopsychosocial, l'approche cognitivo-comportementale, l'approche par les forces, l'approche orientée vers le rétablissement, l'entretien motivationnel et la réduction des méfaits. Plusieurs autres approches et modèles ont été également répertoriés, témoignant de la grande variété des interventions dont se dotent les psychoéducateurs.

Les clientèles desservies par les psychoéducateurs en SMA

Afin d'illustrer la variété des clientèles auprès desquelles le psychoéducateur en SMA est appelé à travailler, cinq cas cliniques fictifs sont présentés. Ils fournissent des exemples d'applications concrètes de l'intervention psychoéducative en SMA.

Vignettes cliniques⁴

Diane

La description de la situation problématique

Diane a 50 ans, elle est séparée et vit seule depuis 12 ans. Elle a perdu son emploi de secrétaire dans une petite entreprise de design de mode il y a cinq ans, en raison de restructurations. Elle a fait différentes tentatives de retour au travail, sans succès. Par ailleurs, elle entretient des contacts irréguliers avec ses deux garçons de 25 et 30 ans. Diane a une amie, sa voisine, à qui elle se confie et qui l'aide sur le plan de ses déplacements (p. ex. : aller à l'épicerie). Diane souffre d'isolement. Elle a peu de loisirs et, depuis plusieurs mois, elle ne sort pas de chez elle, sauf pour aller faire ses courses et pour assister à ses rendez-vous médicaux. Diane est évaluée par un psychiatre qui conclut à un épisode de dépression majeure. Le médecin de famille met en place le traitement pharmacologique recommandé par le psychiatre. Diane demande de l'aide au CLSC : les symptômes dépressifs perdurent et elle se sent plus déprimée depuis plusieurs mois. Elle a des idées suicidaires sans planification. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide.

Sylvain

La description de la situation problématique

Sylvain, 45 ans, entame une cinquième peine fédérale (de cinq ans) pour des délits de vols qualifiés. Il a été diagnostiqué avec un trouble de la personnalité limite et antisociale, et a un problème de toxicomanie. En communauté, Sylvain fonctionne difficilement. Son quotidien est empreint d'une grande instabilité relationnelle (plusieurs relations conjugales, rupture des liens avec ses deux enfants), professionnelle (plusieurs pertes d'emplois) et résidentielle. L'historique de ses incarcérations précédentes révèle des difficultés d'adaptation, dont des relations conflictuelles avec les autres détenus, des réactions et des gestes impulsifs ainsi que des désorganisations comportementales qui l'amènent à de nombreux épisodes d'isolements. Il regrette ses comportements impulsifs après coup. Au cours de ces désorganisations, Sylvain peut s'automutiler. Il compte déjà deux tentatives de suicide par pendaison, à la suite de ruptures amoureuses.

Le psychologue qui assure le suivi de Sylvain en pénitencier lui propose d'aller dans un centre de traitement en santé mentale pour améliorer son niveau de fonctionnement. Sylvain accepte, car il est découragé et fatigué de répéter toujours les mêmes comportements problématiques. Il fait donc une demande pour être admis au centre de traitement.

⁴ Les vignettes dans leur ensemble se retrouvent en annexe 3

Marie

La description de la situation problématique

Marie est une femme de 36 ans, célibataire et sans enfant. Elle vit en logement autonome depuis sa majorité. Elle habite le même appartement depuis 11 ans. Elle est en couple avec son voisin. Dans la dernière année, elle a consulté et a été hospitalisée à plusieurs reprises à l'urgence psychiatrique, car elle se sentait persécutée et pensait être victime de harcèlement. Les impressions diagnostiques du psychiatre font mention de psychose toxique au moment de la dernière hospitalisation. À plusieurs occasions, des références sont faites afin que Marie puisse recevoir un traitement thérapeutique lié au problème de consommation. Marie ne complète jamais de telles démarches.

Un dernier épisode de consommation l'amène de nouveau à l'urgence psychiatrique, car des hallucinations kinesthésiques et auditives la perturbent. Elle a des idées délirantes de persécution et croit que des complots se trament contre elle. Elle refuse catégoriquement de retourner vivre à son appartement, croyant avec certitude que le plan de son exécution allait se produire. Dans ce contexte, Marie accepte d'être dirigée vers les services du Centre de réadaptation en dépendance (CRD), programme de santé mentale, dans le service d'hébergement dépannage. Marie est traitée avec un antipsychotique par injection aux quatre semaines depuis sa dernière hospitalisation.

Louis

La description de la situation problématique

Louis est un homme de 34 ans ayant un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Il est passé d'une ressource de type familial à la vie en logement autonome avec le soutien de l'équipe de suivi intensif. Cette dernière l'aide à faire la difficile transition depuis huit ans. Louis est sous régime de protection (tutelle aux biens et à la personne) avec le Curateur public du Québec. Il est méfiant et présente des hallucinations auditives contrôlées partiellement par la médication. Louis ne manifeste aucune autocritique envers sa maladie, mais ne s'oppose pas à la prise de médication. L'équipe du suivi intensif passe du lundi au samedi pour lui livrer sa médication, car Louis a tendance à oublier certaines doses. Il consomme du cannabis et des amphétamines sur une base régulière et est vulnérable aux abus divers.

Sans stimulation et encadrement, Louis néglige aussi bien son hygiène personnelle que l'entretien de son logement. Il consomme principalement des repas déjà préparés ou congelés et manque fréquemment de nourriture si un intervenant ne supervise pas ses achats à l'épicerie. Les pairs de Louis pourraient profiter de sa vulnérabilité. Louis est peu à l'aise en public et vit beaucoup d'anxiété dans ces moments, ce qui l'amène à adopter des comportements inappropriés (p. ex. : cracher par terre à l'épicerie). Des craintes irrationnelles l'empêchent souvent de sortir de chez lui (froid intense, vents forts, se faire agresser), ce qui lui fait manquer des rendez-vous importants.

La description de la situation problématique

Fernand, 38 ans, est hospitalisé dans un institut psychiatrique depuis plusieurs années. Depuis peu, il a été transféré dans une nouvelle unité de soins. Il présente des symptômes délirants paranoïdes, ce qui fausse ses interprétations de la réalité. Il a des déficits cognitifs importants, un trouble de la personnalité antisociale, un historique de violence et un problème d'impulsivité. Fernand présente également de sérieux problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Le psychiatre soupçonne des lésions neurologiques attribuables à de nombreuses intoxications à des produits chimiques et à de la vapeur d'essence ou de solvant. Fernand est originaire d'un milieu socioéconomique pauvre et il a grandi dans un milieu familial dysfonctionnel. Les parents présentaient des problèmes de toxicomanie. Fernand a été retiré du milieu familial à la suite d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse. Il a vécu plusieurs placements au cours de son enfance. Il lui est difficile de recevoir les refus et de tolérer les délais. Dans ses interactions avec ses pairs, il perçoit souvent de la provocation à laquelle il répond par la violence. La semaine dernière, il a injurié le personnel, a menacé de frapper certains intervenants et a agressé un autre résident.

PSYCHOÉDUCATEUR EN SANTÉ MENTALE ADULTE ET PROFIL DES COMPÉTENCES

« Le profil des compétences générales constitue la pierre d'assise » (OPPQ, 2003) de la pratique professionnelle et sert de cadre de référence permettant au psychoéducateur de guider ses actions et de se conformer quant aux compétences professionnelles attendues.

En effet, le profil des compétences fournit entre autres des balises quant aux mandats et aux différentes tâches attribuées au psychoéducateur.

Cette section du cadre de référence tente d'illustrer la manière dont les actions propres au psychoéducateur en santé mentale adulte s'actualisent, et ce, en conformité avec le profil de compétences générales. Celles-ci sont abordées en matière d'évaluation, d'intervention et d'exercice du rôle-conseil, précisant en premier lieu la nécessaire question du mandat donné au psychoéducateur en SMA.



Pour plus de précisions sur le profil de compétences du psychoéducateur :

[Le profil des compétences générales des psychoéducateurs](http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Le_profil_des_comp__tences_g__n__rales__des__psycho__ducateurs.ashx?la=fr)

http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Le_profil_des_comp__tences_g__n__rales__des__psycho__ducateurs.ashx?la=fr

Préciser le mandat

De façon générale, la finalité des mandats confiés au psychoéducateur vise la réappropriation du pouvoir de la personne sur ses sphères de vie, la valorisation de ses rôles sociaux et la participation citoyenne, ce qui inclut l'exercice de ses droits et de ses responsabilités.

Les mandats varient grandement selon les divers milieux d'intervention, le niveau d'intensité de la problématique et les conséquences des problèmes de santé mentale sur le fonctionnement de la personne. De plus, le psychoéducateur peut assumer la responsabilité d'un ensemble de services auprès de la personne ou se voir confier un mandat ciblé en lien avec une problématique particulière.

Le psychoéducateur s'assure toujours de la compréhension de son mandat par la personne afin de susciter sa participation et son implication dans le processus d'intervention.



Le spécifique du psychoéducateur au sein d'une équipe multidisciplinaire de santé mentale de première ligne (OPPQ, 2009).

À titre d'exemple, voici quelques mandats pouvant être attribués au psychoéducateur.

Mandats en lien avec la personne :

- Évaluer les capacités adaptatives d'une personne atteinte d'un trouble mental attesté par un diagnostic dans le but d'établir le pronostic et d'élaborer un plan d'intervention;
- Évaluer l'effet d'une modalité d'intervention (p. ex. : pharmacologique ou de réadaptation) sur les manifestations comportementales, et documenter le fonctionnement de la personne afin de contribuer avec l'équipe multidisciplinaire à la mise en place d'une intervention, d'un plan d'intervention ou d'un plan de service;
- Favoriser une prise de conscience de l'influence des symptômes sur l'adaptation par de l'éducation psychologique;
- Intervenir de façon à prévenir les situations de crise, les désorganisations comportementales et la nécessité de recourir à l'hospitalisation;
- Effectuer des interventions en situation de crise;
- Soutenir la personne dans ses capacités à vivre en logement autonome ou supervisé;
- Favoriser la participation et l'intégration de la personne à la vie communautaire et sociale (p. ex. : accompagner la personne dans une démarche d'insertion aux études ou au travail, ou à l'intérieur d'activités sociales ou de bénévolat).

Mandats en lien avec l'environnement :

- Faciliter la mise en place de modalités concertées auprès des membres du réseau social afin de renforcer leurs capacités à s'adapter aux difficultés de la personne et à soutenir celle-ci dans l'objectif de favoriser l'acquisition, le maintien et la généralisation des acquis de cette personne;
- Planifier, organiser et animer des activités de groupe portant sur différentes problématiques en santé mentale;
- Favoriser la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes de santé mentale auprès de la population et d'organisations;
- Assumer un rôle-conseil auprès d'acteurs ou d'organisations (p. ex. : ressource d'hébergement, famille d'accueil, équipe de soins CHSLD).

Mandat en lien avec la personne et l'environnement :

- Agir à titre d'intervenant pivot



L'intervenant pivot est celui qui coordonne les soins et les services autour de la personne qui les requiert. Lui prodiguant lui-même des soins ou des services, il connaît les besoins de la personne, les ressources auxquelles elle peut avoir recours et les soins et les services qu'elle pourrait nécessiter. L'intervenant pivot est au cœur de la collaboration interprofessionnelle (MSSS, 2005).

Vignettes cliniques⁵

Diane

Le mandat auprès de Diane

Dans le contexte d'une équipe de santé mentale de première ligne, la psychoéducatrice est appelée à évaluer et à intervenir auprès de Diane afin de l'aider à retrouver un meilleur fonctionnement adaptatif. En plus de ses interventions psychoéducatives dans un cadre des soins et de services de collaboration, la psychoéducatrice est aussi appelée, en cours de suivi, à documenter l'effet de la médication sur la symptomatologie (communiquer ses observations au médecin et accompagner Diane à le faire).

Sylvain

Le mandat auprès de Sylvain

Au centre de traitement de santé mentale, le mandat du psychoéducateur est d'abord de participer à l'évaluation de l'admissibilité de Sylvain au programme des troubles de la personnalité. Par la suite, le psychoéducateur aura à évaluer son fonctionnement adaptatif. Enfin, il devra élaborer un plan d'intervention, toujours en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, intervenir individuellement auprès de Sylvain et animer des ateliers de groupe sur des problématiques précises.

Marie

Le mandat auprès de Marie

La prise en charge de Marie dans le contexte du dépannage est partagée entre l'équipe de réadaptation du Centre de réadaptation en dépendance et l'équipe traitante. À titre d'intervenante pivot, la psychoéducatrice évalue la nature et l'intensité des services requis. La psychoéducatrice collabore avec l'infirmière et la travailleuse sociale du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) qui assurent le suivi de la condition physique et mentale ainsi que le suivi psychosocial. Elle travaille en interdisciplinarité tant sur le plan de l'évaluation que du suivi avec les professionnels entourant Marie. Elle rencontre Marie pour mieux comprendre la symptomatologie présentée. De plus, elle évalue l'altération de son fonctionnement dans différentes sphères de vie. Elle évalue aussi les capacités d'adaptation de Marie, afin de mieux saisir les enjeux liés à son retour à domicile.

⁵ Les vignettes dans leur ensemble se retrouvent en annexe 3

Louis

Le mandat auprès de Louis

L'équipe de suivi intensif dans le milieu est une équipe interdisciplinaire composée de différents professionnels visant à soutenir les personnes ayant des troubles graves de santé mentale. Louis est référé à l'équipe dans l'optique d'un passage d'une ressource d'hébergement de type familial à un logement autonome.

Le mandat donné à la psychoéducatrice est d'évaluer et de favoriser le développement des capacités adaptatives de Louis. Il consiste également à intervenir sur le plan du développement de l'autonomie de Louis dans le cadre des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités de la vie domestique (AVD), ainsi que sur le plan des comportements problématiques qu'il manifeste particulièrement dans les contextes sociaux.

Fernand

Le mandat auprès de Fernand

À la suite de son agression sur un autre résident, Fernand a été mis en isolement dans le cadre d'une intervention non planifiée, puisque l'évaluation de son comportement signalait un danger imminent pour autrui. C'est pourquoi, rapidement, une analyse postsituationnelle en équipe interdisciplinaire a été réalisée et le plan d'intervention a été revu avec l'utilisateur.

L'équipe clinique (psychiatre, psychoéducateur, psychologue, criminologue, éducateurs spécialisés et infirmières) travaille à mettre en place un plan d'intervention pour permettre à Fernand de développer des stratégies d'adaptation qui pourraient l'aider à se contenir et à éliminer les comportements d'agression.

À la suite de l'agression qu'il a commise sur un autre patient, et compte tenu du fait que Fernand a un comportement présentant un danger réel pour autrui et susceptible de se répéter, le psychiatre a prescrit, avec le consentement du patient, une mesure de contrôle planifiée.

Dans un premier temps, le psychiatre a rencontré Fernand pour écouter son point de vue sur la situation et planifier avec lui des moyens pour l'aider à faire face aux situations qui l'amènent à avoir un comportement qui présente un risque de lésion pour autrui.

Le psychiatre discute avec lui des possibilités qu'il entrevoit quant à la modification de sa médication et lui propose aussi, entre autres, le soutien d'un psychoéducateur qui pourrait l'aider à composer avec les stress de son environnement.

Évaluer de manière rigoureuse et en accord avec le mandat reçu

« L'évaluation du psychoéducateur consiste à porter un jugement clinique dans le cadre d'un processus qui 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 son réseau. Le psychoéducateur documente et appuie son analyse notamment par de l'observation participante, réalisée dans le cadre du vécu privilégié avec la personne. Le psychoéducateur établit un pronostic sur les capacités adaptatives de la personne dans le but de déterminer et de mettre en œuvre le plan d'intervention qui en découle » (Office des professions du Québec, 2013, p. 18).

L'évaluation psychoéducative en santé mentale est une activité complexe. Elle s'actualise dans des contextes variés et auprès de clientèles vulnérables ayant des besoins particuliers. Elle nécessite donc des connaissances, des compétences et des habiletés spécifiques en raison du risque de préjudice associé.



En santé mentale adulte, l'évaluation psychoéducative doit également prendre la mesure des répercussions de la problématique de santé mentale de la personne sur son fonctionnement. Elle vise ainsi à départager les manifestations comportementales qui appartiennent à un problème d'adaptation de celles découlant spécifiquement d'un trouble de santé mentale. L'analyse des données recueillies et la compréhension de la situation problématique permettront de déterminer les interventions appropriées à mettre en place auprès de la personne et de son environnement. Celles-ci prendront en considération le niveau de convenance⁶ des défis adaptatifs qui seront proposés.

L'évaluation du psychoéducateur est complémentaire, selon son champ d'exercice, à celle des autres professionnels de son équipe. Il partage donc son expertise avec eux et s'assure que sa contribution favorise l'atteinte des objectifs communs.

Identifier les centrations et les contextes d'observation, associer la personne et son entourage et déterminer une méthode

La collecte de données comprend, entre autres, les éléments suivants : la nature de la demande de services, le dossier antérieur, ce qui est rapporté comme problématique par la personne, l'entourage et les intervenants impliqués, le cas échéant, le niveau de dangerosité et le cadre légal. La collecte de données permet de faire ressortir l'historique de la problématique et ses manifestations comportementales, le niveau d'autocritique et les forces de la personne afin de mieux cerner la problématique.

À partir de cette compréhension, le psychoéducateur détermine les centrations et les contextes d'observation pertinents à l'évaluation proprement dite. Les centrations d'observation doivent permettre de recueillir des informations détaillées et spécifiques sur le plan de la personne (facteurs individuels) et de

⁶ Réfère au niveau de convenance tel que défini à la page 32

son environnement (facteurs environnementaux liés au milieu de vie de la personne). Elles pourront varier selon les approches et les modèles théoriques reconnus.

Exemples de centrations d'observation :

- L'affect;
- L'autorégulation des émotions;
- Les interactions avec l'entourage;
- Le fonctionnement en groupe;
- Les habitudes de vie;
- Les effets de la médication;
- Le contact avec la réalité;
- Le sentiment d'efficacité personnelle pour surmonter les difficultés;
- La motivation au changement;
- Les conditions ayant déjà favorisé un succès dans le passé;
- Les activités de la vie domestique et quotidienne.

Les contextes d'observation, pour leur part, seront déterminés en fonction des milieux de vie et privilégiés par pertinence, que ce soit à domicile, dans la communauté, dans un centre hospitalier, en résidence institutionnelle, dans un organisme communautaire, au bureau du psychoéducateur, etc.

L'implication de la personne et de son entourage dans l'ensemble du processus a généralement une incidence significative sur son adaptation. Cela se révèle particulièrement vrai en SMA, en raison des fragilités de la personne atteinte et des conséquences du problème de santé mentale sur ses interactions avec son environnement. Le psychoéducateur cherche donc, avec le consentement de la personne, à susciter la contribution de l'entourage au processus d'évaluation de même qu'aux interventions proposées, ce qui constitue un défi particulier du travail auprès de cette clientèle.

Outre les centrations et les contextes d'observation, le psychoéducateur détermine une méthode d'évaluation. Il a recours à l'évaluation fonctionnelle et, parfois, à l'évaluation normative, pour laquelle il peut utiliser différents outils standardisés.

Dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle, le psychoéducateur utilise l'observation participante, qui occupe une place majeure dans la contribution distinctive du psychoéducateur en SMA.



Observation participante :

L'observation participante consiste à recueillir des informations concernant les centrations ciblées pour mettre en lumière les capacités et les difficultés de la personne, les situer dans une séquence spatiotemporelle contextuelle et saisir la signification ainsi que la fonction des comportements observés. Elle se réalise dans le cadre de l'accompagnement dans le milieu de vie de la personne au moment de ses activités quotidiennes ou d'activités structurées. Par exemple, le psychoéducateur pourrait observer les habiletés relationnelles de la personne au cours de rencontres sociales ou observer la capacité à organiser et à planifier une séquence d'actions lors de tâches liées aux activités de la vie domestique.



Divers outils peuvent contribuer à l'évaluation psychoéducative. Plusieurs d'entre eux figurent à l'annexe 2.

Identifier et apprécier les capacités et les difficultés adaptatives présentées par la personne en interaction avec son environnement

Dans le cadre de l'évaluation, le psychoéducateur identifie et apprécie les capacités et les difficultés adaptatives de la personne, de même que les capacités et les difficultés de l'entourage à soutenir l'adaptation de la personne, afin de déterminer les objectifs qui seront ultimement poursuivis dans le cadre de l'intervention.

Ainsi, à partir des résultats de son évaluation, le psychoéducateur analyse le fonctionnement adaptatif de la personne. Il réalise le bilan des capacités et des difficultés adaptatives présentées par la personne (potentiel adaptatif – PAD) et les met en relation avec le potentiel expérientiel (PEX) de ses différents environnements. Le PAD comporte différents éléments dont, par exemple, les habiletés de communication, les habiletés de résolution de problèmes, l'autorégulation des émotions, l'autocontrôle, la capacité à entrer en relation et à la maintenir, la capacité d'autonomie, etc. Le PEX fait référence aux ressources présentes ou déficitaires dans l'environnement ainsi qu'aux caractéristiques des situations auxquelles la personne est exposée, par exemple : la situation familiale, le contexte social, le réseau social, le milieu communautaire, le milieu culturel, la situation d'emploi, la situation économique, etc.

Le psychoéducateur fait également ressortir de cette analyse les différents stressors présents ainsi que les facteurs de risque et de protection liés à la personne ou à son environnement, ayant une incidence sur le fonctionnement de cette personne. Ils sont considérés selon qu'ils contribuent à accroître ou à réduire le risque d'inadaptation. Ces mêmes facteurs qui, associés au fonctionnement adaptatif de la personne, influencent la trajectoire développementale de la problématique de santé mentale sont analysés dans une perspective psychodéveloppementale. Par exemple, le contexte socioéconomique précaire, l'isolement social, la toxicomanie et les antécédents de problèmes de santé mentale dans la famille constituent quelques-uns des facteurs de risque pouvant être présents chez une clientèle en SMA. La présence de ressources communautaires, de bonnes stratégies d'adaptation, de compétences sociales et du soutien positif au sein de la famille sont des exemples de facteurs de protection pouvant également être présents.

Enfin, de son évaluation, le psychoéducateur cherche à faire ressortir les besoins non comblés et prioritaires chez la personne.

Élaborer une hypothèse clinique, produire une synthèse interprétative, rendre compte de ses résultats et formuler des recommandations

À partir de sa collecte de données et des conclusions de l'évaluation, le psychoéducateur pose un jugement clinique sur la nature, la sévérité et la gravité de la situation problématique (situation de crise, inadaptation provisoire ou risque d'inadaptation durable, difficulté transitoire ou problème d'adaptation). Il qualifie l'adaptation psychosociale, évalue les répercussions des problématiques sur la personne, son fonctionnement et son entourage.

Particulièrement en SMA, le psychoéducateur cherchera à évaluer si l'ensemble des éléments présents tend à amener la personne vers la détérioration de son état de santé mentale, une marginalisation ou, à l'inverse, si certains éléments pourraient contribuer par leur présence à l'intégration sociale de la personne.

Le psychoéducateur formule des hypothèses qui concernent l'incidence du problème de santé mentale sur les capacités et les difficultés d'adaptation et qui tiennent compte des interactions entre la personne et son environnement. Le psychoéducateur se prononce sur le niveau de convenance nécessaire pour déterminer les objectifs à poursuivre.



À partir du jugement et des hypothèses cliniques, le psychoéducateur formule des recommandations suffisamment précises pour orienter les objectifs, déterminer les interventions indiquées ou contre-indiquées et suggérer des moyens de mise en relation ainsi que des activités à caractère psychoéducatif (Renou, 2005, p. 140). Les objectifs proposés doivent s'intégrer dans le mandat reçu et dégager une perspective à court, moyen ou long terme. Ils tiennent compte des besoins, des attentes de la personne, des ressources ainsi que des limites environnementales et prennent en considération les ressources disponibles dans le milieu.

Enfin, le psychoéducateur produit une synthèse interprétative, qui résume et expose les conclusions et les résultats de l'évaluation, puis il les communique aux personnes concernées. En partageant les résultats à la personne et à son entourage, il utilise son évaluation comme levier d'intervention. Il permet à la personne de comprendre les répercussions du problème de santé mentale sur ses sphères de vie et de développer de l'autocritique à l'égard des symptômes de la maladie. Il suscite, par cette action, la motivation et l'implication de la personne dans la démarche d'intervention en adaptant le niveau de convenance.



Dans sa démarche, le psychoéducateur devra d'abord évaluer **le niveau de convenance**, c'est-à-dire mesurer l'écart entre le potentiel expérientiel qu'offrent le milieu ainsi que les situations (PEX) et les capacités et difficultés, les compétences ainsi que les 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 écart significatif approprié qui tient compte des acquis et des potentialités de la personne, et qui lui offre un déséquilibre qui l'amène à se mettre en action dans une démarche de recherche de solutions 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 (OPPQ, 2014, p. 42-43).

Exemples de recommandations :

- Développement de l'autonomie aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et aux activités de la vie domestiques (AVQ);
- Entraînement aux habiletés sociales et relationnelles (affirmation de soi, communication, etc.);
- Développement d'habiletés d'autorégulation des émotions (gestion de la colère et de l'impulsivité, prise de conscience relative aux émotions et aux comportements);
- Intégration ou réintégration progressive sur les plans social (développement d'habiletés relationnelles, de vie de groupe et de connaissance de soi) et professionnel (retour aux études, accompagnement en intégration à l'emploi);
- Interventions psychosociales visant la diminution du stress auquel la personne est soumise;
- Intervention familiale systémique axée sur la résolution de problèmes, la compréhension de la maladie, la recherche d'un bien-être personnel et familial selon les forces et les limites de chacun.



Pour une vision globale de la démarche évaluative, le lecteur peut se référer aux lignes directrices concernant l'évaluation psychoéducatrice de la personne en difficulté d'adaptation, document de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ, 2014).

Vignettes cliniques⁷

Diane

L'évaluation

À la suite de la consultation du dossier et de la détermination des centrations d'observation (l'affect, la capacité à vivre des moments satisfaisants, le sentiment d'efficacité personnelle, les habitudes de vie), la psychoéducatrice procède à l'évaluation au moyen d'entrevues semi-dirigées dans les locaux du CLSC. Ce choix est justifié par le niveau d'autonomie de la cliente et le contexte d'intervention.

Dans le cadre d'un mandat en santé mentale de première ligne, la psychoéducatrice utilise l'entrevue et la visite au CLSC comme lieu de vécu partagé. Les observations porteront non seulement sur le contenu des échanges, mais également sur les attitudes non verbales, les comportements, les caractéristiques du discours, etc.

Afin de mieux cerner l'incidence de la maladie sur le fonctionnement de Diane, la psychoéducatrice lui propose de remplir un journal d'enregistrement de ses activités quotidiennes. Les informations tirées de cet outil de collecte de données serviront à l'analyse des difficultés d'adaptation et pourront également faire l'objet d'une utilisation ultérieure lorsqu'il s'agira de planifier les objectifs d'intervention.

La psychoéducatrice rencontre Diane pour partager avec elle les résultats de l'évaluation et lui proposer une intervention qui lui convient. Au cours de cet échange, Diane prend conscience que son inactivité et son retrait social contribuent au maintien de son humeur dépressive. De plus, elle réalise que le manque de régularité dans sa routine quotidienne l'amène à négliger la prise régulière de la médication prescrite.

Sylvain

L'évaluation

Pour réaliser l'évaluation concernant l'admissibilité de Sylvain au programme, le psychoéducateur fait la lecture du dossier puis effectue des rencontres individuelles dans le cadre desquelles il cherche à créer une relation thérapeutique avec Sylvain, à évaluer sa motivation ainsi que ses capacités à intégrer les contenus proposés par le programme.

En ce qui concerne l'évaluation psychoéducative, le psychoéducateur utilise des entrevues semi-structurées et l'observation participante. Il recueille des informations sur l'adaptation de Sylvain aux activités prévues (artistiques, sportives) et aux tâches assignées ainsi que sur sa capacité à entretenir des relations avec les autres détenus. Il rédige ensuite un rapport sur l'évaluation des capacités adaptatives, y compris des recommandations qui orienteront le plan de traitement.

⁷ Les vignettes dans leur ensemble se retrouvent en annexe 3

Marie

L'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation au Centre de réadaptation en dépendance (CRD), la formule d'hébergement permet une observation directe du fonctionnement de Marie, seule et en groupe, grâce à des activités proposées dans la programmation et la routine du milieu de vie. Des entrevues sont également favorisées afin de mesurer certains éléments. Un entretien téléphonique avec la travailleuse sociale de l'hôpital permet d'apprendre que Marie nie les effets de sa consommation sur sa santé mentale (persistance des symptômes psychotiques).

Différentes entrevues téléphoniques sont organisées : une entrevue téléphonique est organisée avec sa mère pour vérifier son fonctionnement à l'enfance et à l'adolescence dans son cheminement scolaire. Un entretien téléphonique avec son frère plus jeune est également prévu à la suite de l'échange téléphonique avec la mère.

Les centrations et les contextes d'observation proposés à l'équipe de réadaptation, choisis en fonction des premières impressions cliniques, sont les suivants : la qualité du sommeil la nuit, l'appétit à l'heure des repas et tout au cours de la journée, le niveau d'activité lorsque laissée à elle-même et lors d'activités de groupe, l'hygiène personnelle, le contact avec la réalité (présence de symptômes psychotiques), l'entretien de son espace de vie, l'affect, la consommation, les stratégies de résolution de problèmes et ses différentes interactions sociales lors des moments de transition, des heures de visite et des situations de groupe. De plus, afin de connaître ses habitudes de vie, Marie compile deux fois par jour une grille (grille-maison) avec l'aide de l'équipe de réadaptation.

Louis

L'évaluation

La psychoéducatrice prépare l'évaluation et détermine les centrations d'observation, dont l'autorégulation des émotions, le fonctionnement en groupe, les habitudes de vie et les activités de la vie quotidienne et domestique. Elle utilise les moments de vécu partagé et évalue Louis dans son milieu de vie. Elle rapporte ensuite les résultats de son évaluation à l'équipe interdisciplinaire. Ultérieurement, Louis est rencontré en présence de son intervenant principal afin d'établir ses objectifs d'intervention.

L'évaluation

Après avoir pris connaissance des différentes évaluations rédigées par le psychiatre, le psychologue et le criminologue, et après avoir consulté les notes quotidiennes rédigées par les infirmières et les éducateurs dans le dossier, le psychoéducateur complète son évaluation psychoéducative. Dans le cadre de son évaluation, il aménage des moments d'observation directe, en vécu partagé, et fait remplir une grille d'évaluation validée sur l'impulsivité. À la suite de cette évaluation, il planifie une intervention qui vise le développement des capacités adaptatives de Fernand en tenant compte des facteurs de protection et des facteurs de risque. Il suggère de poursuivre les objectifs d'aider Fernand à développer, par défis gradués, des moyens de tolérer les stimuli du quotidien, dont la proximité des autres patients, les délais et les refus. Compte tenu des éléments relevés dans l'évaluation, il semble indiqué de proposer à Fernand un programme de gestion de l'impulsivité.

Intervenir : déterminer, en accord avec le mandat reçu, un plan ou un programme d'intervention

À la suite de l'évaluation du fonctionnement adaptatif, le psychoéducateur est en mesure de planifier et de réaliser une intervention psychoéducative visant un rétablissement et un niveau de fonctionnement optimal, tenant compte de la problématique de santé mentale.

La planification de l'intervention psychoéducative

Le psychoéducateur détermine des objectifs et des stratégies d'intervention appropriées aux capacités et difficultés de la personne. Il porte également un regard tout particulier au niveau de convenance dans l'élaboration du plan d'intervention psychoéducatif, c'est-à-dire qu'il détermine ses objectifs en fonction des résultats de son évaluation et du niveau de convenance approprié. Le psychoéducateur veut mobiliser la personne et favoriser ses réussites.

Lorsque les services sont offerts dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, le plan d'intervention psychoéducatif s'insère dans le cadre de la démarche clinique *d'un plan d'intervention (PI)*, *d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII)* ou *d'un plan de services individualisés (PSI)*, le cas échéant.

En SMA, les objectifs et les modalités d'intervention sont déterminés avec la participation active de la personne, car son rôle sociétal commence par le rôle actif qu'elle peut prendre dans l'appropriation de son rétablissement et l'actualisation de son plan d'intervention. Concrètement, le psychoéducateur consulte la personne, l'implique dans l'établissement des objectifs et lui communique sa compréhension et son point de vue clinique. Lorsqu'il détermine les objectifs de l'intervention, le psychoéducateur tend à susciter les prises de conscience, à développer les capacités d'autocritique et à favoriser l'adhésion de la personne à l'intervention. Ce faisant, il suscite l'espoir du changement chez l'individu.

Par ailleurs, les proches, le réseau social et d'autres professionnels peuvent être consultés et collaborer pour faciliter l'atteinte des objectifs déterminés en concertation avec les acteurs concernés.

Au moment de la planification de son intervention, le psychoéducateur s'appuie sur des pratiques dont l'efficacité est reconnue pour déterminer les moyens et les interventions à mettre en place. Il peut élaborer une stratégie, développer un programme d'intervention ou s'inspirer d'un programme existant afin d'orienter son processus d'intervention.

Le vécu partagé

Le vécu partagé est une caractéristique importante de l'intervention du psychoéducateur. Il consiste à intervenir et à s'impliquer directement dans le milieu de vie de la personne au quotidien. Les occasions de vécu partagé diffèrent en fonction des milieux d'exercice du psychoéducateur, que ce soit en intervention individuelle ou de groupe.

Un milieu fermé offrira une possibilité de période de vécu partagé plus longue, tandis qu'un contexte de suivi externe permettra au psychoéducateur de choisir des moments pertinents dans le quotidien de la personne. Les problèmes de santé mentale chez l'adulte ont des répercussions à différents niveaux de son fonctionnement, notamment dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et ses activités de la vie domestique (AVD). Ces moments constituent donc des opportunités d'intervention.

Certains contextes de pratique en SMA amènent le psychoéducateur à utiliser d'autres modalités d'intervention au quotidien, comme le vécu rapporté. Il peut recueillir des descriptions précises de la part de la personne elle-même à propos de son vécu quotidien. Le psychoéducateur peut également utiliser des comportements observés en entrevue ou même les informations et observations rapportées par les proches et professionnels consultés. Ce qui est commun au vécu partagé et rapporté est l'attention portée au quotidien, aux contextes et aux situations concrètes qui se déroulent dans la vie de la personne ainsi qu'à la manière dont elle s'y adapte.

L'éducation psychologique et l'activité psychoéducative

D'autres stratégies, telles que l'éducation psychologique et l'activité psychoéducative, peuvent être utilisées pour actualiser le plan d'intervention.



Définie dans le Guide explicatif du PL n° 21, **l'éducation psychologique** se traduit dans l'intervention par des activités d'information et d'éducation sur différents thèmes liés à la santé mentale (la psychose, l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, le stress, la fonction des émotions, etc.) (Office des professions du Québec, 2013, p. 75). Il ne faut pas confondre ce type d'intervention avec les activités psychoéducatives qui, elles, sont par essence expérientielles et visent à permettre l'atteinte d'objectifs en lien avec le plan d'intervention. Les expressions «faire de la psychoéducation», «groupe psychoéducatif», «programme de psychoéducation» ou «activité psychoéducative» devraient donc être réservées à la désignation de l'activité professionnelle du psychoéducateur afin d'éviter la confusion, tant pour les intervenants que pour le public. Il s'agit ici d'éviter le risque potentiel de préjudice aux clients nécessitant des interventions spécialisées.

L'organisation psychoéducative

Lorsque le psychoéducateur organise les conditions de l'intervention, il se réfère à la structure d'ensemble psychoéducative.



Regroupant plus d'une dizaine de composantes, **La structure d'ensemble** (illustrations à l'annexe 1) décrit et définit comment s'organisent et s'articulent l'intervention, le contexte et les éléments qui les composent. Dynamiques, ses composantes interagissent les unes avec les autres, et c'est sur cette dynamique que se centrent l'analyse et l'évaluation des besoins de même que la planification et l'évaluation de l'intervention psychoéducative.

L'animation psychoéducative

L'animation d'une activité psychoéducative, individuelle ou en groupe, est une intervention complexe qui doit tenir compte des différentes composantes de la structure d'ensemble. De plus, lorsqu'elle s'effectue en groupe, les objectifs de réadaptation visés par le plan d'intervention de chacun des participants doivent être pris en considération.

L'activité psychoéducative offre un niveau de convenance approprié afin de créer des déséquilibres significatifs permettant aux personnes de modifier leurs stratégies d'adaptation ou d'en développer de nouvelles. En SMA, l'animation peut s'appuyer sur différents moyens de mise en relation (p. ex. : sports, art, cuisine, jeu de rôle, bénévolat, entretien ménager, discussion, etc.).

L'utilisation psychoéducative

Le psychoéducateur relève, sur-le-champ ou *a posteriori*, des événements significatifs dans le cadre de ses interventions auprès de la personne pour favoriser chez elle des prises de conscience. Celles-ci permettent la généralisation de l'expérience vécue à d'autres situations ainsi que le développement des habiletés et le maintien des acquis (Caouette et Pronovost, 2013, p. 284).

En SMA, l'utilisation psychoéducative vise également à amener la personne à comprendre l'influence des symptômes de la maladie sur son fonctionnement.

L'évaluation postsituationnelle

Le psychoéducateur a recours à différents moyens pour évaluer l'atteinte des objectifs: observations, instruments d'évaluation validés, questionnaires, etc.

En SMA, le point de vue et les perceptions de la personne sont déterminants afin de valider les résultats de l'intervention. Si les objectifs sont partiellement ou ne sont pas atteints, le psychoéducateur en analysera les motifs avec ouverture et objectivité. Ces derniers peuvent être associés à différents facteurs, dont la personne, les événements, les moyens de mise en relation choisis, le niveau de convenance ou les besoins identifiés. Le psychoéducateur modifiera le plan d'intervention à la lumière de cette analyse ou orientera la personne vers d'autres services.

Vignettes cliniques⁸

Diane

L'intervention

À partir des résultats de l'évaluation, du contenu des entrevues et du journal d'enregistrement des activités, Diane et la psychoéducatrice déterminent les objectifs du plan d'intervention. L'objectif général est de diminuer l'incidence des symptômes dépressifs sur le fonctionnement de Diane.

Le premier objectif spécifique du plan d'intervention est d'augmenter les activités valorisantes de Diane. Elle entreprend de planifier une tâche et une activité plaisante par jour à l'aide de son journal d'enregistrement de ses activités.

Le second est d'avoir une interprétation plus réaliste des événements en apprenant à nuancer ses pensées, et la psychoéducatrice lui propose d'apprendre à utiliser une grille d'observation des pensées autorapportée. Le dernier objectif de Diane est d'instaurer une routine pour l'heure du lever et de choisir le moment le plus approprié pour prendre la médication prescrite par son médecin afin de stabiliser son humeur.

Dans son suivi avec Diane, la psychoéducatrice utilise différentes approches et différents moyens d'intervention démontrés efficaces pour le traitement de personnes ayant un diagnostic de dépression. Elle utilise entre autres l'approche cognitivo-comportementale afin de travailler sur l'activation et la modification des pensées ainsi que l'entretien motivationnel pour aider Diane à se projeter dans les changements qu'elle souhaite mettre en place dans sa vie.

À la suite des interventions, Diane constate que le fait de planifier des activités plaisantes dans sa semaine lui a permis de vivre des moments positifs et de diminuer l'incidence des symptômes dépressifs sur son fonctionnement. De plus, grâce à la grille d'observation autorapportée, Diane discerne les situations et les pensées qui influent sur son humeur. Enfin, après avoir fait le constat que son humeur s'était améliorée en prenant la médication de façon régulière, Diane choisit de poursuivre le traitement prescrit par son médecin.

Sylvain

L'intervention

À partir des résultats de l'évaluation, le psychoéducateur participe, avec l'équipe interdisciplinaire, à l'élaboration d'un plan d'intervention qu'il valide avec Sylvain. Ce plan prévoit, entre autres, son intégration dans le programme de groupe du centre. Ainsi, au centre de traitement du milieu carcéral, accompagné par le psychoéducateur, Sylvain travaille à développer des stratégies lui permettant de reconnaître, de discerner et d'exprimer ses émotions sans avoir recours à des comportements violents. Il participe au programme s'adressant à des personnes présentant des troubles de la personnalité. Le travail visant les objectifs s'effectue grâce aux différentes situations de vécu partagé à l'unité et à un programme de groupe sur la gestion des émotions et de l'impulsivité.

Le lecteur peut consulter le *Plan du programme de groupe : gestion des émotions et de l'impulsivité* à l'annexe 4.

⁸Les vignettes dans leur ensemble se retrouvent en annexe 3

L'intervention

Tout d'abord, à la suite de l'évaluation des capacités fonctionnelles et des évaluations des autres professionnels concernés, la psychoéducatrice présente le dossier de Marie au mécanisme d'accès local à l'hébergement pour proposer une ressource d'hébergement, soit les appartements supervisés, avec l'objectif que Marie puisse profiter d'un encadrement et d'un soutien minimaux. La demande est acceptée, et Marie est inscrite sur la liste d'attente.

En sa présence, la psychoéducatrice effectue des entrevues téléphoniques avec les partenaires de la première ligne afin de partager l'hypothèse selon laquelle il faudra possiblement considérer un hébergement en ressource résidentielle de la région. L'intervention de la psychoéducatrice vise également à amener Marie à participer à une activité de groupe une fois par jour. Elle participe à des activités diverses : gestion des émotions, activités de loisirs, santé globale et habitudes de vie (groupe de marche, atelier sur les bons coups, biosanté). Elle assiste aux ateliers et y prend plaisir, car elle dit apprendre de nouvelles choses. Elle montre une attitude favorable à l'atteinte de l'objectif : elle est ponctuelle, connaît son horaire d'activités, répond aux questions, donne son avis, partage son vécu, écoute les autres et prend parole à son tour. La participation aux activités permet de l'aider à prendre conscience de l'effet de sa consommation sur son niveau d'énergie (au cours de phases de récupération de sa consommation).

De plus, un encadrement est mis en place afin qu'elle soit plus active durant la journée, qu'elle s'investisse davantage dans ses AVD et AVQ (lavage des vêtements et literie) et qu'elle passe moins de temps dans sa chambre allongée dans son lit (porte de chambre fermée à clé le jour).

Enfin, le plan d'intervention vise à amener Marie à faire des liens entre ses symptômes et la consommation. Marie choisit de maintenir sa consommation à un épisode par semaine.

La psychoéducatrice et l'équipe de soins utilisent différents outils et l'entretien motivationnel pour atteindre les objectifs. Des solutions alternatives à la consommation lorsqu'elle ressent un manque sont mises de l'avant. Des moyens divers sont développés pour qu'elle objective la durée de son intoxication et de sa période postconsommation. Différents concepts abordés en dépendance sont utilisés dans les interventions (fonctionnement de la dépendance, loi de l'effet, principes de tolérance).

L'état de santé mentale et physique est évalué de façon régulière. Marie est accompagnée par la psychoéducatrice à ses rendez-vous en clinique externe avec son psychiatre une fois par mois. Celui-ci constate que ses symptômes psychotiques perdurent étant donné que sa consommation est maintenue. Les objectifs sont réévalués chaque semaine en fonction du progrès sur le plan de son fonctionnement.

Louis

L'intervention

Avec le soutien de la psychoéducatrice, Louis cible différents objectifs qu'il aimerait travailler afin de réussir à vivre en logement autonome. Ces objectifs sont directement en lien avec les résultats de l'évaluation psychoéducative que la psychoéducatrice lui a présentés. Louis évalue également sa motivation envers chacun des objectifs énoncés puis priorise celui qu'il désire travailler en premier. Il choisit de se centrer sur ses AVD et AVQ.

Sur le plan des habitudes de vie, la psychoéducatrice et Louis déterminent des stratégies lui permettant d'adopter une routine au lever et au coucher. Des outils pour valider la mise en application des stratégies sont créés. Des renforçateurs sont établis afin de stimuler l'investissement de Louis.

Du côté des activités de la vie domestique, la psychoéducatrice établit également un calendrier d'activités permettant à Louis de faire une tâche ménagère par jour (p. ex. : sortir les poubelles le lundi, passer le balai le mardi, etc.). Certaines tâches reviennent quotidiennement, comme le lavage de la vaisselle.

Sur le plan des troubles de comportement et de l'anxiété vécue en situation sociale, la psychoéducatrice utilise des mises en situation et des jeux de rôle afin d'aider Louis à développer des habiletés sociales et à diminuer l'anxiété. La psychoéducatrice accompagne Louis à des activités de loisirs dans la communauté afin qu'il puisse mettre en action les habiletés développées dans le cadre du suivi psychoéducatif. Par ailleurs, la psychoéducatrice recommande à l'équipe de ne pas intervenir sur les habitudes de consommation et de jeu compulsif de Louis. Ces habitudes constituent actuellement pour lui un moyen de gérer son anxiété. On vise donc à ce que la consommation et l'utilisation des jeux de hasard diminuent grâce à l'effet des interventions ciblant la diminution de l'anxiété.

Fernand

L'intervention

Le plan d'intervention se fait de concert avec Fernand, et celui-ci a donné son consentement pour son application. Ce consentement inclut les interventions pour le développement des capacités adaptatives, des mesures de remplacement à la mesure de contrôle, mais aussi sur le retour de Fernand en chambre aux heures convenues. Une évaluation continue est effectuée avec Fernand au moins une fois par semaine. Le psychoéducateur commence les interventions qu'il a planifiées, et les éducateurs spécialisés prendront le relais par la suite.

Le psychoéducateur réévalue périodiquement l'évolution de Fernand à la suite de la mise en place du plan d'intervention. Après trois semaines d'intervention, Fernand sort deux heures le matin, deux heures en après-midi et deux heures en soirée, sans contention. Une rencontre avec un intervenant (éducateur ou psychoéducateur) a lieu à chacune de ses sorties, et Fernand bénéficie d'un temps libre qui lui permet d'avoir aussi des interactions avec ses pairs.

Description d'une intervention sur-le-champ, en situation de vécu partagé

Au cours de la matinée, un autre résident, Georges, qui présente un problème de toxicomanie a reçu des mains de Fernand les médicaments de ce dernier, qui résistait à les prendre. Plus tard dans l'après-midi, Georges, qui a accepté les médicaments de Fernand, est rencontré par le psychoéducateur dans la salle de télévision, vitrée, pour faire un retour sur cette situation.

Pendant que se déroule la rencontre, Fernand est assis près du téléphone juste en face de la salle de télévision et observe la scène. À un moment donné, il se lève et dit sur un ton fort, en pointant Georges : « C'est des mensonges. Il veut juste me mettre dans le trouble. » Le psychoéducateur qui est en entrevue avec Georges se lève, ouvre la porte et dit : « Ça ne va pas Fernand? » Fernand réplique en haussant le ton et en s'approchant avec un air intimidant : « J'en ai assez! J'veis y casser la gueule! » À ce moment, le psychoéducateur voit s'approcher, en soutien à son intervention, l'intervenant qui est dans la salle de séjour et s'arrêter à une distance sécuritaire. Fernand pointe du doigt l'autre patient et lui dit : « J'te le dis, moi, je vais lui casser la gueule s'il continue à me salir. »

Le psychoéducateur doit faire une intervention sur-le-champ. Il observe la situation et évalue qu'il y a un danger imminent de passage à l'acte violent. Il a l'option de demander au patient de retourner à sa chambre, même si son temps avec le groupe n'est pas terminé. Par contre, compte tenu de ses facteurs de risque et des éléments déclencheurs pour Fernand, cette intervention risque de provoquer un passage à l'acte violent. Il sait toutefois que si Fernand maintient des comportements qui présentent un danger imminent, il sera justifié, sans obtenir son consentement, d'utiliser une mesure de contrôle non planifiée, puisqu'il s'agit d'une situation d'urgence. Toutefois, avant de procéder à la mesure de contrôle, il sait qu'il doit tenter de mettre en place une mesure de remplacement.

Il repense aux mesures de remplacement qu'il a développées avec Fernand, mais il évalue que ce dernier n'est pas dans un état pour les mettre en application. Il tente néanmoins d'utiliser une approche de pacification comme mesure de remplacement : « Ça va pas bien Fernand, hein? » Ce dernier répond : « Non! Pourquoi vous ne me croyez jamais, pis que vous le croyez, lui? Je vais lui casser la gueule moé. » Le psychoéducateur reprend l'intervention de pacification : « Tu as le sentiment que Georges était en train de t'accuser de quelque chose? » Fernand lève de nouveau le ton : « Je l'sais qu'il veut que tout cela passe sur mon dos. Y veut sauver sa peau, pis pour ça, yé prêt à donner la mienne. » Le psychoéducateur poursuit son intervention de pacification quelques minutes avec Fernand, et la crise s'estompe graduellement.

Au bout d'un moment, Fernand est plus calme, mais, visiblement, il a été ébranlé par l'événement. Le psychoéducateur reflète ce qu'il observe : « Cette situation semble t'avoir mis réellement en colère. » Fernand confirme : « Ouen, c'est fatigant ces affaires-là. » Le psychoéducateur en profite pour faire de l'utilisation en faisant un lien avec les stratégies d'adaptation que Fernand tente de développer : « Dans les stratégies que nous avons travaillées ensemble, est-ce qu'il y a un moyen que tu pourrais utiliser pour t'aider à te relaxer et qui va te donner le temps de réflexion nécessaire pour réagir adéquatement à la situation? » Fernand répond qu'il va aller faire les exercices de respiration qu'il a appris. Le psychoéducateur l'invite à venir le voir lorsqu'il se sentira mieux. Fernand se dirige donc vers sa chambre calmement.

Exercer la compétence rôle-conseil

Le psychoéducateur peut être amené à exercer un rôle-conseil dans le cadre de ses fonctions, ou d'un mandat particulier, auprès de personnes, de groupes, d'organisations ou de la communauté. Ces acteurs constituent la cible de ses interventions. Le psychoéducateur met alors à contribution ses connaissances, ses aptitudes et ses attitudes (savoir, savoir-faire et savoir-être) en conseillant les acteurs qui interviennent auprès de la personne qui présente une problématique de santé mentale.

À partir de la demande qu'il reçoit, le psychoéducateur utilise son expertise pour amener l'acteur, ou les acteurs, à comprendre la problématique et les comportements dans une perspective psychoéducative centrée sur l'adaptation de la personne ayant un problème de santé mentale. Il tient compte des forces et des difficultés des acteurs. Il peut favoriser chez ces derniers le développement de leurs propres compétences professionnelles (aider le développement des opérations professionnelles chez l'acteur). Il peut aussi suggérer des stratégies et des modalités d'intervention pertinentes à exercer auprès de la personne ayant un problème de santé mentale. Le psychoéducateur peut également avoir un mandat d'éducation psychologique (sur la psychopathologie, les symptômes liés aux différents troubles, les interventions à privilégier) ou de formation. Il s'assure que les modalités qu'il met en place sont appropriées à la réalité des acteurs. Pour assurer son rôle-conseil, le psychoéducateur utilise les opérations professionnelles (observation, évaluation, animation, etc.) qui sont adaptées à la situation.

Exemples de mandats en rôle-conseil :

- Sensibiliser des personnes, des équipes ou des organisations à propos des problèmes de santé mentale et des caractéristiques associées;
- Soutenir l'acteur dans la mise en œuvre d'un plan d'intervention ou d'un programme d'intervention;
- Soutenir et conseiller les intervenants d'une ressource d'hébergement;
- Agir en fonction de soutien ou de supervision clinique.

Vignette clinique⁹

L'équipe du CHSLD

La description de la situation problématique

M^{me} Tremblay, 58 ans, souffre d'un trouble bipolaire, d'un trouble de personnalité limite et de sclérose en plaques. Elle est hébergée en CHSLD depuis six mois en raison d'une perte d'autonomie physique.

Depuis son arrivée, l'équipe observe une détérioration de son fonctionnement, aussi bien sur le plan physique (difficulté à se déplacer, douleurs, perte d'endurance à la marche), psychologique (isolement, tristesse, pleurs fréquents), que sur le plan comportemental (crise de colère, refus de recevoir des soins et les activités proposées dans le milieu, fugues de l'unité, opposition au cadre proposé). M^{me} Tremblay mentionne vouloir retourner vivre en appartement. Elle est hospitalisée à deux reprises pour un changement de médication. Le

⁹ Les vignettes dans leur ensemble se retrouvent en annexe 3

psychiatre diagnostique un trouble de l'adaptation et il ajuste la médication de la résidente. Malgré les interventions, les difficultés persistent.

Le mandat auprès de l'équipe du CHSLD

Dans le cadre de son mandat en rôle-conseil, la psychoéducatrice de l'équipe de santé mentale adulte est amenée à soutenir et à conseiller les équipes de soins et de services des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du territoire dans leurs interventions.

L'infirmière responsable de l'unité où est hébergée M^{me} Tremblay formule une demande de soutien à la psychoéducatrice concernant la gestion des difficultés d'adaptation de la résidente à son milieu. La psychoéducatrice planifie une rencontre avec l'équipe de soins et de services, qui comprend l'éducatrice spécialisée du centre d'hébergement, un préposé aux bénéficiaires et l'infirmière responsable de l'unité.

L'évaluation et l'intervention

La psychoéducatrice prend connaissance de la demande ainsi que des besoins et des attentes de l'équipe. Elle dirige la discussion tout en faisant la collecte des informations pertinentes à son évaluation. Elle recueille la perception des membres de l'équipe, leur compréhension et les hypothèses sur les comportements de la résidente. Elle pose également des questions sur les interventions qui ont été réalisées jusqu'à ce moment.

Au cours de la discussion clinique, la collecte de données permet de discriminer les contextes d'apparition des comportements, les facteurs de stress vécus, les deuils et les enjeux relationnels entre la résidente et un membre de l'équipe. De plus, la discussion aide à clarifier la façon dont la situation et le contexte de vie de M^{me} Tremblay sollicitent ses capacités adaptatives. Ainsi, la rencontre permet à l'équipe de formuler des hypothèses sur la fonction des comportements, sur les besoins à prendre en considération et les ressources présentes dans le milieu. Finalement, des pistes d'intervention sont déterminées.

Enfin, la consultation clinique est également une occasion d'éducation sur les problèmes de santé mentale de façon générale, sur leurs manifestations de même que sur les interventions à privilégier ou à éviter.



Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2015). « Exercer son rôle-conseil ». *La pratique en mouvement*, n° 10.

CONCLUSION

Le présent cadre de référence a été produit dans le but de faire connaître et d'illustrer la pratique du psychoéducateur œuvrant auprès d'une clientèle en santé mentale adulte. Il vise également à décrire la contribution distinctive et originale du psychoéducateur au sein d'équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires dans ce secteur de pratique.

Par la production de ce document rendue possible par le travail du comité en santé mentale adulte, l'Ordre veut soutenir les psychoéducateurs désirant développer ou consolider leur expertise en SMA de même que fournir aux gestionnaires et aux autres professionnels un éclairage avisé sur la contribution du psychoéducateur dans leur secteur de pratique. Le document rassemble les différentes connaissances et aptitudes attendues du psychoéducateur en SMA et illustre comment s'actualisent ses compétences professionnelles dans les différents rôles qui lui sont attribués et les mandats qui lui sont confiés.

Enfin, le présent cadre s'insère dans un contexte de changement dans les politiques relatives à la santé mentale au Québec et de modernisation du Code des professions. Dans les dernières années, de nouvelles orientations de l'offre de services en santé mentale ont été mises en place en fonction de l'accessibilité, de la continuité, de la primauté de la personne, des besoins des jeunes, de l'implantation de pratiques cliniques et de gestion, ainsi que de l'amélioration continue de la qualité des soins et services. De même, elles sont modifiées pour tenir compte de la réserve d'activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines ainsi que de la redéfinition des champs d'exercice des professionnels. Ces nouvelles orientations impliquent une évolution et une mise à jour continue des pratiques. Le psychoéducateur œuvrant en SMA est donc confronté à de constants défis adaptatifs, et il est souhaitable que ce cadre de référence en santé mentale adulte constitue un outil de plus pour les relever. L'Ordre formule également le souhait que ce cadre de référence contribue à mieux faire connaître la profession de psychoéducateur et, plus particulièrement, l'apport spécifique de la pratique psychoéducative auprès de la clientèle en SMA.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Association canadienne pour la santé mentale. (2010). «*Les mythes au sujet des maladies mentales*». <https://cmha.ca/fr/documents/les-mythes-au-sujet-des-maladies-mentales/>

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2007) «*Quelques définitions du rétablissement*». <http://aqrp-sm.org/documentation-et-references/retablissement>
(Consulté 18 avril 2016)

Caouette, M., et Pronovost, J. (2013). « L'utilisation psychoéducative : une compétence du psychoéducateur / Utilization : A competence of the psychoeducator ». *Revue de psychoéducation*, 42(2), 281-297.

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 3.

Code criminel du Canada, L.R.C. 1985, c. 6. *Loi sur la réforme de non-responsabilité criminelle*, L.C. 2014. http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2014_6/page-1.html
(Consulté le 15 octobre 2016)

Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. College of Health Disciplines, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
(Consulté le 22 octobre 2015)

Craven, M. et Bland, R. (2006). « Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : une analyse des données existantes ». *La revue canadienne de psychiatrie*, 51 (Suppl. 1, mai), à paraître. <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/21095.PDF?Archive=190088091826&F>
http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
(Consulté le 22 octobre 2015)

Gouvernement du Québec. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Rapport du Commissaire à la santé et au bien-être.

Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale. Association québécoise de réadaptation psychosociale. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence*. <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>

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.

Lesage, A., et Émond, V. (2016). « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services ». *Surveillance des maladies chroniques*, n° 11, Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001.

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. (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Édition révisée en mars 2015.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*.

Naar-King, S. et Suarez, M. (2011). *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*. Paris: InterEditions.

National Institute of Mental Health in England [NIMHE]. (2005). *Guiding Statement on Recovery*.
<http://studymore.org.uk/nimherec.pdf>
(Consulté le 15 janvier 2016)

Office des professions du Québec. (2013). *Le projet de loi n° 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Éditeur officiel du Québec.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2003). *Le profil des compétences générales du psychoéducateur*. Montréal.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2009). *Le spécifique du psychoéducateur au sein d'une équipe multidisciplinaire de santé mentale de première ligne*. Montréal.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2011). *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse. Guide de pratique*. Montréal.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Montréal.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2015). « Exercer son rôle-conseil ». *La pratique en mouvement*, n° 10.

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)*.

Rapp, C.A. et Goscha, R.J. (2006). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.

Rapp, Charles A. (2004). « Le suivi communautaire : approche axée sur les forces », dans R. Émard et T. Aubry (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, p. 31-65.

Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal : Sciences et culture.

Rowe, M. et Pelletier, J-F. (2012). Citizenship : A response to the marginalization of people with mental illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, numéro special *Issue on institutional and community-based responses to homelessness*.

RUIS (2014). *Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*.

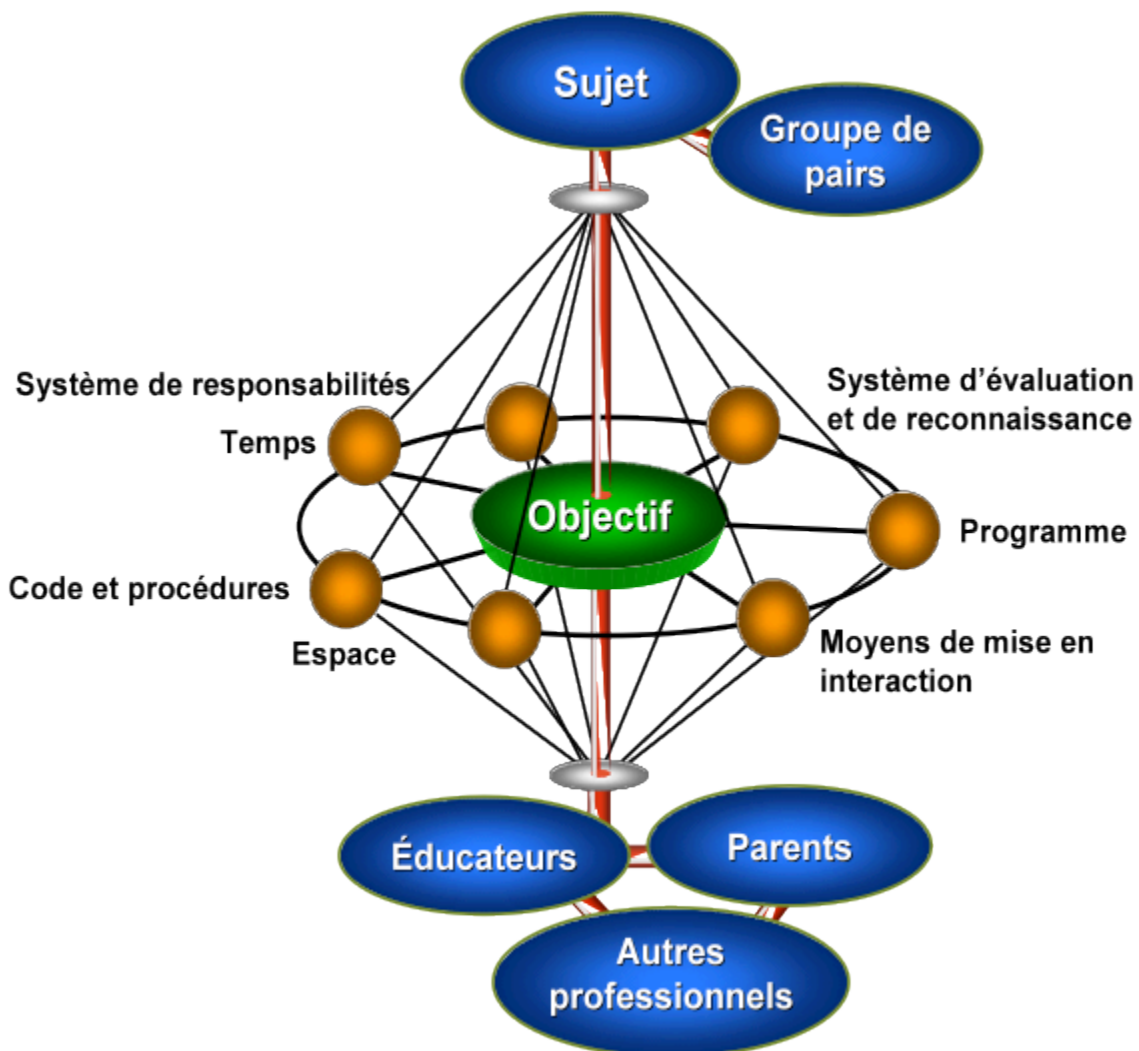
http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

ANNEXE 1

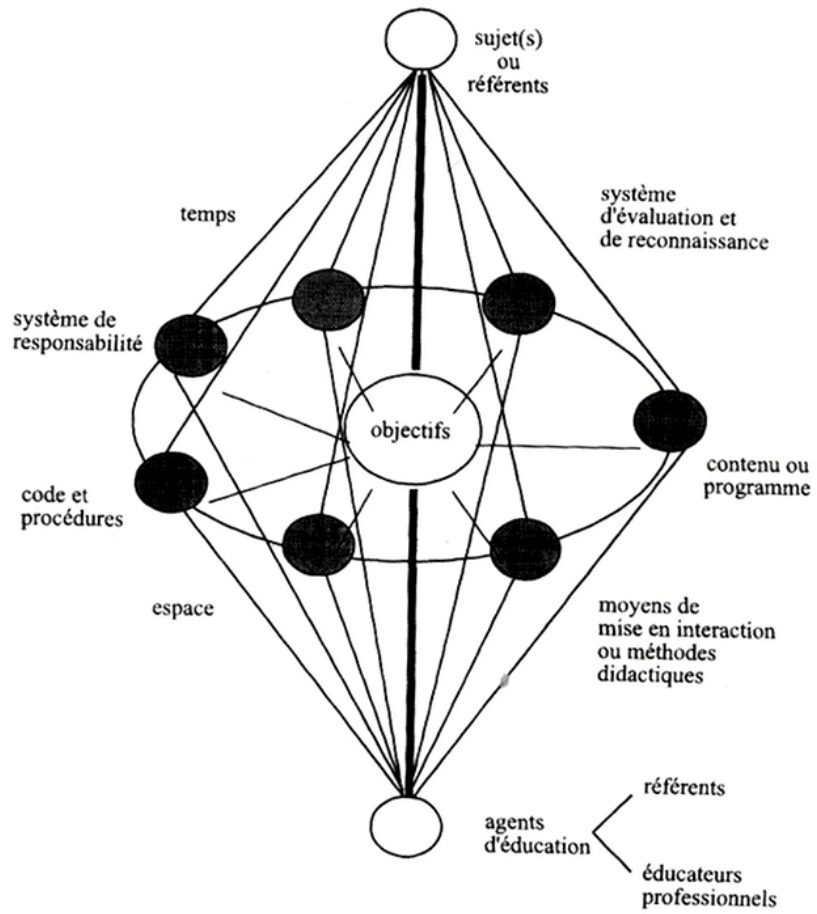
Structure d'ensemble

La structure d'ensemble est un modèle conceptuel décrivant les différents éléments en présence (composantes) permettant de comprendre la situation de l'individu (sujet) dans son contexte. Elle met en relation ces éléments dans une perspective interactionnelle. De plus, elle permet de faire l'analyse des relations entre ces éléments ainsi que de planifier l'intervention.

Développée par Gilles Gendreau à l'aube de la profession de psychoéducateur, le modèle a évolué avec la pratique. En voici ici les deux versions les plus récentes auxquelles les psychoéducateurs se réfèrent.



Source : Gendreau, G. et Boscoville 2000 (2003) dans <http://www.unipsed.net/ressource/sde/> (consulté le 16 novembre 2016)



Source : Renou. (2005) dans www.unipsed.net/ressource/sde/ (consulté le 16 novembre 2016)

ANNEXE 2

Évaluation et intervention : outils et programmes

Liste d'instruments de mesure et d'évaluation en santé mentale adulte (dont certains répertoriés dans la banque informatisée d'outils du site de l'OPPQ).

Carroll Depression Scales-Revised (CDS-R)

Note : Cet outil ne se trouve pas dans la banque d'outils de l'OPPQ car non disponible en français.

Cette mesure permet de détecter la présence et la sévérité des symptômes liés à la dépression afin de mettre en place le plan de traitement de l'individu.

Client Assessment of Strengths and Goals (CASIG)

Cette échelle permet l'évaluation détaillée du fonctionnement de la personne afin de soutenir la mise en place de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisés.

Versions françaises : *Évaluation de Forces Intérêts et Buts du Client* – Version auto-administrée et version clinicien.

Échelle d'estime de soi de Rosenberg (E.E.S)

Cette échelle a pour but d'évaluer l'estime de soi.

Échelle des habiletés de vie autonome (EHVA)

Note : Cet outil se trouvera bientôt dans la banque d'outils de l'OPPQ.

Cet outil d'évaluation vise à recueillir des renseignements sur l'autonomie et sur les habiletés de vie quotidienne du sujet.

Évaluation du risque à court terme et traitabilité : un guide d'évaluation et de planification

Version française du START

Le START aide les professionnels de la santé mentale à répondre de manière plus complète aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux. Plus précisément, il vise à offrir à ces professionnels une approche structurée qui les aidera à organiser les évaluations sur l'état de santé mentale, à planifier les traitements et à communiquer l'information relative aux divers risques, de façon exacte et constante.

Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Note : Cet outil ne se trouve pas dans la banque d'outils de l'OPPQ.

Cette grille a pour objectif d'estimer chez un individu la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, de cibler des pistes d'intervention et de faciliter la prise de décisions.

Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)

Cet inventaire a pour but d'évaluer le niveau d'anxiété d'une personne.

Inventaire de coping pour situations stressantes (CISS)

Le CISS permet d'évaluer les stratégies adaptatives d'une personne.

Inventaire de la dépression de Beck (BDI-II)

Évaluer la présence ou la gravité des symptômes de l'état dépressif.

Inventaire de stress post-traumatique de Davidson (DTS)

Le DTS permet de mesurer la fréquence et la sévérité du SSPT chez un individu. Il peut aussi être utilisé dans le but d'évaluer l'efficacité des interventions faites auprès de cette personne.

Liste de symptômes-90-R (SCL-90-R)

Le SCL-90-R permet de mesurer la santé mentale et la détresse psychologique d'une personne.

Social Adjustment Scale – Self-Report (SAS-SR)

Note : Cet outil ne se trouve pas dans la banque d'outils de l'OPPQ.

Cette mesure permet d'évaluer six dimensions relatives au rôle social d'un individu grâce à des aspects instrumentaux et émotionnels.

Version française : *Questionnaire de fonctionnement social.*

Test de personnalité PER

Ce test vise à évaluer les grands traits de la personnalité d'un individu ainsi que son bien-être psychologique.

Outils et programmes d'intervention en santé mentale adulte (dont certains répertoriés dans la banque informatisée d'outils du site de l'OPPQ).

Au cœur du trouble de personnalité limite : guide à l'intention des familles

Note : Cet outil ne se trouve pas dans la banque d'outils de l'OPPQ.

Ce guide vise à informer les familles sur le trouble de la personnalité, notamment le trouble de la personnalité limite, à démystifier certaines croyances et à cibler des attitudes aidantes autant pour la personne atteinte que pour ses proches.

Démystifier les maladies mentales : anorexie et boulimie, comprendre pour agir

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 de ces maladies mentales. Il constitue également un outil d'intervention (multidisciplinaire) aidant les divers intervenants à agir auprès de cette clientèle.

Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive

Ce guide d'intervention propose une série d'exercices d'acquisition d'habiletés selon une approche cognitive qui ont pour but de modifier les humeurs et les comportements dysfonctionnels liés à la dépression ou à l'anxiété.

Entraînement des habiletés métacognitives pour les patients avec une schizophrénie (EMC)

Ce programme vise à rendre les patients atteints de schizophrénie conscients de leurs distorsions cognitives, à leur donner la capacité de les voir de façon critique et à compléter ou à changer leur répertoire de résolution de problèmes, pour ainsi diminuer leurs rechutes psychotiques.

Famille et psychose : guide d'intervention

Note : Cet outil ne se trouve pas dans la banque d'outils de l'OPPQ car il n'est plus distribué.

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

Le trouble de stress post-traumatique : un guide pratique d'intervention

Ce guide pratique a pour but d'aider les personnes aux prises avec les symptômes du trouble de stress post-traumatique, ainsi que les thérapeutes ou les équipes cliniques qui veulent aider leur clientèle, à surmonter les traumatismes et à reprendre une vie normale.

Le filtre de la réalité : un outil d'intervention pour comprendre et illustrer les distorsions cognitives chez l'adulte

Cet outil permet à l'intervenant d'aider la personne qu'il accompagne à prendre conscience de ses distorsions cognitives, à découvrir la façon dont ces dernières entravent sa perception de la réalité et à déterminer les répercussions qu'elles ont sur sa vie. L'outil peut également être utilisé au moment d'une impasse thérapeutique afin de favoriser un processus de changement.

Les ateliers Les choix du DJ : coffret d'enseignement et de soutien pour favoriser la prise et le maintien d'antipsychotique

Le programme *Les ateliers Les choix du DJ* a pour but d'outiller les intervenants et de leur permettre de susciter l'échange et la discussion en petits groupes de personnes présentant un problème de santé mentale et ayant recours à de la médication.

Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information

Le but du guide est de donner de l'information sur les troubles concomitants ainsi que sur la façon de les traiter et de les gérer.

Ma vie, mes choix : guide à l'intention des intervenants. Pour aider les personnes atteintes de psychose à réduire ou cesser leur consommation d'alcool ou de drogues

Note : Cet outil ne se trouve pas dans la banque d'outils de l'OPPQ.

Ce guide a pour but de soutenir les intervenants dans l'accompagnement d'une personne aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou de drogues. Idéalement, la démarche vise la cessation de la consommation. Toutefois, lorsque cet objectif n'est pas réalisable, elle permet néanmoins à la personne de prendre conscience de sa consommation, sur le plan de la quantité et de la fréquence, pour que celle-ci soit moins néfaste pour sa santé.

Mieux composer avec ces voix qui dérangent : guide de stratégies et de recommandations à utiliser au quotidien

L'outil a pour objectif d'aider la personne à apprendre de nouvelles techniques afin d'avoir davantage de contrôle sur ces voix qui la dérangent.

Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique

Le programme répond à cinq objectifs principaux : 1) procéder de façon systématique au dépistage du risque suicidaire; 2) effectuer une évaluation méthodique et continue des conduites suicidaires; 3) assurer une surveillance clinique efficace en fonction des niveaux d'urgence suicidaire; 4) améliorer les stratégies d'intervention pour prévenir et gérer les conduites suicidaires auprès d'une clientèle présentant un problème de santé mentale; et 5) assurer la sécurité des personnes à risque, particulièrement au moment du congé médical, en partenariat avec les proches et les ressources externes.

Programme psychoéducatif RAAP : guide de l'intervenant. Responsabilité, alimentation, action, plaisir

Ce programme vise à développer l'engagement de la personne envers sa santé et à prévenir et à limiter les complications liées au gain de poids et aux perturbations métaboliques associées à la maladie elle-même ainsi qu'au traitement pharmacologique.

Programme psychoéducatif sur la psychose

Ce programme vise à développer des connaissances et des attitudes qui favorisent une meilleure gestion de la santé.

Annexe 3

Vignettes cliniques

Diane

La description de la situation problématique

Diane a 50 ans, elle est séparée et vit seule depuis 12 ans. Elle a perdu son emploi de secrétaire dans une petite entreprise de design de mode il y a cinq ans, en raison de restructurations. Elle a fait différentes tentatives de retour au travail, sans succès. Par ailleurs, elle entretient des contacts irréguliers avec ses deux garçons de 25 et 30 ans. Diane a une amie, sa voisine, à qui elle se confie et qui l'aide sur le plan de ses déplacements (p. ex. : aller à l'épicerie). Diane souffre d'isolement. Elle a peu de loisirs et, depuis plusieurs mois, elle ne sort pas de chez elle, sauf pour aller faire ses courses et pour assister à ses rendez-vous médicaux. Diane est évaluée par un psychiatre qui conclut à un épisode de dépression majeure. Le médecin de famille met en place le traitement pharmacologique recommandé par le psychiatre. Diane demande de l'aide au CLSC : les symptômes dépressifs perdurent et elle se sent plus déprimée depuis plusieurs mois. Elle a des idées suicidaires sans planification. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide.

Le mandat auprès de Diane

Dans le contexte d'une équipe de santé mentale de première ligne, la psychoéducatrice est appelée à évaluer et à intervenir auprès de Diane afin de l'aider à retrouver un meilleur fonctionnement adaptatif. En plus de ses interventions psychoéducatives dans un cadre des soins et de services de collaboration, la psychoéducatrice est aussi appelée, en cours de suivi, à documenter l'effet de la médication sur la symptomatologie (communiquer ses observations au médecin et accompagner Diane à le faire).

L'évaluation

À la suite de la consultation du dossier et de la détermination des centrations d'observation (l'affect, la capacité à vivre des moments satisfaisants, le sentiment d'efficacité personnelle, les habitudes de vie), la psychoéducatrice procède à l'évaluation au moyen d'entrevues semi-dirigées dans les locaux du CLSC. Ce choix est justifié par le niveau d'autonomie de la cliente et le contexte d'intervention.

Dans le cadre d'un mandat en santé mentale de première ligne, la psychoéducatrice utilise l'entrevue et la visite au CLSC comme lieu de vécu partagé. Les observations porteront non seulement sur le contenu des échanges, mais également sur les attitudes non verbales, les comportements, les caractéristiques du discours, etc.

Afin de mieux cerner l'incidence de la maladie sur le fonctionnement de Diane, la psychoéducatrice lui propose de remplir un journal d'enregistrement de ses activités quotidiennes. Les informations tirées de cet outil de collecte de données serviront à l'analyse des difficultés d'adaptation et pourront également faire l'objet d'une utilisation ultérieure lorsqu'il s'agira de planifier les objectifs d'intervention.

La psychoéducatrice rencontre Diane pour partager avec elle les résultats de l'évaluation et lui proposer une intervention qui lui convient. Au cours de cet échange, Diane prend conscience que son inactivité et son retrait social contribuent au maintien de son humeur dépressive. De plus, elle réalise que le manque de régularité dans sa routine quotidienne l'amène à négliger la prise régulière de la médication prescrite.

L'intervention

À partir des résultats de l'évaluation, du contenu des entrevues et du journal d'enregistrement des activités, Diane et la psychoéducatrice déterminent les objectifs du plan d'intervention. L'objectif général est de diminuer l'incidence des symptômes dépressifs sur le fonctionnement de Diane.

Le premier objectif spécifique du plan d'intervention est d'augmenter les activités valorisantes de Diane. Elle entreprend de planifier une tâche et une activité plaisante par jour à l'aide de son journal d'enregistrement de ses activités.

Le second est d'avoir une interprétation plus réaliste des événements en apprenant à nuancer ses pensées, et la psychoéducatrice lui propose d'apprendre à utiliser une grille d'observation des pensées autorapportée. Le dernier objectif de Diane est d'instaurer une routine pour l'heure du lever et de choisir le moment le plus approprié pour prendre la médication prescrite par son médecin afin de stabiliser son humeur.

Dans son suivi avec Diane, la psychoéducatrice utilise différentes approches et différents moyens d'intervention démontrés efficaces pour le traitement de personnes ayant un diagnostic de dépression. Elle utilise entre autres l'approche cognitivo-comportementale afin de travailler sur l'activation et la modification des pensées ainsi que l'entretien motivationnel pour aider Diane à se projeter dans les changements qu'elle souhaite mettre en place dans sa vie.

À la suite des interventions, Diane constate que le fait de planifier des activités plaisantes dans sa semaine lui a permis de vivre des moments positifs et de diminuer l'incidence des symptômes dépressifs sur son fonctionnement. De plus, grâce à la grille d'observation autorapportée, Diane discerne les situations et les pensées qui influent sur son humeur. Enfin, après avoir fait le constat que son humeur s'était améliorée en prenant la médication de façon régulière, Diane choisit de poursuivre le traitement prescrit par son médecin.

Sylvain

La description de la situation problématique

Sylvain, 45 ans, entame une cinquième peine fédérale (de cinq ans) pour des délits de vols qualifiés. Il a été diagnostiqué avec un trouble de la personnalité limite et antisociale, et a un problème de toxicomanie. En communauté, Sylvain fonctionne difficilement. Son quotidien est empreint d'une grande instabilité relationnelle (plusieurs relations conjugales, rupture des liens avec ses deux enfants), professionnelle (plusieurs pertes d'emplois) et résidentielle. L'historique de ses incarcérations précédentes révèle des difficultés d'adaptation, dont des relations conflictuelles avec les autres détenus, des réactions et des gestes impulsifs ainsi que des désorganisations comportementales qui l'amènent à de nombreux épisodes d'isolements. Il regrette ses comportements impulsifs après coup. Au cours de ces désorganisations, Sylvain peut s'automutiler. Il compte déjà deux tentatives de suicide par pendaison, à la suite de ruptures amoureuses.

Le psychologue qui assure le suivi de Sylvain en pénitencier lui propose d'aller dans un centre de traitement en santé mentale pour améliorer son niveau de fonctionnement. Sylvain accepte, car il est découragé et

fatigué de répéter toujours les mêmes comportements problématiques. Il fait donc une demande pour être admis au centre de traitement.

Le mandat auprès de Sylvain

Au centre de traitement de santé mentale, le mandat du psychoéducateur est d'abord de participer à l'évaluation de l'admissibilité de Sylvain au programme des troubles de la personnalité. Par la suite, le psychoéducateur aura à évaluer son fonctionnement adaptatif. Enfin, il devra élaborer un plan d'intervention, toujours en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, intervenir individuellement auprès de Sylvain et animer des ateliers de groupe sur des problématiques précises.

L'évaluation

Pour réaliser l'évaluation concernant l'admissibilité de Sylvain au programme, le psychoéducateur fait la lecture du dossier puis effectue des rencontres individuelles dans le cadre desquelles il cherche à créer une relation thérapeutique avec Sylvain, à évaluer sa motivation ainsi que ses capacités à intégrer les contenus proposés par le programme.

En ce qui concerne l'évaluation psychoéducative, le psychoéducateur utilise des entrevues semi-structurées et l'observation participante. Il recueille des informations sur l'adaptation de Sylvain aux activités prévues (artistiques, sportives) et aux tâches assignées ainsi que sur sa capacité à entretenir des relations avec les autres détenus. Il rédige ensuite un rapport sur l'évaluation des capacités adaptatives, y compris des recommandations qui orienteront le plan de traitement.

L'intervention

À partir des résultats de l'évaluation, le psychoéducateur participe, avec l'équipe interdisciplinaire, à l'élaboration d'un plan d'intervention qu'il valide avec Sylvain. Ce plan prévoit, entre autres, son intégration dans le programme de groupe du centre. Ainsi, au centre de traitement du milieu carcéral, accompagné par le psychoéducateur, Sylvain travaille à développer des stratégies lui permettant de reconnaître, de discerner et d'exprimer ses émotions sans avoir recours à des comportements violents. Il participe au programme s'adressant à des personnes présentant des troubles de la personnalité. Le travail visant les objectifs s'effectue grâce aux différentes situations de vécu partagé à l'unité et à un programme de groupe sur la gestion des émotions et de l'impulsivité.

Le lecteur peut consulter le *Plan du programme de groupe : gestion des émotions et de l'impulsivité* à l'annexe 4.

La description de la situation problématique

Marie est une femme de 36 ans, célibataire et sans enfant. Elle vit en logement autonome depuis sa majorité. Elle habite le même appartement depuis 11 ans. Elle est en couple avec son voisin. Dans la dernière année, elle a consulté et a été hospitalisée à plusieurs reprises à l'urgence psychiatrique, car elle se sentait persécutée et pensait être victime de harcèlement. Les impressions diagnostiques du psychiatre font mention de psychose toxique au moment de la dernière hospitalisation. À plusieurs occasions, des références sont faites afin que Marie puisse recevoir un traitement thérapeutique lié au problème de consommation. Marie ne complète jamais de telles démarches.

Un dernier épisode de consommation l'amène de nouveau à l'urgence psychiatrique, car des hallucinations kinesthésiques et auditives la perturbent. Elle a des idées délirantes de persécution et croit que des complots se trament contre elle. Elle refuse catégoriquement de retourner vivre à son appartement, croyant avec certitude que le plan de son exécution allait se produire. Dans ce contexte, Marie accepte d'être dirigée vers les services du Centre de réadaptation en dépendance (CRD), programme de santé mentale, dans le service d'hébergement dépannage. Marie est traitée avec un antipsychotique par injection aux quatre semaines depuis sa dernière hospitalisation.

Le mandat auprès de Marie

La prise en charge de Marie dans le contexte du dépannage est partagée entre l'équipe de réadaptation du Centre de réadaptation en dépendance et l'équipe traitante. À titre d'intervenante pivot, la psychoéducatrice évalue la nature et l'intensité des services requis. La psychoéducatrice collabore avec l'infirmière et la travailleuse sociale du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) qui assurent le suivi de la condition physique et mentale ainsi que le suivi psychosocial. Elle travaille en interdisciplinarité tant sur le plan de l'évaluation que du suivi avec les professionnels entourant Marie. Elle rencontre Marie pour mieux comprendre la symptomatologie présentée. De plus, elle évalue l'altération de son fonctionnement dans différentes sphères de vie. Elle évalue aussi les capacités d'adaptation de Marie, afin de mieux saisir les enjeux liés à son retour à domicile.

L'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation au Centre de réadaptation en dépendance (CRD), la formule d'hébergement permet une observation directe du fonctionnement de Marie, seule et en groupe, grâce à des activités proposées dans la programmation et la routine du milieu de vie. Des entrevues sont également favorisées afin de mesurer certains éléments. Un entretien téléphonique avec la travailleuse sociale de l'hôpital permet d'apprendre que Marie nie les effets de sa consommation sur sa santé mentale (persistance des symptômes psychotiques).

Différentes entrevues téléphoniques sont organisées : une entrevue téléphonique est organisée avec sa mère pour vérifier son fonctionnement à l'enfance et à l'adolescence dans son cheminement scolaire. Un entretien téléphonique avec son frère plus jeune est également prévu à la suite de l'échange téléphonique avec la mère.

Les centrations et les contextes d'observation proposés à l'équipe de réadaptation, choisis en fonction des premières impressions cliniques, sont les suivants : la qualité du sommeil la nuit, l'appétit à l'heure des repas et tout au cours de la journée, le niveau d'activité lorsque laissée à elle-même et lors d'activités de groupe,

l'hygiène personnelle, le contact avec la réalité (présence de symptômes psychotiques), l'entretien de son espace de vie, l'affect, la consommation, les stratégies de résolution de problèmes et ses différentes interactions sociales lors des moments de transition, des heures de visite et des situations de groupe. De plus, afin de connaître ses habitudes de vie, Marie compile deux fois par jour une grille (grille-maison) avec l'aide de l'équipe de réadaptation.

L'intervention

Tout d'abord, à la suite de l'évaluation des capacités fonctionnelles et des évaluations des autres professionnels concernés, la psychoéducatrice présente le dossier de Marie au mécanisme d'accès local à l'hébergement pour proposer une ressource d'hébergement, soit les appartements supervisés, avec l'objectif que Marie puisse profiter d'un encadrement et d'un soutien minimaux. La demande est acceptée, et Marie est inscrite sur la liste d'attente.

En sa présence, la psychoéducatrice effectue des entrevues téléphoniques avec les partenaires de la première ligne afin de partager l'hypothèse selon laquelle il faudra possiblement considérer un hébergement en ressource résidentielle de la région. L'intervention de la psychoéducatrice vise également à amener Marie à participer à une activité de groupe une fois par jour. Elle participe à des activités diverses : gestion des émotions, activités de loisirs, santé globale et habitudes de vie (groupe de marche, atelier sur les bons coups, biosanté). Elle assiste aux ateliers et y prend plaisir, car elle dit apprendre de nouvelles choses. Elle montre une attitude favorable à l'atteinte de l'objectif : elle est ponctuelle, connaît son horaire d'activités, répond aux questions, donne son avis, partage son vécu, écoute les autres et prend parole à son tour. La participation aux activités permet de l'aider à prendre conscience de l'effet de sa consommation sur son niveau d'énergie (au cours de phases de récupération de sa consommation).

De plus, un encadrement est mis en place afin qu'elle soit plus active durant la journée, qu'elle s'investisse davantage dans ses AVD et AVQ (lavage des vêtements et literie) et qu'elle passe moins de temps dans sa chambre allongée dans son lit (porte de chambre fermée à clé le jour).

Enfin, le plan d'intervention vise à amener Marie à faire des liens entre ses symptômes et la consommation. Marie choisit de maintenir sa consommation à un épisode par semaine.

La psychoéducatrice et l'équipe de soins utilisent différents outils et l'entretien motivationnel pour atteindre les objectifs. Des solutions alternatives à la consommation lorsqu'elle ressent un manque sont mises de l'avant. Des moyens divers sont développés pour qu'elle objective la durée de son intoxication et de sa période postconsommation. Différents concepts abordés en dépendance sont utilisés dans les interventions (fonctionnement de la dépendance, loi de l'effet, principes de tolérance).

L'état de santé mentale et physique est évalué de façon régulière. Marie est accompagnée par la psychoéducatrice à ses rendez-vous en clinique externe avec son psychiatre une fois par mois. Celui-ci constate que ses symptômes psychotiques perdurent étant donné que sa consommation est maintenue. Les objectifs sont réévalués chaque semaine en fonction du progrès sur le plan de son fonctionnement.

La description de la situation problématique

Louis est un homme de 34 ans ayant un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Il est passé d'une ressource de type familial à la vie en logement autonome avec le soutien de l'équipe de suivi intensif. Cette dernière l'aide à faire la difficile transition depuis huit ans. Louis est sous régime de protection (tutelle aux biens et à la personne) avec le Curateur public du Québec. Il est méfiant et présente des hallucinations auditives contrôlées partiellement par la médication. Louis ne manifeste aucune autocritique envers sa maladie, mais ne s'oppose pas à la prise de médication. L'équipe du suivi intensif passe du lundi au samedi pour lui livrer sa médication, car Louis a tendance à oublier certaines doses. Il consomme du cannabis et des amphétamines sur une base régulière et est vulnérable aux abus divers.

Sans stimulation et encadrement, Louis néglige aussi bien son hygiène personnelle que l'entretien de son logement. Il consomme principalement des repas déjà préparés ou congelés et manque fréquemment de nourriture si un intervenant ne supervise pas ses achats à l'épicerie. Les pairs de Louis pourraient profiter de sa vulnérabilité. Louis est peu à l'aise en public et vit beaucoup d'anxiété dans ces moments, ce qui l'amène à adopter des comportements inappropriés (p. ex. : cracher par terre à l'épicerie). Des craintes irrationnelles l'empêchent souvent de sortir de chez lui (froid intense, vents forts, se faire agresser), ce qui lui fait manquer des rendez-vous importants.

Le mandat auprès de Louis

L'équipe de suivi intensif dans le milieu est une équipe interdisciplinaire composée de différents professionnels visant à soutenir les personnes ayant des troubles graves de santé mentale. Louis est référé à l'équipe dans l'optique d'un passage d'une ressource d'hébergement de type familial à un logement autonome.

Le mandat donné à la psychoéducatrice est d'évaluer et de favoriser le développement des capacités adaptatives de Louis. Il consiste également à intervenir sur le plan du développement de l'autonomie de Louis dans le cadre des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités de la vie domestique (AVD), ainsi que sur le plan des comportements problématiques qu'il manifeste particulièrement dans les contextes sociaux.

L'évaluation

La psychoéducatrice prépare l'évaluation et détermine les centrations d'observation, dont l'autorégulation des émotions, le fonctionnement en groupe, les habitudes de vie et les activités de la vie quotidienne et domestique. Elle utilise les moments de vécu partagé et évalue Louis dans son milieu de vie. Elle rapporte ensuite les résultats de son évaluation à l'équipe interdisciplinaire. Ultérieurement, Louis est rencontré en présence de son intervenant principal afin d'établir ses objectifs d'intervention.

L'intervention

Avec le soutien de la psychoéducatrice, Louis cible différents objectifs qu'il aimerait travailler afin de réussir à vivre en logement autonome. Ces objectifs sont directement en lien avec les résultats de l'évaluation psychoéducative que la psychoéducatrice lui a présentés. Louis évalue également sa motivation envers chacun des objectifs énoncés puis priorise celui qu'il désire travailler en premier. Il choisit de se centrer sur ses AVD et AVQ.

Sur le plan des habitudes de vie, la psychoéducatrice et Louis déterminent des stratégies lui permettant d'adopter une routine au lever et au coucher. Des outils pour valider la mise en application des stratégies sont créés. Des renforceurs sont établis afin de stimuler l'investissement de Louis.

Du côté des activités de la vie domestique, la psychoéducatrice établit également un calendrier d'activités permettant à Louis de faire une tâche ménagère par jour (p. ex. : sortir les poubelles le lundi, passer le balai le mardi, etc.). Certaines tâches reviennent quotidiennement, comme le lavage de la vaisselle.

Sur le plan des troubles de comportement et de l'anxiété vécue en situation sociale, la psychoéducatrice utilise des mises en situation et des jeux de rôle afin d'aider Louis à développer des habiletés sociales et à diminuer l'anxiété. La psychoéducatrice accompagne Louis à des activités de loisirs dans la communauté afin qu'il puisse mettre en action les habiletés développées dans le cadre du suivi psychoéducatif. Par ailleurs, la psychoéducatrice recommande à l'équipe de ne pas intervenir sur les habitudes de consommation et de jeu compulsif de Louis. Ces habitudes constituent actuellement pour lui un moyen de gérer son anxiété. On vise donc à ce que la consommation et l'utilisation des jeux de hasard diminuent grâce à l'effet des interventions ciblant la diminution de l'anxiété.

Fernand

La description de la situation problématique

Fernand, 38 ans, est hospitalisé dans un institut psychiatrique depuis plusieurs années. Depuis peu, il a été transféré dans une nouvelle unité de soins. Il présente des symptômes délirants paranoïdes, ce qui fausse ses interprétations de la réalité. Il a des déficits cognitifs importants, un trouble de la personnalité antisociale, un historique de violence et un problème d'impulsivité. Fernand présente également de sérieux problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Le psychiatre soupçonne des lésions neurologiques attribuables à de nombreuses intoxications à des produits chimiques et à de la vapeur d'essence ou de solvant. Fernand est originaire d'un milieu socioéconomique pauvre et il a grandi dans un milieu familial dysfonctionnel. Les parents présentaient des problèmes de toxicomanie. Fernand a été retiré du milieu familial à la suite d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse. Il a vécu plusieurs placements au cours de son enfance. Il lui est difficile de recevoir les refus et de tolérer les délais. Dans ses interactions avec ses pairs, il perçoit souvent de la provocation à laquelle il répond par la violence. La semaine dernière, il a injurié le personnel, a menacé de frapper certains intervenants et a agressé un autre résident.

Le mandat auprès de Fernand

À la suite de son agression sur un autre résident, Fernand a été mis en isolement dans le cadre d'une intervention non planifiée, puisque l'évaluation de son comportement signalait un danger imminent pour autrui. C'est pourquoi, rapidement, une analyse postsituationnelle en équipe interdisciplinaire a été réalisée et le plan d'intervention a été revu avec l'utilisateur.

L'équipe clinique (psychiatre, psychoéducateur, psychologue, criminologue, éducateurs spécialisés et infirmières) travaille à mettre en place un plan d'intervention pour permettre à Fernand de développer des stratégies d'adaptation qui pourraient l'aider à se contenir et à éliminer les comportements d'agression.

À la suite de l'agression qu'il a commise sur un autre patient, et compte tenu du fait que Fernand a un comportement présentant un danger réel pour autrui et susceptible de se répéter, le psychiatre a prescrit, avec le consentement du patient, une mesure de contrôle planifiée.

Dans un premier temps, le psychiatre a rencontré Fernand pour écouter son point de vue sur la situation et planifier avec lui des moyens pour l'aider à faire face aux situations qui l'amènent à avoir un comportement qui présente un risque de lésion pour autrui.

Le psychiatre discute avec lui des possibilités qu'il entrevoit quant à la modification de sa médication et lui propose aussi, entre autres, le soutien d'un psychoéducateur qui pourrait l'aider à composer avec les stress de son environnement.

L'évaluation

Après avoir pris connaissance des différentes évaluations rédigées par le psychiatre, le psychologue et le criminologue, et après avoir consulté les notes quotidiennes rédigées par les infirmières et les éducateurs dans le dossier, le psychoéducateur complète son évaluation psychoéducative. Dans le cadre de son évaluation, il aménage des moments d'observation directe, en vécu partagé, et fait remplir une grille d'évaluation validée sur l'impulsivité. À la suite de cette évaluation, il planifie une intervention qui vise le développement des capacités adaptatives de Fernand en tenant compte des facteurs de protection et des facteurs de risque. Il suggère de poursuivre les objectifs d'aider Fernand à développer, par défis gradués, des moyens de tolérer les stimuli du quotidien, dont la proximité des autres patients, les délais et les refus. Compte tenu des éléments relevés dans l'évaluation, il semble indiqué de proposer à Fernand un programme de gestion de l'impulsivité.

L'intervention

Le plan d'intervention se fait de concert avec Fernand, et celui-ci a donné son consentement pour son application. Ce consentement inclut les interventions pour le développement des capacités adaptatives, des mesures de remplacement à la mesure de contrôle, mais aussi sur le retour de Fernand en chambre aux heures convenues. Une évaluation continue est effectuée avec Fernand au moins une fois par semaine. Le psychoéducateur commence les interventions qu'il a planifiées, et les éducateurs spécialisés prendront le relais par la suite.

Le psychoéducateur réévalue périodiquement l'évolution de Fernand à la suite de la mise en place du plan d'intervention. Après trois semaines d'intervention, Fernand sort deux heures le matin, deux heures en après-midi et deux heures en soirée, sans contention. Une rencontre avec un intervenant (éducateur ou psychoéducateur) a lieu à chacune de ses sorties, et Fernand bénéficie d'un temps libre qui lui permet d'avoir aussi des interactions avec ses pairs.

Description d'une intervention sur-le-champ, en situation de vécu partagé

Au cours de la matinée, un autre résident, Georges, qui présente un problème de toxicomanie a reçu des mains de Fernand les médicaments de ce dernier, qui résistait à les prendre. Plus tard dans l'après-midi, Georges, qui a accepté les médicaments de Fernand, est rencontré par le psychoéducateur dans la salle de télévision, vitrée, pour faire un retour sur cette situation.

Pendant que se déroule la rencontre, Fernand est assis près du téléphone juste en face de la salle de télévision et observe la scène. À un moment donné, il se lève et dit sur un ton fort, en pointant Georges : « C'est des mensonges. Il veut juste me mettre dans le trouble. » Le psychoéducateur qui est en entrevue avec Georges se lève, ouvre la porte et dit : « Ça ne va pas Fernand? » Fernand réplique en haussant le ton et en s'approchant avec un air intimidant : « J'en ai assez! J'vais y casser la gueule! » À ce moment, le psychoéducateur voit s'approcher, en soutien à son intervention, l'intervenant qui est dans la salle de séjour et s'arrêter à une distance sécuritaire. Fernand pointe du doigt l'autre patient et lui dit : « J'te le dis, moi, je vais lui casser la gueule s'il continue à me salir. »

Le psychoéducateur doit faire une intervention sur-le-champ. Il observe la situation et évalue qu'il y a un danger imminent de passage à l'acte violent. Il a l'option de demander au patient de retourner à sa chambre, même si son temps avec le groupe n'est pas terminé. Par contre, compte tenu de ses facteurs de risque et des éléments déclencheurs pour Fernand, cette intervention risque de provoquer un passage à l'acte violent. Il sait toutefois que si Fernand maintient des comportements qui présentent un danger imminent, il sera justifié, sans obtenir son consentement, d'utiliser une mesure de contrôle non planifiée, puisqu'il s'agit d'une situation d'urgence. Toutefois, avant de procéder à la mesure de contrôle, il sait qu'il doit tenter de mettre en place une mesure de remplacement.

L'équipe du CHSLD

La description de la situation problématique

M^{me} Tremblay, 58 ans, souffre d'un trouble bipolaire, d'un trouble de personnalité limite et de sclérose en plaques. Elle est hébergée en CHSLD depuis six mois en raison d'une perte d'autonomie physique.

Depuis son arrivée, l'équipe observe une détérioration de son fonctionnement, aussi bien sur le plan physique (difficulté à se déplacer, douleurs, perte d'endurance à la marche), psychologique (isolement, tristesse, pleurs fréquents), que sur le plan comportemental (crise de colère, refus de recevoir des soins et les activités proposées dans le milieu, fugues de l'unité, opposition au cadre proposé). M^{me} Tremblay mentionne vouloir retourner vivre en appartement. Elle est hospitalisée à deux reprises pour un changement de médication. Le psychiatre diagnostique un trouble de l'adaptation et il ajuste la médication de la résidente. Malgré les interventions, les difficultés persistent.

Le mandat auprès de l'équipe du CHSLD

Dans le cadre de son mandat en rôle-conseil, la psychoéducatrice de l'équipe de santé mentale adulte est amenée à soutenir et à conseiller les équipes de soins et de services des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du territoire dans leurs interventions.

L'infirmière responsable de l'unité où est hébergée M^{me} Tremblay formule une demande de soutien à la psychoéducatrice concernant la gestion des difficultés d'adaptation de la résidente à son milieu. La psychoéducatrice planifie une rencontre avec l'équipe de soins et de services, qui comprend l'éducatrice spécialisée du centre d'hébergement, un préposé aux bénéficiaires et l'infirmière responsable de l'unité.

L'évaluation et l'intervention

La psychoéducatrice prend connaissance de la demande ainsi que des besoins et des attentes de l'équipe. Elle dirige la discussion tout en faisant la collecte des informations pertinentes à son évaluation. Elle recueille la perception des membres de l'équipe, leur compréhension et les hypothèses sur les comportements de la résidente. Elle pose également des questions sur les interventions qui ont été réalisées jusqu'à ce moment.

Au cours de la discussion clinique, la collecte de données permet de discriminer les contextes d'apparition des comportements, les facteurs de stress vécus, les deuils et les enjeux relationnels entre la résidente et un membre de l'équipe. De plus, la discussion aide à clarifier la façon dont la situation et le contexte de vie de M^{me} Tremblay sollicitent ses capacités adaptatives. Ainsi, la rencontre permet à l'équipe de formuler des hypothèses sur la fonction des comportements, sur les besoins à prendre en considération et les ressources présentes dans le milieu. Finalement, des pistes d'intervention sont déterminées.

Enfin, la consultation clinique est également une occasion d'enseignement sur les problèmes de santé mentale de façon générale, sur leurs manifestations de même que sur les interventions à privilégier ou à éviter.

Annexe 4

Plan du programme de groupe : gestion des émotions et de l'impulsivité

(Programme cité dans la vignette mettant en scène l'intervention auprès de Sylvain)

Sujets	Détenus du Centre de traitement résidant dans l'unité pour les troubles de la personnalité (groupe d'environ 10 détenus). Les détenus ont un objectif en lien avec la gestion des émotions dans leur plan de traitement.
Buts et objectifs	<p>Objectif général : Permettre aux détenus/patients d'acquérir des connaissances ainsi que des habiletés portant sur la gestion des émotions et le développement d'un meilleur contrôle de soi.</p> <p>Objectifs spécifiques:</p> <p>Définir les émotions. Prendre conscience de ses émotions et les identifier. Différencier la colère de la violence. Reconnaître les différentes formes de la violence. Se responsabiliser quant à ses comportements impulsifs. Comprendre l'effet de ses pensées sur ses réactions. Apprendre des stratégies adéquates de gestion des émotions. Développer des habiletés de communication efficace.</p>
Programme et contenu	<p>Séance 1 : La prise de contact Établir les règles du groupe. Signature du consentement à participer à l'activité et du contrat de confidentialité et ses limites. Exercice : activité brise-glace pour favoriser la dynamique du groupe.</p> <p>Module 1 : Exploration des émotions Définir les émotions. Distinction entre émotion saine et inadaptée Les quatre émotions de base Manifestations physiologiques</p> <p>Module 2 : Expression des émotions Intensité (thermomètre) Déclencheurs internes vs externes</p> <p>Module 3 : Modèle ABC Effet des pensées sur nos émotions et nos comportements</p> <p>Module 4 : Violence Distinction entre colère et violence; les formes de violence Identification de valeurs et de croyances qui favorisent la violence</p>

	<p>Module 5 : Stratégies de gestion des émotions Enseignement de nouvelles stratégies et mise en pratique</p> <p>Module 6 : Communication efficace Les styles d'affirmation Enseignement d'habiletés sociales et mise en pratique</p>
Moyens de mise en relation	<p>Adopter un style d'animation semi-directif. Favoriser les interventions et les échanges entre les détenus. Poser des questions ouvertes pour stimuler la participation et la discussion. Utiliser le vécu des participants pour illustrer les concepts. Faire des mises en situation pour favoriser l'intégration des connaissances. Visionner des vidéos afin d'utiliser plusieurs méthodes d'enseignement. Remettre un cahier de participant à chacun des participants Effectuer un rituel de début et de fin de rencontre (tour de table). Demander à chaque détenu de se fixer un objectif personnel en lien avec sa participation au groupe au moment des rencontres individuelles d'évaluation. Afficher les règles de groupe dans la salle.</p>
Code et procédure	<p>Un tour de table sera effectué au cours de la première rencontre afin d'établir les règles du groupe que les participants s'approprièrent. Toutefois, les règles suivantes seront encouragées en fonction du groupe :</p> <p>Les participants doivent être présents à toutes les séances. Le respect et la confidentialité sont essentiels. Attendre son tour de parole avant de parler. L'écoute active est favorisée. Les participants doivent partager leurs opinions sans dénigrer les autres. Les moqueries ne seront pas tolérées. Avoir une participation active. Un formulaire de respect de la confidentialité qui mentionne également les limites à la confidentialité sera signé avec les détenus. Le formulaire de consentement indique les conséquences à la suite d'une absence non motivée ou du non-respect d'une règle de groupe.</p>
Contexte temporel	<p>Durée d'environ une heure et demie par séance (sans pause). Fréquence : trois rencontres par semaine pour un total de 21 séances.</p>
Contexte spatial	<p>Les séances se déroulent toujours dans le même local. Les détenus et les animateurs sont assis autour d'une table (style table de conférence). Un espace libre est aussi prévu afin de faire les mises en situation.</p>
Animateurs du milieu	<p>Deux psychoéducateurs travaillant dans l'unité des troubles de la personnalité.</p>
Système de responsabilité	<p>Les responsabilités des détenus : Se présenter à l'heure et à l'endroit désignés. Suivre le code et la procédure établis à la première rencontre. Participer activement à chaque séance. Réfléchir et répondre aux questions posées. Demander des éclaircissements s'ils ne comprennent pas. Effectuer les devoirs qui leur sont donnés.</p>

	<p>Se respecter et respecter les autres.</p> <p>Les responsabilités des animateurs : Planifier, organiser et animer les rencontres. Enseigner les divers thèmes aux participants et s'assurer de leur compréhension. Répondre aux questions. S'assurer du bon fonctionnement de la rencontre. Être disponible pour des rencontres individuelles, au besoin. Être responsable de l'évaluation ponctuelle et globale des participants.</p>
<p>Système d'évaluation et de reconnaissance</p>	<p>À toutes les séances, une grille d'observation sera remplie pour chacun des participants.</p> <p>Une rencontre individuelle sera prévue au milieu de l'activité clinique afin de donner de la rétroaction concernant l'implication du détenu et exprimer les attentes pour la suite de l'activité clinique.</p> <p>À la fin de l'activité clinique, un rapport décrivant le cheminement du détenu/patient dans l'activité clinique est rédigé. Remise d'un certificat aux détenus qui ont terminé l'activité clinique.</p> <p>Questionnaire d'évaluation des connaissances des participants.</p>

Annexe 5

Fiche sur la contribution du psychoéducateur en collaboration interprofessionnelle

Titre du professionnel :

- Psychoéducateur

Enjeux pour le psychoéducateur et la psychoéducatrice dans une approche de collaboration interprofessionnelle :

- L'évaluation et l'intervention psychoéducatives ont pour cibles les trois pôles que sont la personne, son environnement et l'interaction entre les deux. Elles s'inscrivent donc dans une approche écosystémique qui nécessite une collaboration entre l'équipe de soins, les partenaires et le patient.
- Le psychoéducateur s'attarde à saisir la fonction des comportements. Pour ce faire, il fait notamment une évaluation fonctionnelle permettant de préciser la nature des difficultés auxquelles est confrontée la personne et de lui offrir les services et soins appropriés. Son évaluation a comme finalité l'élaboration et le suivi d'un plan d'intervention. Elle est donc indissociable de l'intervention.
- Les stratégies déployées par le psychoéducateur prennent appui sur sa participation aux activités quotidiennes de la personne, ainsi que celles qu'il organise. En mobilisant, en soutenant et en accompagnant concrètement la personne et son entourage, il met à profit des éléments significatifs de l'environnement social pour que la personne y reconnaisse ses compétences, construise ses propres solutions et retrouve son équilibre. Son action professionnelle peut donc différer des modes habituels d'intervention.

Activités professionnelles :

Le psychoéducateur évalue les difficultés et les capacités adaptatives de la personne en interaction avec son environnement et l'accompagne dans son milieu, afin de favoriser son adaptation optimale.

Il évalue les manifestations comportementales chez la personne, propose un plan d'intervention, s'assure de son application et en évalue les résultats.

En collaboration avec les autres membres de l'équipe et le patient, le psychoéducateur :

- Effectue la prévention et le dépistage des difficultés d'adaptation.
- Évalue les capacités adaptatives du patient (enfant, adolescent, adulte ou personne âgée), de même que les conditions de son environnement, et établit un pronostic sur ces capacités dans le but de déterminer et de mettre en œuvre le plan d'intervention qui en découle, proposant des solutions propres aux besoins du patient dans une perspective de rétablissement.
- Contribue à l'évaluation diagnostique au sein d'équipes multidisciplinaires, à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire et à la coordination des interventions.
- Élabore le plan d'intervention psychoéducatif et en assure le suivi, en correspondance à sa contribution au plan d'intervention interdisciplinaire.

- Réalise des interventions directes auprès du patient (ou du groupe de patients) qu'il accompagne dans son quotidien, ainsi qu'auprès des personnes de son entourage qu'il met à contribution, soutient et conseille. S'appuyant sur leurs forces et ressources, il propose à la personne et à son environnement des défis gradués qui viendront favoriser et soutenir un processus adaptatif croissant.
- Conçoit et anime des programmes adaptés aux besoins des patients, qu'ils soient individuels ou de groupe.
- Collabore avec les partenaires externes impliqués auprès du patient et réfère celui-ci aux ressources appropriées au besoin.
- Agit en rôle-conseil ou en supervision auprès d'intervenants, d'équipes ou d'organismes généralement du réseau de la santé, des services sociaux et de l'éducation, ou autres, mettant à profit son expertise en lien avec les capacités adaptatives.

Exemples de conditions pour lesquelles un patient peut bénéficier d'une collaboration interprofessionnelle :

- Difficultés relationnelles ou comportementales (conflit, rupture, agressivité, violence, toxicomanie, etc.).
- Difficultés d'intégration sociale (intégration scolaire, immigration, isolement, intimidation, etc.).
- Difficultés d'adaptation liées à un problème de santé mentale ou physique.
- Difficultés à la suite d'un événement déstabilisant (perte d'emploi, deuil, trauma, etc.).
- Difficultés d'adaptation relevant d'une situation complexe.

Source : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/fiches/ordre-psychoeducateurs-psychoeducatrices-quebec/>



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