

Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation



Lignes directrices



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

Comité de travail

Sylvain Daigneault, ps.éd., Les Centres jeunesse de Lanaudière
Louise Dépelteau, Ph. D., ps.éd., Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
Claude Dessureault, ps.éd., Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
Jean Hénault, ps.éd., Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
Brigitte Moreault, T.S., Association des centres jeunesse du Québec
Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd., Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Rédaction et coordination

Louise Dépelteau, Ph. D., ps.éd., Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd., Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Consultations

Pascale Adam, ps.éd., Les Centres jeunesse de Lanaudière
Frédéric Albert, Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire
Christian Allard, Centre jeunesse de l'Estrie
Danielle Basque, ps.éd., Centre jeunesse de la Montérégie
Mathieu Bédard, ps.éd., Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Marianne Béland, ps.éd., Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean
Jean Bissonette, Les Centres jeunesse de Lanaudière
Emilie Caya, ps.éd., Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Emmanuelle Courcy, ps.éd., Centre jeunesse de la Montérégie
Jean-Marie Daigneault, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
Claudia Girard, ps.éd., Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire
Pierre-Thérèse Jean, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
Philippe Lambert, ps.éd., Centre jeunesse de l'Estrie
Josée Lehoux, ps.éd., Université de Montréal
Alexandra Plourde, ps.éd., Les Centres jeunesse de Lanaudière
Claude Poitras, Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean

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. (2014). *Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Montréal.

Tous droits réservés
©OPPQ, 2014.

TABLE DES MATIÈRES

1. Le projet de loi 21	1
2. But des lignes directrices	2
3. Particularités de l'activité réservée	2
3.1 Ce qui est réservé	2
3.2 Ce qui n'est pas réservé	3
4. Le PI en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	3
5. La détermination du PI	4
5.1 Déterminer le PI en lien avec le champ d'exercice de la profession	5
5.2 Les compétences professionnelles en lien avec le PI	6
6. La personne atteinte d'un trouble mental	8
6.1 Santé mentale, problème et trouble de santé mentale	9
6.2 Principaux facteurs associés au trouble mental	10
6.3 Évaluation du trouble mental et pistes d'intervention	11
7. La personne présentant un risque suicidaire documenté	12
7.1 Évaluation du risque suicidaire	12
7.2 Intervention et risque suicidaire	14
7.3 Évaluation et intervention en situation d'urgence suicidaire	14
8. Considérations éthiques et cliniques	15
8.1 Le lien relationnel	15
8.2 La collaboration avec les partenaires	16
8.3 Le respect des droits	16
8.4 La responsabilité	16
Références	18

1. Le projet de loi 21

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL 21), adoptée en juin 2009 et mise en application le 20 septembre 2012, s'inscrit dans le cadre des fondements du système professionnel, soit l'imputabilité, la responsabilité et la formation continue.

Le PL 21 garantit aux clientèles vulnérables que les évaluations et les interventions comportant un risque élevé de préjudice seront réalisées par des professionnels¹ et, de ce fait, couvertes par les mécanismes de protection du public.

Cette loi définit le champ d'exercice des différentes professions en relations humaines, introduit la notion d'activités réservées à des professionnels et encadre la pratique de la psychothérapie. Le PL 21 inclut la prévention du suicide parmi les activités d'information et de prévention communes à l'exercice de certaines professions de la santé. Sans être réservées, ces activités de prévention font partie de la pratique pour laquelle le professionnel est imputable au regard de la protection du public.

Le PL 21 fait appel aux connaissances et aux compétences spécifiques des professionnels ainsi qu'à leur complémentarité afin d'offrir des services de qualité à la population. Une activité réservée peut être exercée par plusieurs professionnels, chacun y apportant sa contribution spécifique selon son champ d'exercice.

Le champ d'exercice du psychoéducateur est défini ainsi :

« Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un PI 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 » (Guide explicatif, section 2.7).

C'est donc sous cet angle que seront réalisées les sept activités réservées au psychoéducateur, en partage avec les autres professionnels.

La définition des champs d'exercice et la notion de réserve d'activités à risque de préjudice ont des impacts sur la pratique professionnelle. C'est pourquoi l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) rédige des lignes directrices pour soutenir l'apport des psychoéducateurs dans la réalisation de ces activités. Lorsque ces activités sont réalisées en centre jeunesse, l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) est partenaire de la démarche.

¹ L'emploi du terme professionnel dans ce texte désigne un intervenant membre de son ordre professionnel.

2. But des lignes directrices

Ce document aborde l'activité réservée suivante :

Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

L'objectif des lignes directrices est de recommander aux psychoéducateurs une pratique en matière de détermination du plan d'intervention (PI) pour la clientèle ciblée, en lien avec leurs obligations déontologiques, leur champ d'exercice et le contexte juridique et pratique. Ces lignes directrices doivent être comprises comme faisant partie des règles de l'art de la profession.

Ce document vise à assurer une cohérence et une uniformité d'interprétation des dispositions du PL 21. Il est destiné aux psychoéducateurs qui réalisent ces activités et aux gestionnaires qui ont à constituer des équipes de travail en interdisciplinarité.

Le document présente les particularités de l'activité réservée, le contexte de son application, la nature de l'activité et la clientèle concernée. Il aborde aussi quelques considérations éthiques et cliniques.

3. Particularités de l'activité réservée

L'application de cette activité réservée est circonscrite dans le guide explicatif du PL 21, document qui représente le consensus de tous les ordres concernés et de l'Office des professions du Québec.

Cette activité est réservée au psychoéducateur et au travailleur social, dans le cadre de leur champ d'exercice respectif, quel que soit leur titre d'emploi.

3.1 Ce qui est réservé

- La détermination du PI pour une clientèle présentant une double problématique
 - 1) Un problème d'adaptation sociale majeur nécessitant un hébergement en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (unité de réadaptation, foyer de groupe institutionnel, ressources intermédiaires incluant les ressources de type maison d'accueil et résidence de groupe) et 2) un trouble

mental diagnostiqué ou attesté par un professionnel habilité² (conclusion provisoire ou finale)³ ou un risque suicidaire documenté.

- La révision du PI lorsque le trouble mental ou le risque suicidaire est identifié en cours d'actualisation du PI.

Le guide explicatif fait référence au PI qu'un établissement doit élaborer afin de cerner les besoins, les objectifs, les moyens et la durée prévisible des services et d'assurer la coordination des services par les intervenants concernés de l'établissement.

3.2 Ce qui n'est pas réservé

- La détermination du PI lorsque le trouble mental n'est pas avéré, c'est-à-dire en l'absence de conclusions provisoires ou finales;
- La détermination du PI lorsque le jeune est hébergé en appartement supervisé, en ressources de type familial, ces ressources n'étant pas considérées comme des installations d'un centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);
- L'identification de la présence du risque suicidaire;
- La mise en œuvre du PI, c'est-à-dire l'application du PI réalisée par tous les intervenants désignés par l'établissement.

4. Le PI en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Les centres jeunesse (CJ) ont pour mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et de réinsertion sociale à des enfants et à des adolescents en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Ils offrent également des services d'hébergement en vertu de la LSSSS à la suite de la demande des CSSS. Les services sont dispensés aux jeunes âgés de moins de 18 ans, mais peuvent se poursuivre après l'âge de 18 ans dans certaines situations (LSPJA, hébergement en vertu de la LSSSS).

² Les professionnels identifiés par le PL 21 pour l'évaluation du trouble mental sont le médecin, le psychologue et, s'ils sont habilités par leur ordre professionnel, le conseiller d'orientation et l'infirmière. Le sexologue habilité peut évaluer les troubles sexuels.

³ Selon le Guide explicatif (section 3.6.1), un professionnel habilité peut émettre une conclusion provisoire en l'absence des informations nécessaires à une conclusion définitive. Une conclusion finale est celle que communique un professionnel habilité lorsque toutes les informations nécessaires sont disponibles et valides y compris celles obtenues auprès d'autres professionnels.

L'offre de services spécialisés des CJ s'appuie sur l'évaluation des besoins des personnes qui requièrent ces services. L'élaboration d'un PI est exigée par la loi. La LSSSS encadre l'activité d'élaboration du PI, lequel doit cerner les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services fournis. Les PI ainsi que leurs évaluations et leurs révisions sont réalisés en collaboration avec l'utilisateur. Le PI est déterminé par la personne autorisée par le Directeur de la protection de la jeunesse ou le délégué à la jeunesse en partenariat avec différents collaborateurs.

En ce qui concerne la détermination du PI pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire, l'activité réservée est exercée par les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux pratiquant en CJ. Elle peut également être exercée par les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux pratiquant en CSSS qui ont à assurer le suivi psychosocial d'un jeune hébergé en CJ dans le cadre d'un placement en vertu de la LSSSS.

Au-delà de l'obligation légale, le PI demeure une activité clinique des intervenants à l'intention des jeunes. Il sert d'instrument de planification, de coordination et d'intégration des services offerts par les intervenants d'un même établissement.

- Pour le jeune et les personnes de son environnement, le PI donne un sens au cheminement proposé, à l'action des intervenants, aux activités et programmes offerts. La participation du jeune et de sa famille au PI permet un échange pour clarifier les attentes et favoriser la compréhension des objectifs, l'engagement, la responsabilisation. C'est aussi un moyen privilégié pour consolider le lien de confiance.
- Pour les intervenants en interaction avec le jeune, le PI permet une lecture commune des capacités et des besoins du jeune et de sa famille, du sens général de l'intervention. Il favorise la cohérence et la convergence des interventions des différents intervenants. Le PI constitue un des éléments de continuité dans le parcours clinique du jeune lors du changement d'intervenants.

5. La détermination du PI

L'acte de déterminer un PI revêt un caractère formel. Le psychoéducateur qui appose sa signature sur le PI en prend la pleine responsabilité. Il s'assure que la démarche clinique, comprenant les étapes suivantes, a été réalisée :

- Une compréhension globale suffisante permettant de faire une analyse de la situation et de poser un jugement clinique;
- Un partage de l'opinion clinique avec le jeune et sa famille;
- Une actualisation de l'intervention en services, en objectifs et moyens afférents;

- Une communication de l'intervention aux autres professionnels impliqués pour assurer leur adhésion et une action concertée.

Le psychoéducateur qui détermine un PI doit être en mesure d'expliquer la démarche clinique, notamment la cohérence entre les résultats de l'évaluation confirmant la présence d'un trouble mental ou d'un risque suicidaire et certains moyens inscrits au PI visant le soutien du jeune en regard de sa problématique (ACJQ, 2013). Le professionnel doit avoir examiné si les moyens proposés sont adaptés à la problématique présentée et avoir rencontré le jeune (ACJQ, 2013). Cette rencontre peut se réaliser à différents moments de la démarche.

Le professionnel demeure attentif à l'évolution de la situation. Si un nouveau professionnel prend la relève, il lui revient de s'approprier le PI pour en assurer la continuité.

5.1 Déterminer le PI en lien avec le champ d'exercice de la profession

L'exercice de cette activité s'adresse à une clientèle présentant des problèmes majeurs d'adaptation nécessitant un hébergement en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et un trouble mental attesté ou un risque suicidaire documenté. Le PI doit inclure des objectifs de réadaptation et des objectifs de nature psychosociale.

« L'intervention de réadaptation est complémentaire à l'intervention psychosociale. L'intervention psychosociale met l'accent sur le fonctionnement du système familial [...] et l'intervention de réadaptation concerne le développement de compétences des membres associés à ce système familial » (MSSS, 2013, p. 13).

La réadaptation est un processus d'aide et d'accompagnement qui vise la reprise ou la poursuite du développement du jeune en faisant appel aux capacités adaptatives du jeune et en travaillant à recréer des liens positifs entre celui-ci et ses parents, sa famille et sa communauté (Gendreau, 2001).

En ce sens, le champ d'exercice du psychoéducateur et celui du travailleur social sont complémentaires. Le premier vise à [...] rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu. Le second vise à [...] soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu (Guide explicatif, sections 2.3 et 2.7).

Le travail en interdisciplinarité est essentiel. Les professionnels exerçant cette activité réservée doivent prendre en compte les informations, les observations, les évaluations et les recommandations du personnel accompagnant le jeune dans le milieu d'hébergement et à l'extérieur de celui-ci.

La contribution du psychoéducateur au PI est influencée par la vision psychoéducative du concept d'adaptation et par la notion de convenance (Gendreau, 2001; Renou, 2005 et Pronovost *et al.*, 2013). Les défis proposés doivent présenter un écart avec la situation à corriger, écart qui suscite la motivation, l'intérêt et l'anticipation de la réussite pour le jeune (Gendreau, 1978). L'objectif du PI visera l'équilibre dans l'interaction entre les potentialités de la personne (PAD) et les potentialités qui prévalent dans le milieu où elle est exposée (PEX) (Gendreau, 2001). Le PI sera centré sur l'adaptation optimale du jeune et le développement des conditions offertes par son milieu pour favoriser cette adaptation.

5.2 Les compétences professionnelles en lien avec le PI

Déterminer un PI fait partie des compétences attendues du psychoéducateur : « déterminer, en accord avec le mandat reçu, un plan ou un programme d'intervention, préventif ou réadaptatif, pour une personne, une famille, un groupe ou une organisation » (OPPQ, 2010b).

Le psychoéducateur exerce cet acte professionnel en s'appuyant sur ses connaissances, en utilisant ses habiletés d'opérationnalisation et de communication et en manifestant une attitude d'ouverture. L'Ordre énonce six opérations inhérentes à cette deuxième compétence du *Profil des compétences générales des psychoéducateurs*. Ces opérations sont relues ici à la lumière de la pratique en CJ.

À partir des résultats de l'évaluation, déterminer des objectifs d'intervention qui s'appuient sur des pratiques dont l'efficacité est reconnue.

Le psychoéducateur utilise les résultats des évaluations réalisées par d'autres intervenants⁴ et l'évaluation psychoéducative pour poser un **jugement clinique** sur la situation, notamment, sur les symptômes associés au trouble présenté, leur interaction, leur impact sur l'adaptation et les zones de dysfonctionnement distinctes du trouble. Il s'appuie sur sa connaissance des bonnes pratiques concernant le trouble mental présenté ou le risque suicidaire pour définir le sens général de l'intervention, les interventions à préconiser et à proscrire ainsi que les enjeux pour le jeune et sa famille. Il pose une **hypothèse explicative** sur les facteurs sous-jacents au problème présenté (apprentissage, capacités et compétences, volonté et motivation) et sur le changement souhaité. Il avance des objectifs réalistes en lien avec la problématique présentée, les capacités du jeune en interaction avec son entourage et les délais de réalisation du plan.

⁴ L'évaluation du trouble mental est réservée au médecin et au psychologue et, s'ils sont habilités par leur ordre, au conseiller d'orientation et à l'infirmière. Le sexologue habilité peut évaluer les troubles sexuels. L'évaluation du risque suicidaire n'est pas réservée.

Déterminer des modalités d'aide ou des stratégies d'intervention, appropriées aux capacités adaptatives et aux difficultés d'adaptation de la personne, du groupe, de la famille ou de l'organisation, qui tiennent compte des ressources de l'environnement.

Le psychoéducateur tient compte des capacités du jeune, de sa famille, des ressources de l'environnement, des limites inhérentes au trouble mental ou au risque suicidaire pour concevoir des **défis gradués, motivants et réalisables** concernant l'adaptation du jeune, le renforcement de son milieu et le développement d'un équilibre dans les interactions entre le jeune et son milieu. Il utilise les **forces adaptatives comme levier d'intervention**. Il détermine le **niveau de soutien requis** dans la démarche du jeune et de sa famille : aide, assistance et conseil (faire pour, faire avec, faire faire). Il identifie des moyens qui décrivent l'action de l'intervenant, des parents et du jeune pour atteindre les objectifs, notamment les actions que le jeune et sa famille utiliseront lors de situations stressantes ou conflictuelles. Le choix des moyens est en lien avec la capacité des clients de les mettre en œuvre. Déterminer les modalités d'intervention pour la clientèle atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire, c'est aussi préciser le niveau d'encadrement général nécessaire (structurant, sécurisant) et les stratégies éducatives appropriées à la problématique.

Identifier des programmes de prévention ou de réadaptation pertinents et adaptés à la situation.

Le psychoéducateur identifie les programmes existants appropriés à la situation. Il peut également, si les ressources le permettent, adapter ou élaborer un programme ou des activités d'accompagnement. Ces programmes incluent des activités individuelles ou de groupe concernant la compréhension de la dynamique du trouble présenté, l'apprentissage d'habiletés, la restructuration des distorsions cognitives, la gestion du stress, etc.

Déterminer l'ensemble des composantes et des conditions nécessaires à la réalisation du plan ou du programme d'intervention.

Les conditions de réalisation du PI réfèrent à l'échéancier ainsi qu'aux conditions économiques et sociales dans lesquelles il s'insère. Le plan doit être réaliste et tenir compte des possibilités et du rythme de développement du jeune et de son milieu. En santé mentale, les changements sont souvent plus lents et tributaires de la symptomatologie. Le psychoéducateur organise et met en place les conditions qui permettent au jeune et à son environnement de participer aux programmes proposés ou d'utiliser les moyens identifiés. Les conditions comprennent également la communication du plan à tous les intervenants qui participeront à sa mise en œuvre.

Solliciter la participation des acteurs concernés dans l'élaboration du plan ou du programme d'intervention et préciser la contribution de chacun d'eux.

C'est avec le jeune et sa famille que se fait la rédaction finale des objectifs spécifiques, lesquels traduisent **l'acquisition d'un comportement, d'une habileté**; ils sont mesurables, formulés par un verbe d'action dans un langage accessible au jeune et à sa famille. La participation des acteurs concernés favorise leur compréhension de la dynamique, leur responsabilisation et leur engagement. Elle répond aussi du consentement aux services. Le psychoéducateur transmet à la personne les informations pertinentes pour obtenir son consentement éclairé et s'assure que la personne comprend les enjeux et qu'une collaboration est maintenue (OPPQ, 2010a).

Déterminer des moyens d'évaluation en vue d'assurer l'implantation et le suivi du plan ou du programme d'intervention et d'en mesurer les effets et les résultats à court et à long terme.

La révision du plan doit s'appuyer sur des **indices observables de réussite**. Il s'agit des critères qui permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs. En cas de non-réussite ou de réussite partielle, le plan ne devrait pas être reconduit sans un questionnement sur la pertinence des objectifs et la mise en œuvre des conditions de réalisation.

6. La personne atteinte d'un trouble mental

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans 50 % des cas, les troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans. Au Québec, l'étude réalisée en 2007 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rapporte que 45 % des jeunes hébergés en CJ ont un diagnostic, ou une impression diagnostique, de trouble mental inscrit à leur dossier. Ces jeunes se répartissent ainsi :

- 14,26 % ont un trouble mental léger à modéré : trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité, trouble de l'adaptation, trouble relationnel parent-enfant, trouble de l'opposition, trouble des conduites et troubles anxieux;
- 13,37 % ont un trouble mental grave : trouble réactionnel grave de l'attachement, traits ou trouble de la personnalité, dépression, troubles psychotiques, trouble bipolaire, trouble des conduites alimentaires et syndrome Gilles de la Tourette, combiné à d'autres troubles mentaux ou à un abus de substances;
- 8,5 % ont plusieurs troubles mentaux légers à modérés;
- 4,9 % ont un trouble mental grave;
- 3,9 % souffrent de déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement;
- 0,56 % ont un diagnostic unique d'abus de substance.

6.1 Santé mentale, problème et trouble de santé mentale

L'OMS définit la **santé mentale** comme un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté (CSBE, 2012).

Plus spécifiquement, la santé mentale est l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné. Elle résulte de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Elle est liée aux valeurs collectives d'un milieu et aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles et environnementales. Elle s'apprécie par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu.

Chez l'enfant et l'adolescent, la bonne santé mentale se caractérise par un sens d'identité, une confiance en soi, une capacité de relever des défis, d'apprendre, d'être productif, d'établir des rapports avec les autres et d'utiliser les ressources de son environnement (CJM-IU, 2010).

La notion de **problème de santé mentale** réfère à une difficulté émergeant à la suite d'une perturbation des rapports entre une personne et son environnement (MSSS, 2004). Chez les enfants et les adolescents, les problèmes de santé mentale peuvent résulter, entre autres, de conflits interpersonnels, de déficits dans l'apprentissage, d'habiletés sociales ou d'habiletés cognitives, de situation de stress dans le système familial ou les autres systèmes sociaux, ou être liés à des dysfonctions neurologiques, des maladies organiques ou des conflits intrapsychiques. Le tableau clinique peut être complexe, notamment la cooccurrence d'un problème de santé mentale et de consommation de drogues ou d'alcool, ou la présence de limites intellectuelles, sans toutefois faire référence à un diagnostic.

En ce qui concerne le **trouble mental**, l'OMS (2005) précise qu'« [...] un trouble mental est diagnostiqué lorsque, d'une part des signes et des symptômes identifiés sont associés au déséquilibre du fonctionnement psychologique et social (c'est-à-dire un changement de mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique-souffrance – et/ou à une altération des fonctions mentales – handicap) et, d'autre part, lorsqu'ils correspondent aux critères retenus en matière de troubles tels que définis par les systèmes de classification tels que CIM-10 ou le DSM-IV » (OMS, 2005, p. 2; ACJQ, 2009).

La notion de trouble mental réfère à des difficultés handicapantes, persistantes dans le temps, se manifestant dans plusieurs contextes, entraînant une détresse psychologique qui altère les fonctions cognitives, affectives et relationnelles de la personne. Les troubles peuvent être évalués graves ou légers et chroniques, persistants ou transitoires, en prenant en compte le niveau de dysfonctionnement. Le phénomène de comorbidité réfère à la présence concomitante de plusieurs

troubles de santé mentale. La détresse peut se manifester par des comportements de types internalisés et externalisés (ACJQ, 2009).

6.2 Principaux facteurs associés au trouble mental

Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être prend en compte plusieurs travaux de recherche et présente un tableau des principaux déterminants des troubles mentaux (CSBE, 2012, p. 22). Les facteurs de risque répertoriés n'ont pas une valeur prédictive mais contribuent à augmenter la souffrance et la détresse psychologique chez certaines personnes, ce qui se répercute sur leur apprentissage et leur fonctionnement psychologique et social. Quant aux facteurs de protection, ils peuvent diminuer l'impact des facteurs de risque. L'analyse des interrelations entre les facteurs permet de considérer le niveau de risque et le levier d'intervention.

Principaux déterminants des troubles mentaux	
Facteurs de risque	Facteurs de protection
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accès aux drogues, y compris le tabac, et à l'alcool ✓ Déplacement des populations ou importantes crises sociétales ✓ Isolement ou manque de soutien social et communautaire ✓ Faible niveau d'éducation ✓ Lacunes en matière de transport ou de logement ✓ Manque de cohésion sociale ✓ Pauvreté ✓ Malnutrition ✓ Abus et traumatismes subis durant l'enfance ✓ Traumatismes psychologiques ✓ Facteurs génétiques ✓ Mauvaise santé physique ou handicap ✓ Insuffisance d'exercice physique ✓ Discriminations raciales et stigmatisation ✓ Violence et délinquance ✓ Stress ✓ Absence d'emploi ou mauvaises conditions d'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estime de soi et résilience ✓ Habilitation ou pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) ✓ Quantité et qualité des interactions interpersonnelles ✓ Participation et intégration sociale ✓ Accessibilité et qualité des services publics, privés et communautaires ✓ Qualité de vie

6.3 Évaluation du trouble mental et pistes d'intervention

Le trouble mental doit être attesté par un médecin, un psychologue ou un professionnel habilité en vertu du PL 21. Ce diagnostic ou cette évaluation doit être consigné au dossier de l'utilisateur (ACJQ, 2013). Les professionnels réalisant cette activité réservée peuvent solliciter la contribution d'autres professionnels pour collaborer à l'évaluation par leurs observations en regard des différentes dimensions.

Lorsque le trouble mental est avéré et que le jeune est hébergé, la détermination du PI est réservée au psychoéducateur ou au travailleur social.

Le psychoéducateur qui détermine le PI pour une personne atteinte d'un trouble mental s'appuie sur l'évaluation réalisée. Il doit être en mesure de :

- comprendre les éléments cliniques et dynamiques en cause;
- distinguer les comportements dysfonctionnels et les symptômes reliés au trouble présenté;
- évaluer l'interinfluence des symptômes s'il y a comorbidité;
- cibler les pôles importants de l'intervention, c'est-à-dire les éléments sur lesquels un impact est possible;
- adapter le niveau des défis proposés au potentiel adaptatif du jeune;
- évaluer le besoin de soutien à offrir au milieu.

La consultation réalisée dans le cadre du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (2012) met en lumière la pertinence des actions visant la diminution de la stigmatisation, la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, l'organisation des services (accessibilité, continuité, pluralité des approches) et la formation des intervenants. L'intervention auprès de la personne atteinte doit s'inscrire dans une approche globale, évolutive, adaptée à la nature et à la gravité du risque et viser la participation citoyenne et l'intégration sociale. Les interventions doivent comprendre des approches thérapeutiques qui favorisent le développement de compétences interpersonnelles, l'autonomie, l'expression de la dimension affective de la personne. Des services de soutien aux familles sont également nécessaires.

Le but de l'intervention n'est pas la disparition des symptômes, mais la récupération, par la personne, d'un équilibre en dépit des symptômes.

7. La personne présentant un risque suicidaire documenté

La détermination du PI devient une « activité réservée lorsque, à la suite d'une évaluation rigoureuse, l'équipe de deuxième niveau⁵ ou des partenaires qualifiés en prévention du suicide ou en santé mentale statuent sur la présence de ce risque et soutiennent la mise en place d'un plan d'action visant à prévenir le passage à l'acte qui s'étend sur une durée significative » (ACJQ, 2013). Lorsque la problématique suicidaire est identifiée en cours de traitement et que le PI a déjà été réalisé, il convient de le revoir afin de vérifier si les objectifs et les moyens prévus au PI permettent de soutenir le jeune et sa famille dans cette problématique spécifique. Si des objectifs ou moyens doivent être ajoutés, il faut faire une révision avec les signataires du plan. Lorsque la réévaluation de la situation du jeune mène à la conclusion que l'épisode suicidaire est terminé, la détermination du PI n'est plus une activité réservée (ACJQ, 2013).

7.1 Évaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire est un état chronique ou temporaire associé à une vulnérabilité de la personne face aux difficultés de la vie (CRISE, 2008). Cette vulnérabilité résulte de l'interaction de facteurs liés à la personne, à son milieu familial ou social, à des facteurs environnementaux et à des événements circonstanciels. La personne peut manifester des troubles de nature intériorisés ou extériorisés. Le risque suicidaire ne conduit pas nécessairement au passage à l'acte suicidaire.

Chez les adolescents, les verbalisations suicidaires doivent toujours être prises au sérieux et considérées comme l'un des facteurs de risque (CRISE, 2008). L'évaluation du risque suicidaire se fait en appréciant la situation globale du jeune en lien avec les quatre types de critères associés au suicide (MSSS, 2010).

1. Les facteurs prédisposants sont des éléments de fragilité de la personne incluant des antécédents suicidaires dans la famille, un isolement social et des troubles de santé mentale, notamment la dépression, le trouble de personnalité antisociale, le trouble des conduites.
2. Les facteurs contributifs accentuent la vulnérabilité de la personne tels que l'abus de drogues ou d'alcool, l'instabilité familiale, une situation chronique de conditions de vie stressantes.
3. Les facteurs précipitants agissent comme déclencheurs de l'idée ou du comportement suicidaire, par exemple une rupture amoureuse, une déception (comparution au tribunal), une demande refusée ou l'accès à des moyens létaux.

⁵ Les équipes de deuxième niveau ont été mises en place dans les CJ en vertu du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les Centres jeunesse* (ACJQ, 2000). Leur mandat consiste à soutenir les intervenants dans l'évaluation et la documentation du risque suicidaire d'un jeune, à soutenir la mise en place de mesures appropriées et à référer le jeune aux ressources spécialisées, si nécessaire.

4. Les facteurs de protection réduisent les effets des facteurs précédents, ce sont, entre autres, une bonne santé globale, l'utilisation de stratégies d'adaptation, la présence.

Une attention particulière doit être portée sur les facteurs spécifiques associés au suicide chez les adolescents (CRISE, 2008).

- ✓ Les événements de vie comme facteur de vulnérabilité
 - Les pertes parentales précoces
 - L'exposition à la violence, aux abus physiques ou sexuels pendant l'enfance
 - L'intimidation par les pairs et le harcèlement
- ✓ L'environnement familial comme facteur de vulnérabilité
 - La négligence ou conduite inappropriée des parents
 - Un climat familial instable, un soutien familial faible
 - Un dysfonctionnement dans les relations familiales (conflit interpersonnel)
 - La présence de psychopathologies dans l'environnement familial
- ✓ Les troubles mentaux
 - Les troubles de l'humeur, les troubles d'abus ou de dépendance aux drogues et les troubles de conduite
- ✓ Les mécanismes d'adaptation
 - Le *coping* faisant référence à la souplesse et à la variété de comportements ou cognitions utilisés par la personne pour s'adapter aux situations stressantes et résoudre les problèmes
- ✓ L'impulsivité

Plusieurs outils cliniques sont disponibles pour établir le niveau de risque suicidaire et compléter cette évaluation qualitative, dont :

- La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal et Centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances, 2009). Cette grille « s'inscrit dans l'approche orientée vers les solutions. Elle prend en compte l'urgence suicidaire, les facteurs les plus associés au suicide et les facteurs de protection » (MSSS, 2010, p. 33).
- Le Suicide Probability Scale (Mc Cull et Gill, 1982-88) traduit en français sous « À propos de moi et de ma vie ». Cet outil permet d'établir le niveau de risque suicidaire (et non l'urgence) par des indicateurs sur le désespoir, l'hostilité, les idées suicidaires et l'évaluation négative de soi. Il doit être administré en collaboration avec le jeune (entrevue) en s'assurant de sa compréhension.
- La grille de collecte de données concernant la santé mentale et le risque suicidaire permet de consigner les éléments pertinents en lien avec la problématique suicidaire actuelle ou présumée, en cernant les indices de psychopathologie, les éléments contextuels passés et actuels, l'intentionnalité manifestée. La grille est complétée par l'intervenant en utilisant les informations au dossier et l'observation⁶.

⁶ Cette grille est actuellement en expérimentation dans un CJ en lien avec l'ACJQ.

7.2 Intervention et risque suicidaire

Les meilleures pratiques en intervention de prévention du suicide ciblent la personne elle-même et son réseau social. L'accueil de la personne est déterminant, l'écoute et l'empathie permettront une alliance, un climat de confiance où la personne pourra exprimer sa détresse. Parallèlement, il faut tisser un filet de sécurité autour de la personne avec l'ensemble de son entourage. L'intervention sera également centrée sur l'utilisation de ses forces, de ses ressources et des stratégies d'adaptation déjà utilisées afin d'entrevoir la situation selon une perspective différente et de l'ancrer dans un processus de changement.

Les domaines d'intervention suggérés par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (2008) en situation de problématique suicidaire consistent à :

- Cerner, prévenir et accompagner le jeune dans les situations stressantes de la vie en général et de la vie quotidienne (passage au secondaire, suspension de l'école, perte amoureuse, conflit avec les parents, comparution au tribunal, etc.);
- Améliorer les mécanismes d'adaptation (perception de soi, perception des événements, résolution de problèmes, habiletés sociales, gestion de l'agressivité);
- Améliorer les cognitions (erreur de pensée, lien émotions-cognition, jugement);
- Informer et soutenir la famille;
- Dépister et traiter, à l'aide d'un programme approprié, le problème d'abus de substances.

7.3 Évaluation et intervention en situation d'urgence suicidaire

L'urgence suicidaire est un état de crise qui se manifeste par des idéations suicidaires et la planification dans les 48 heures d'un acte suicidaire.

L'évaluation en situation d'urgence suicidaire se centre sur la crise actuelle sans aborder les antécédents de l'histoire de vie de la personne. Les facteurs à évaluer lors d'une crise suicidaire sont (CRISE, 2008) :

- La présence et la fréquence d'idéations suicidaires;
- La planification de l'acte (moyen, lieu, moment, aussi nommé COQ : comment, où, quand);
- Les conditions prévalentes (intoxication, accessibilité et létalité du moyen);
- Le niveau de collaboration du jeune et son état de désorganisation.

L'urgence suicidaire commande une intervention immédiate (avec le soutien de l'équipe de deuxième niveau) qui consiste à :

- Mettre en place des mesures pour assurer la sécurité physique du jeune (encadrement statique);
- Exercer un niveau de surveillance adapté à la situation (proximité);
- Faire diminuer le niveau de détresse en utilisant des moyens qui ont un effet soulageant.

L'évaluation se fait par ou en collaboration avec un membre de l'équipe de deuxième niveau (médecin, infirmière, psychologue, travailleur social, psychoéducateur). Le niveau de risque suicidaire doit être réévalué régulièrement, de façon à suivre de près la situation du jeune et à ne pas prolonger indûment les mesures contraignantes mises en place.

Un climat de confiance est nécessaire pour désamorcer la crise et pour permettre d'entrevoir d'autres solutions et les ressources possibles.

Lorsque la situation de stress est normalisée et qu'un niveau de fonctionnement est rétabli, il n'y a plus d'urgence suicidaire. S'il y a présence d'un risque suicidaire, il importe de revoir le PI du jeune afin d'y inclure des objectifs et moyens relatifs à ce risque suicidaire. Il s'agit alors d'une activité réservée dans le cadre du PL 21.

8. Considérations éthiques et cliniques

Déterminer un PI pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire et hébergée dans un centre de réadaptation et autres ressources d'hébergement visées, c'est intervenir auprès de personnes vulnérables dont la détresse psychologique peut altérer le fonctionnement. Le but de l'intervention est de diminuer le niveau de détresse, d'augmenter les capacités adaptatives et de soutenir le milieu afin de favoriser un équilibre harmonieux entre le jeune et son environnement tout en protégeant ses droits.

8.1 Le lien relationnel

L'intervention en CJ se réalise à l'intérieur d'une offre de service en contexte d'autorité, tout en maintenant une relation de confiance avec le jeune. Cette relation de confiance se crée et se maintient par des attitudes de respect, de croyance en l'autodétermination du jeune, de disponibilité professionnelle et de congruence de la part du psychoéducateur et des intervenants impliqués. L'engagement du psychoéducateur, impliqué tout au long de la démarche, auprès du jeune et de sa famille permet à ceux-ci de se sentir interpellés et les incite à participer activement à la construction du PI et à se mobiliser pour l'atteinte des objectifs, et ce, même en situation de crise.

Cette coconstruction favorise l'appropriation du PI par le jeune et sa famille. Le PI devient ainsi un point d'ancrage, un élément de continuité dans la démarche du jeune lorsqu'il y a un changement d'intervenant.

8.2 La collaboration avec les partenaires

Les troubles mentaux et le risque suicidaire sont des problématiques complexes qui impliquent des facteurs biologiques, personnels, familiaux et sociaux. La collaboration entre professionnels permet une lecture commune de la problématique et de l'évaluation des résultats de l'intervention. Ce partenariat exige plus qu'un partage d'opinions, c'est un engagement et une responsabilité autour des besoins du jeune et de sa famille. Le professionnel qui détermine le PI s'assure de cette collaboration par une ouverture aux différentes approches d'intervention et aux expertises particulières. Il favorise une compréhension homogène de la problématique par les partenaires, une convergence dans les interventions tant sur le plan du sens que des moyens et un consensus dans l'évaluation des résultats.

8.3 Le respect des droits

Le PI est réalisé avec le jeune et sa famille en respect des règles de droit d'accès au dossier, de consentement aux services et de confidentialité.

Lorsque le jeune est âgé de moins de 14 ans, les parents ou les tuteurs légaux donnent le consentement aux services. Le psychoéducateur doit s'assurer que toute décision est prise de façon éclairée dans l'intérêt du jeune. Il peut être appelé à clarifier des enjeux lorsque les parents présentent eux-mêmes des problèmes de santé mentale.

Lorsque le jeune a plus de 14 ans, il est considéré apte à donner son consentement libre et éclairé aux services, à l'accès à son dossier et à la confidentialité des communications. Si le jeune exclut ses parents de l'intervention, le psychoéducateur doit apprécier le risque de préjudice dans la situation et amener le jeune à partager sa situation avec les personnes qui peuvent favoriser l'atteinte des objectifs du PI et, de façon plus générale, devenir des personnes de soutien dans sa démarche.

Il importe de préciser que la levée de la confidentialité est requise dans le cas où un jeune constitue un risque pour lui-même (Loi sur l'accès à l'information, article 59, al.2(4) et 60) et Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices, article 19).

La communication d'informations en situation de risque suicidaire est permise à l'article 20 du Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices et dans la LSSSS (article 19.0.1). La LPJ (articles 32, 33 et 72.8) et le Code des professions (article 60.4) en font aussi mention.

8.4 La responsabilité

Le psychoéducateur exerce un jugement responsable basé sur ses connaissances cliniques théoriques et sur sa connaissance des meilleures pratiques dans le domaine. Il répond de ses opinions, de ses décisions, de ses actions auprès des acteurs concernés. Il est responsable de sa démarche pour arriver à poser un jugement clinique, des objectifs réalistes et des moyens appropriés à la dynamique de la personne, en regard des conditions dans lesquelles se réalise l'intervention.

Le psychoéducateur est responsable de poser des actes professionnels en conformité avec son champ d'exercice. Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, il trace un portrait clinique et émet ses impressions cliniques. Il utilise des outils liés à la finalité des évaluations qu'il est autorisé à réaliser, il détermine un PI en mettant à profit les capacités adaptatives de la personne et des éléments significatifs de l'environnement.

Il partage les informations concernant le jeune et sa famille en respect des règles de confidentialité entre les professionnels (MSSS, 2008).

En lien avec la norme d'exercice sur la formation continue de l'Ordre, le psychoéducateur a, dans le cadre du PL 21, la responsabilité de mettre à jour ses connaissances sur les différentes pathologies en santé mentale ou les facteurs associés au suicide et sur les approches et programmes d'intervention définis comme les meilleures pratiques pour ces problématiques.

Le psychoéducateur est responsable de consigner par écrit la nature de son acte professionnel en conformité avec les exigences de son milieu d'intervention et des normes relatives à la tenue de dossiers de l'Ordre.

Références

- Association des centres jeunesse du Québec. (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2009). *Cadre de référence en soutien à l'organisation des services aux jeunes hébergés dans les centres jeunesse et souffrant de troubles mentaux*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2013). *Suivi de la mise en œuvre du PL 21 - Comité de réflexion concernant l'activité réservée : Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie. (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*.
- Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. (2010). *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12 à 18 ans*. Direction des services professionnels et des affaires universitaires.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gendreau, G. (1978). *L'intervention psychoéducative, solution ou défi?* Paris : Éditions Fleurus.
- Gendreau, G. et coll. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Sciences et culture.
- Gouvernement du Canada. (1985). *Loi sur l'accès à l'information L.R.C. 1985*. Ottawa : Publications du gouvernement du Canada.
- Gouvernement du Canada. (2003). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents L.C. 2002*. Ottawa : Publications du gouvernement du Canada.
- Gouvernement du Québec. (2002). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2006). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2009). *Projet de loi n° 21, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec : Éditeur officiel du Québec.

- McCull, J.G. et Gill, W.S. (1982/1988). *Suicide Probability Scale Manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins de santé mentale. Accessibilité aux soins et services. Clientèles jeunesse*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). Rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse. *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans des ressources des centres jeunesse du Québec*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Communiquer pour protéger les enfants - Quelles sont les règles entourant l'échange de renseignements confidentiels entre un centre jeunesse et un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux?* Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Office des professions du Québec (dir.). (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2010a). *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse : Guide de pratique*. Montréal.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2010b). *Profil des compétences générales des psychoéducateurs*. Montréal.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices*. Montréal.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Guide des politiques et des services de santé mentale. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Genève.

Pronovost, J., Caouette, M. et Bluteau, J. (2013). *L'observation psychoéducative : concepts et méthode*. Longueuil : Béliveau.

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



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