

Le magazine des psychoéducateurs

OCTOBRE 2016

LA PRATIQUE

en mouvement NUMÉRO 12

Des
collaborations
à cultiver



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

www.ordrepsed.qc.ca



FIER ASSUREUR DES MEMBRES DE L'ORDRE DEPUIS PLUS DE 10 ANS

Nous sommes là pour vous protéger
dans l'exercice de vos activités professionnelles!

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question
sur votre programme d'assurance.

1 800 644-0607
lacapitale.com/ordre-ppq



La Capitale
Assurances générales

L'assurance qui ne vous laisse jamais seul

La pratique en mouvement

Le magazine *La pratique en mouvement* est publié deux fois par année, au printemps et à l'automne, par l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Tiré à 5000 exemplaires, il se veut un véhicule unique de transmission des pratiques professionnelles québécoises en psychoéducation. Il est structuré autour d'un grand dossier thématique et est destiné aux membres de l'Ordre, aux étudiants, aux professeurs ainsi qu'à toute personne ou groupe intéressé.

Coordination du magazine

Alain Beaugard

Coordination du dossier

Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd.

Comité du dossier

Caroline Deshaies, ps.éd.

Érika Amsterdam, ps.éd.

Suzanne Larose, ps.éd.

Andrée-Anne Houle, ps.éd. (responsable du dossier)

Mise en page

Richard Carreau

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le but d'alléger le texte. Tous les textes ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Ordre et n'engagent que les auteurs. Les articles peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015; Bibliothèque nationale du Canada : ISSN 1925-2463. Convention de la Poste-Publications # 42126526. Retourner toute correspondance non livrable au Canada à :

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

510-1600, boul. Henri-Bourassa O.
Montréal (Québec) Canada H3M 3E2
Tél : 514 333-6601, 1 877 913-6601
www.ordrepesd.qc.ca

Ce périodique est produit sur serveur vocal par :
Audiothèque pour personnes handicapées de
l'imprimé du Québec
Québec : 418 627-8882
Montréal : 514 393-0103



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Le magazine des psychoéducateurs

LAPRATIQUE en mouvement

NUMÉRO 12

2 Mot du président

4 Vie de l'Ordre

7 Tableau des membres

8 Dossier



9 ■ De la multi à la transdisciplinarité, des modèles de collaboration qui enrichissent l'intervention

12 ■ Quand collaboration et déontologie s'associent ... pour l'intérêt du client

14 ■ Les compétences favorisant la collaboration entre les professionnels et avec le client.
Un changement de pratique prometteur

16 ■ Évaluer les besoins de l'enfant en équipe intégrée : une richesse pour tous

19 ■ Quelques pas de plus ...

20 Du côté de la recherche

Protéger le public, une mission à assurer de multiples façons

Denis Leclerc, ps.éd.



La mission principale d'un ordre est de protéger le public, soit toutes les personnes qui utilisent des services professionnels dans les différentes sphères d'activités réglementées. Cette mission commune, en apparence simple, est pourtant la source de bien des confusions. Selon les plus récents résultats d'un sondage CROP réalisé pour le compte du Conseil interprofessionnel du Québec, seulement 12 % de la population

affirme que les ordres professionnels sont là pour protéger le public. Le système professionnel doit d'ailleurs impérativement prendre des mesures pour renverser cette perception, sa légitimité étant en jeu. Chaque ordre a ainsi la responsabilité d'expliquer sa mission, tant auprès de ses membres que de la population en général.

est de qualité et surtout, conforme aux compétences requises pour l'exercice actuel de la profession. Bien que chaque université offre un programme de formation original, toutes doivent inclure certains contenus obligatoires afin que les diplômés soient admissibles à l'Ordre. Ensuite, chaque professionnel a la responsabilité de maintenir et développer ses compétences tout au long de sa carrière. Dans les cas des psychoéducateurs, la norme d'exercice sur la formation continue prévoit que chaque membre consacre 40 heures à des activités de formation par période de deux ans.

Toujours dans le but de protéger le public, l'Ordre doit surveiller la qualité de la pratique de ses membres. Cela se fait d'abord par le processus d'inspection professionnelle. Encore une fois, cela assure au public que l'Ordre vérifie régulièrement la compétence et la conformité de la pratique des psychoéducateurs et qu'il peut même mettre en place des mesures en cas de lacunes observées.

Chaque professionnel a l'obligation de se conformer à son Code de déontologie. Advenant le cas où une personne constate une faute déontologique importante, elle peut le signaler au

Selon les plus récents résultats d'un sondage CROP réalisé pour le compte du Conseil interprofessionnel du Québec, seulement 12 % de la population affirme que les ordres professionnels sont là pour protéger le public.

Assumer les obligations de tout ordre pour la protection du public

La protection du public implique plusieurs dimensions pour un ordre professionnel. Certaines sont clairement définies dans le Code des professions, tel que le rôle du syndic. D'autres, bien que prévues dans le Code des professions, se déploieront en tenant compte des ressources et des orientations de chaque ordre. C'est le cas notamment du processus d'inspection professionnelle.

L'admission à la profession et à l'Ordre constitue l'une des premières responsabilités reliées à la mission de protection du public. Que l'on parle de l'admission en provenance des universités à la suite de la formation initiale, ou encore de l'admission par équivalence pour des candidats provenant de différents parcours académiques et professionnels, la responsabilité de l'Ordre est de s'assurer de la compétence de ces personnes qui travailleront en tant que psychoéducateurs dans les différents secteurs de pratique. Pour la population, c'est une garantie de compétence, une sorte de norme ISO.

La formation est une autre responsabilité qui incombe aux ordres. Elle comprend deux volets. D'abord, l'Ordre doit s'assurer que la formation initiale des futurs psychoéducateurs

syndic de l'Ordre. Cette instance détient le pouvoir d'enquêter de manière totalement impartiale et, selon l'ampleur de la faute, il peut porter plainte au Conseil de discipline. Celui-ci agit comme un tribunal qui peut imposer des sanctions à un membre reconnu coupable, pouvant aller jusqu'à la radiation de l'Ordre. Le Code des professions prévoit également un mécanisme de révision en cas d'insatisfaction du plaignant concernant le travail du syndic.

Adapter ses façons de faire aux nouvelles formes d'exercice

La pratique des professionnels prend aujourd'hui d'autres formes qui interpellent différemment les ordres dans leurs responsabilités d'encadrement et de surveillance. Pour la psychoéducation, la présence de plus en plus significative du rôle-conseil dans la pratique pose un défi lorsqu'il est question, notamment, d'inspection professionnelle. L'Ordre a tout de même mis en place des mécanismes qui permettent d'encadrer cette dimension de la pratique qui peut, tout autant parfois que le contact direct, avoir une incidence significative sur la qualité des services offerts à la population.

D'autres fonctions que peuvent assumer les membres de l'Ordre, bien qu'elles soient moins explicitement reliées à la prestation directe de services à la clientèle, peuvent également avoir un impact réel auprès de la population. C'est le cas du rôle de formateur ou encore de celui de gestionnaire. Dans ce dernier cas, il ne peut être question d'inspection professionnelle de la pratique ou encore des mêmes attentes pour ce qui est de la formation continue. Il n'en demeure pas moins que l'influence d'un gestionnaire sur l'organisation des services et le soutien des intervenants, souvent sous la forme d'un rôle-conseil, peut être importante pour la qualité des services offerts par l'établissement qui l'emploie. Les ordres professionnels et la population en général ont donc tout intérêt à ce que les professionnels qui deviennent gestionnaires demeurent membres de leur ordre et continuent à mettre au cœur de leurs décisions le même souci de qualité des services que lorsqu'ils étaient intervenants auprès de la clientèle.

Protéger le public en s'engageant socialement

Si la responsabilité de protection du public d'un ordre passe d'abord par l'encadrement de la pratique de ses membres, tel que décrit précédemment, elle ne doit pas être perçue comme s'y limitant. Un ordre possède également une certaine responsabilité sociale de contribuer à l'amélioration générale des services à la

population dans les différents secteurs de pratique où œuvrent ses membres. Fort de l'expertise cumulée de ces derniers, un ordre a toute la légitimité pour se prononcer sur des enjeux publics touchant la qualité des services, même s'il ne s'agit pas spécifiquement de ceux offerts par ses membres.

Tout ordre professionnel doit s'ajuster à l'évolution de la pratique. Dans le cas des psychoéducateurs, la collaboration interprofessionnelle est de plus en plus au cœur de son action professionnelle, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux. En lien avec sa mission de protection du public, l'Ordre doit tenir compte de cette réalité devenue incontournable. D'ailleurs, de manière à mieux soutenir ses membres et contribuer au développement des meilleures pratiques, l'Ordre s'implique activement avec plusieurs autres ordres du domaine de la santé et des services sociaux dans des projets de collaboration interprofessionnelle.

La mission de protection d'un ordre peut donc prendre différentes formes. L'ensemble de ces dimensions contribuera à favoriser la meilleure qualité de services pour la population, en plus de lui assurer que les actions des professionnels qui offrent des services dans leur champ de compétence respectif sont encadrées par un organisme voué à la protection de ses intérêts. C'est le message que tout ordre professionnel doit mettre de l'avant. ■

Vos premières Journées de la psychoéducation

Les 2 et 3 novembre prochains aura lieu la première édition des Journées de la psychoéducation. Organisé par l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), cet événement est l'occasion d'accroître votre visibilité en soulignant votre contribution au mieux-être de la population.

Pour faire de ces journées un succès, nous avons besoin de votre collaboration. Vous pouvez organiser une activité en solo ou avec des collègues. Laissez aller votre imagination! Peu importe la formule adoptée, votre participation est importante pour permettre de mieux faire connaître le rôle des psychoéducateurs dans tous ses champs d'intervention. En plus des activités qui seront organisées par des psychoéducateurs dans différents milieux, deux conférences pour le grand public seront organisées par l'Ordre, l'une à Montréal, l'autre à Québec.

Soyez visible

L'un des objectifs étant d'accroître la visibilité des psychoéducateurs, vous pouvez vous procurer gratuitement des outils de visibilité sur le site Web de l'Ordre : affiche, bandeau pour votre page Facebook, signature pour votre courrier électronique, etc. Des

outils ont été conçus spécifiquement pour certains milieux comme l'éducation ou encore la santé et les services sociaux. Une belle façon d'illustrer les nombreuses facettes de votre profession.

Organisez une activité

Profitez de ces journées pour organiser une activité dans votre milieu. Pour vous aider dans cette tâche, vous pouvez consulter le *Guide du participant* qui se trouve sur le site Web de l'Ordre. Ce document propose des activités « clés en main », par exemple : présenter une conférence, écrire un article pour le bulletin de votre organisation ou son site Web ou encore tenir un stand d'information. Vous aurez ainsi la chance de faire connaître votre profession et d'afficher vos compétences dans le domaine des troubles de l'adaptation et de la santé mentale.

Que ce soit en utilisant les outils de visibilité ou en organisant une activité, vous contribuerez à faire rayonner la profession. Rendez-vous sur la page web des Journées de la psychoéducation (www.ordrepsed.qc.ca) pour connaître tous les détails et pour télécharger les outils disponibles. Ensemble, nous pouvons faire de ces Journées de la psychoéducation, un succès! ■

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Planification stratégique de l'Ordre : les membres s'expriment

Dominique Auger, D.S.A., Adm. A.



Au cours du mois de mars 2016, l'Ordre sollicitait la collaboration des membres pour répondre à un sondage dans le cadre de sa planification stratégique. Le but de ce sondage était de compléter l'analyse de l'environnement dans lequel l'Ordre évolue en 2016 et aussi d'avoir l'opinion des membres quant aux axes stratégiques prioritaires qui

devraient guider les actions de l'Ordre de 2017 à 2020.

626 psychoéducateurs, soit 14 % des membres de l'Ordre, de divers milieux de pratique et ayant un nombre d'années d'expérience variable se sont exprimés par le biais du sondage. Les constats principaux qui en ressortent sont les suivants.

Entre 90 % et 97 % des membres ayant répondu au sondage considèrent que la mission (93 %), la vision (90 %) et les valeurs (97 %) de l'Ordre se reflètent dans ses actions. La très grande majorité des répondants estime donc que l'Ordre agit dans le but de protéger le public et le fait en cohérence avec les valeurs de respect, d'engagement, de solidarité et d'intégrité qu'il s'est données.

Malgré ces constats positifs, plusieurs répondants ont exprimé le souhait que l'Ordre soit encore plus visible et impliqué dans les débats publics, et que les services de l'Ordre soient plus facilement accessibles pour les membres qui vivent en dehors de la région de Montréal, ce qui favoriserait le « sentiment d'appartenance des gens des régions ».

Selon les répondants, les cinq grandes tendances qui sont les plus susceptibles d'avoir un impact sur l'Ordre ou la profession sont les suivantes :

1. La restructuration du réseau de la santé et des services sociaux;
2. Les professionnels, dont les psychoéducateurs, de plus en plus appelés à exercer un rôle-conseil;
3. L'augmentation des problèmes de santé mentale;

4. Les changements apportés par le PL 21 dans la pratique psychoéducative;

5. La place de plus en plus importante de la collaboration interprofessionnelle dans la pratique.

L'Ordre tiendra compte de ces grands enjeux dans l'élaboration de sa nouvelle planification stratégique.

Par ailleurs, au moins 94 % des répondants considèrent qu'il est très important ou important que l'Ordre continue à se donner des objectifs en lien avec les axes d'intervention suivants :

- Le développement de la formation continue;
- La promotion de la spécificité de la psychoéducation auprès des instances politiques;
- La présence active et significative dans les débats publics sur les enjeux de société qui touchent la clientèle des psychoéducateurs;
- L'amélioration de l'encadrement et du soutien professionnel;

De plus, au moins 80 % des répondants croient que l'Ordre devrait continuer ses efforts en lien avec les autres axes d'intervention de sa précédente planification stratégique, à l'exception de deux axes (promotion de l'adhésion de candidats masculins à la profession et accroissement du nombre de membres de l'Ordre).

L'Ordre poursuivra sa démarche d'élaboration d'une nouvelle planification stratégique au cours de l'automne. Un aspect important de cette démarche sera la validation des axes préliminaires retenus auprès d'organismes qui représentent les intérêts du public, par exemple les comités d'usagers dans le réseau de la santé ou les comités EHDAA dans le milieu scolaire.

À la lumière des constats qui se dégagent du sondage auprès des membres, il y a fort à parier que la nouvelle planification stratégique de l'Ordre sera en continuité avec la précédente et renforcera encore davantage la position de l'Ordre en tant qu'organisation chargée de la protection du public et soucieuse de bien soutenir ses membres afin que ceux-ci offrent le meilleur d'eux-mêmes à leurs clientèles. ■

Thème des prochains numéros

Vous aimeriez proposer un article pour un prochain dossier? Ou encore pour les pages ouvertes (hors-dossier) du magazine? N'hésitez pas à faire parvenir votre proposition d'article à abeauregard@ordrepesd.qc.ca avant la date indiquée ci-dessous.

Numéro	Thème	Dossier	Pages ouvertes	Diffusion
N° 14	L'insertion et la trajectoire professionnelle des psychoéducateurs	Avant le 20 décembre 2016	Avant le 12 mai 2017	Octobre 2017
N° 15	Stimuler et maintenir l'engagement de tous dans l'intervention	Avant le 20 juin 2017	Avant le 17 novembre 2017	Mars 2018

Prix et bourses 2016

L'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec dévoilait, au cours de son assemblée générale annuelle, les noms des lauréats de ses prix et bourses pour l'année 2016. En voici les récipiendaires.



Maggie Dion et Denis Leclerc



Claude Julien, Jonathan Bluteau et Denis Leclerc



Marie-Hélène Poulin, Catherine Charbonneau et Denis Leclerc



Dominique Auger et Hélène Fortin-Lachance

Les membres du jury accordent le **prix de la relève** à la psychoéducatrice Maggie Dion pour son programme intitulé « *Activités parascolaires psychoéducatives offertes par le CLSC à l'école* ». Madame Dion a proposé un programme qui mobilise la communauté. Par des moyens simples et le choix des activités parascolaires qui sont offertes aux adolescents, elle a su adapter son intervention aux besoins spécifiques de ces jeunes et à considérer les spécificités du milieu. Son programme est centré sur les besoins, la découverte et la reconnaissance du potentiel des participants.

Le **Prix publication – recherche 2016** est remis au psychoéducateur Jonathan Bluteau et à Claude Julien pour le programme « In Vivo » qui vise le développement des compétences adaptatives pour faire face au stress. Ce programme cible les jeunes vulnérables ayant un profil de comportement intériorisé (anxiété/dépression) ou extériorisé. Il est actuellement implanté dans les milieux de réadaptation et d'éducation au Québec et en France. Le jury reconnaît au programme « In vivo » un caractère novateur et juge qu'il contribue au développement des connaissances sur le plan de la recherche.

La **bourse de maîtrise Jocelyne-Prinovost** a été remise à Hélène Fortin Lachance, étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université Laval. L'excellence de son parcours universitaire et son engagement dans le milieu et à l'université démontrent une réelle passion pour la psychoéducation et une grande volonté d'approfondir ses connaissances. Ses études, ses expériences de travail et son engagement dans la communauté, à titre de bénévole au sein de plusieurs organisations, lui ont permis d'œuvrer auprès de différentes clientèles, que ce soit des adolescents ayant un diagnostic de déficience intellectuelle, des personnes issues de l'immigration ou des familles de personnes atteintes de maladies mentales.

Cette année, les membres du jury ont accordé le **Prix Publication – Grand public** à la psychoéducatrice Marie-Hélène Poulin et à Catherine Charbonneau, étudiante associée, pour la publication « Parle-moi de TSA! ». Le jury reconnaît le caractère novateur et le souci de vulgarisation de la trousse « Parle-moi de TSA ». Il estime que le matériel, déjà fort accessible ici et en France, constitue une contribution sociale importante et permet de faire connaître la psychoéducation. La trousse montre des qualités scientifiques indéniables et favorise le transfert des connaissances.



Renée Verville et Denis Leclerc

Le Prix reconnaissance est remis à Renée Verville

Cet hommage était effectivement pleinement mérité. Rappelons que Renée Verville a été la première directrice générale et secrétaire de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. À ce titre, elle a accueilli les psychoéducateurs dans le système professionnel.

Conseillère d'orientation à l'origine, elle a dû se familiariser progressivement aux particularités de cette nouvelle profession qu'elle connaissait peu. Au fil des années, elle s'est suffisamment attachée à la psychoéducation et aux défis qui attendaient celle-ci dans le système professionnel pour finalement faire le choix de suivre les psychoéducateurs dans l'aventure de créer un nouvel ordre en 2010. Durant ces 15 années et plus en tant que directrice générale et secrétaire de notre Ordre, elle aura influencé de manière tangible la profession.



Richard Chagnon et Gyslaine Desrosiers, présidente du CIQ

Richard Chagnon reçoit le Mérite du CIQ 2016

Le psychoéducateur Richard Chagnon est le récipiendaire du Mérite du CIQ (Conseil interprofessionnel du Québec). Ce prix constitue une reconnaissance de prestige décernée sur recommandation de chaque ordre professionnel à l'un de ses membres qui s'est distingué dans sa profession et son ordre. Monsieur Chagnon a reçu cet honneur pour ses réalisations professionnelles et sa contribution aux affaires de l'Ordre et

au développement de la profession notamment pour son implication à titre d'administrateur de l'Ordre.

Les comités d'affaires professionnelles : une richesse pour la profession

Depuis ses débuts, l'Ordre encourage la mise en place de comités d'affaires professionnelles, composés de psychoéducateurs bénévoles rattachés à un secteur de pratique ou à une clientèle. Ces comités ne sont pas prévus au Code des professions comme peuvent l'être le comité d'inspection professionnelle ou le comité de la formation. Une politique adoptée par le Conseil d'administration de l'Ordre précise ainsi le mandat des comités d'affaires professionnelles : *assister l'Ordre dans la réalisation de sa mission de protection du public et [de] favoriser le maintien de liens étroits avec le développement et les enjeux de la pratique actuelle de la psychoéducation*. Concrètement, chaque comité d'affaires professionnelles poursuit ses projets, selon les besoins ou les demandes de son secteur. L'un travaillera au développement d'outils de référence pour les psychoéducateurs, l'autre jugera prioritaire de faire connaître plus largement l'apport de la psychoéducation dans son secteur. Quels que soient leurs projets, tous les comités ont en commun de vouloir rejoindre leurs pairs, de les appuyer dans leurs compétences et de mettre de l'avant les services offerts par les psychoéducateurs.

Le nombre de comités d'affaires professionnelles varie. Actuellement, trois comités sont actifs. Le plus ancien est celui des psychoéducateurs œuvrant auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Dans la dernière année, ce comité s'est principalement

occupé à élaborer un projet de formation spécifique aux psychoéducateurs exerçant auprès de cette clientèle. Cette activité de formation apparaît au calendrier de l'automne.

Le comité des psychoéducateurs en santé mentale adulte achève quant à lui un ambitieux projet : la rédaction d'un cadre de référence propre à ce secteur de pratique. Travail de longue haleine exigeant réflexion, consultation et révision continues, le précieux document est attendu au cours de la présente année.

Finalement, dernier-né des comités d'affaires professionnelles, celui des psychoéducateurs exerçant auprès des personnes âgées s'est donné comme objectifs de renforcer les liens entre eux ainsi que de faire connaître l'apport de la psychoéducation auprès de cette clientèle en croissance. À cette fin, le comité mettra ses premières énergies à la production d'un outil promotionnel.

Les trois comités d'affaires professionnelles présentement actifs occupent également une place privilégiée au colloque biennuel de l'Ordre. Chacun d'eux est en effet responsable d'offrir à ses pairs des ateliers spécifiques à son secteur ou à sa clientèle. Cette modalité permet aux psychoéducateurs qui partagent les mêmes intérêts professionnels d'ajouter à leurs compétences et de « réseauter ». Rendez-vous est donc donné le vendredi 9 juin, dans le cadre du colloque de l'Ordre, pour prendre la mesure du travail important de ces comités. ■

À mettre à votre agenda : le colloque de l'Ordre

C'est sous le thème du lien comme ancrage de nos interventions, que se tiendra le prochain colloque des psychoéducateurs et psychoéducatrices, les jeudi 8 et vendredi 9 juin 2017, au Manoir Saint-Sauveur, dans la région des Laurentides. Cet événement se veut un rendez-vous où le partage des connaissances et des expériences concourt au développement professionnel de ceux qui y participent. L'appel de propositions est en cours afin que le programme soit disponible en février 2017. Surveillez votre bulletin électronique pour connaître toutes les informations au sujet de cet événement.

Bienvenue aux nouveaux membres du 23 décembre 2015 au 22 juillet 2016

Audet	Geneviève	Grenier	Vanessa	Rajotte	Patrick
Baril	Huguette	Grenier	Janie	Ranger	Marie-Ève
Baril	Karine	Groulx	Line-Emmanuelle	Ringue	Maggie
Beaulac	Joanie	Guay	Marie-Ève	Ringue	Andréane
Beaulé	Jessica	Guertin Delorme	Thalie	Rivaillé	Maëlle
Beaupré	Katryne	Houle	Joanie	Robert	Fannie
Bédard	Roxane	Huot	Béatrice	Rodrigue	Kloé
Bédard	Janie	Janson	Andrée-Anne	Rouillard-Rivard	Daphné
Benoit	Manon	Jobin	Anick	Roy	Isabelle
Boily	Alexandre	Jolicoeur-Giunta	Anne-Sophie	Rozon	Mélissa
Boisvert	Andrée-Anne	Kazan	Nathalie	Saliba	Sandrine
Boisvert	Carol-Ann	Korta	Katarzyna	Samuel	Maryse
Bouchard	Marie-Li	Laberge-Malo	Louise	Sarrasin	Laurence
Bouchard	Marie-Eve	Ladouceur	Kristina	Savard	Auréli
Boucher	Karine	Laliberté Seyer	Alexis	Sayeur	Christopher
Boulais	Ludovic	Langelier	Josiane	Sicard-Coutu	Anne-Marie
Briand-Robinson	Jennifer	Langelier	Marie-Catherine	Solis Cuevas	Lourdes Carolina
Brière	Marilou	Lanoix	Geneviève	Sparnaay	Catherine
Brochu	Élise	Lapensée	Anne	Tardif	Marie-Michèle
Busque	Pier-Anne	Larochelle	Dominic	Tessier-Bolduc	Daphné
Cadotte	Valérie	Larose	Sabrina	Thiffault	Audrey-Ann
Calderon Mendez	Alberto Luis	Larouche	Julie	Tourangeau	Roxanne
Carignan	Jessie	Latour	Karine	Tremblay	Jessica
Carpentier	Marilène	Lauzière	Fanny	Trottier	Isabelle
Carrey	Meggy	Lavergne-Périard	Sybel	Turgeon	Sophie
Chabot	Andrée-Anne	Lavoie	Karen	Turgeon	Laurie Anne
Chagnon	Jade	Lavoie	Rosie Kathleen	Vaillancourt	Stéphanie
Charbonneau	Joanie	Lavoie	Laurence	Villeneuve	Andréa
Charland	Jessica	Lavoie	Amélie	Yvon	Véronique
Choinière	Claudine	Lavoie-Roberge	Joëlle		
Chouinard	Mélanie	Leclerc	Charles-Olivier		
Comtois	Estelle	Leclerc	Frédéric		
Cormier	Mélanie	Lee	Dean		
Côté	Alexandre	Lefebvre	Vanessa		
Côté-Imbeault	Maude	Lemay	Maude		
Courmoyer	Maude	Lemelin	Alicia		
Cuillière	Marie-Eve	Lépine	Andréanne		
Dallaire	Marie-Sophie	Lévesque	Pascale		
Desbiens	Marie-Claude	Lopez	Tatiana		
Désilets	Caroline	Maltais	Annick		
Deslauriers	Arianne	Massé	Catherine		
Després	Sophie	Massicotte	Robin		
Dongerville	Saïde	Maynard	Geneviève		
Drapeau	Chantal	Mc Millan Mailloux	Annie-Claude		
Drolet	Marie-Ève	Ménard	Josiane		
Dubé Picard	Tania	Mercier	Ève-Marie		
Dugal	Gabrielle	Mercier-Descôteaux	Camille		
Dumais	Valérie	Meunier-Veillet	Cynthia		
Dumais	Joanie	Michaud	Sophie-Hélène		
Dumoulin	Cassandra	Michollet-Latour	Andréane		
Dunn	Vanessa	Miguel Fernandes	Bruno		
Fagen	Rachelle	Milord-Nadon	Arnaud		
Fallu	Daphné	Morin	Emilie		
Fontaine	Jessica	Morin	Émilie		
Fortier	Hélène	Murphy-Domey	Mélissa Ann		
Fortier	Alexandra	Nasser	Hanan		
Fortier	Catherine	Noël	Patricia		
Fortin-Carpentier	Marie-Eve	Paquin Saulnier	Emilie		
Fournier Gauthier	Audrey	Paradis	Julie		
Gagné	Stéphanie	Parent	Nathalie		
Gallant	Ghyslain	Paulin	Myriam		
Gaucher	Christine	Pelland	Marie-Ève		
Gaudreau	Rose-Hélène	Perrault Sullivan	Gentiane		
Gauthier	Audrey	Pétrin	Evelyn		
Gauthier	Johanne	Pilon	Marielle		
Gendron	Catherine	Plante	Rachel		
Geoffrion	Steve	Poirier	Alexandra		
Gingras	Céline	Pomerleau	Éliane		
Girard	Stéphanie	Potvin	Jean-Christophe		
Grandmont	Nancy	Poudrier	Frédéric		
Gravel	Pascale	Pouliot	Laurie		
Grégoire-Lévesque	Sébastien	Quimper	Mireille		

Avis de limitation du droit d'exercice

Prenez avis que le 18 février 2016, le comité exécutif de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec a limité, en vertu de l'article 55.0.1 du Code des professions, le droit d'exercice de **Nancy Trépanier, psychoéducatrice** (16541-02) exerçant sa profession au 170, boul. Taschereau à La Prairie :

Nancy Trépanier consent à limiter son droit d'exercer toute activité professionnelle au seul domaine de sa contribution à l'évaluation du spectre de l'autisme au sein d'une équipe multidisciplinaire, dans les limites permises par le champ d'exercice attribué aux psychoéducateurs.

Nancy Trépanier ne peut ainsi faire d'intervention de relation d'aide, de suivi ou d'accompagnement dans le domaine de la psychoéducation tant qu'elle ne satisfait pas aux exigences en lien avec les compétences requises pour ce faire.

Prenez avis que le 9 mai 2015, le comité exécutif de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec a limité, en vertu de l'article 55.0.1 du Code des professions, le droit d'exercice de **Odette Bousquet, psychoéducatrice** (14600-01) ayant exercé sa profession à Beloeil.

Odette Bousquet consent à limiter son droit d'exercer toute activité professionnelle compte tenu de son état de santé.

Pour reprendre l'exercice de sa profession, Odette Bousquet devra faire une demande écrite au comité exécutif, accompagnée d'un certificat médical la déclarant apte à reprendre l'exercice de ses activités professionnelles.

Dominique Auger, D.S.A., Adm. A.
Secrétaire de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec



Des collaborations à cultiver

Recherchée et valorisée dans différents contextes de travail, la collaboration se présente sous de multiples facettes. Que ce soit entre psychoéducateurs, avec d'autres professionnels et intervenants ou avec les clients, elle est maintenant considérée comme une condition contributive à l'efficacité de l'intervention. Mettre en place et faire durer une démarche collaborative peut toutefois rencontrer nombre de défis. Un temps d'arrêt s'impose pour réfléchir à nos habitudes de collaboration, mais également pour identifier comment il est possible de la cultiver, à travers les échanges professionnels, mais avant tout, pour le bien-être du client.



De la multi à la transdisciplinarité, des modèles de collaboration qui enrichissent l'intervention

Johana Monthuy-Blanc, Ph. D., professeure, Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Trois-Rivières, **Laurence Plouffe**, candidate au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal, **Isabelle Thibault**, Ph. D., ps. éd., professeure, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, **Ameline Dupont**, Psy. D., psychologue, coordonnatrice clinique du programme ω -LoriCorps, Université du Québec à Trois-Rivières et **Christian Dagenais**, Ph. D., professeur, Département de psychologie, Université de Montréal

Depuis toujours, les psychoéducateurs sont appelés à travailler en étroite collaboration avec différents professionnels. Le plus souvent, cette collaboration prend la forme d'équipe multidisciplinaire. Quand la collaboration interprofessionnelle est plus étroite, l'équipe peut être qualifiée d'interdisciplinaire. Par contre, des auteurs font de plus en plus état des avantages de la transdisciplinarité. Ces différents modèles de collaboration (multi – inter – transdisciplinarité) sont étroitement liés et parfois sources de confusion. Cet article vise à les décrire afin de mieux les distinguer. Dans une visée pédagogique, les concepts seront illustrés par des exemples liés à notre expertise en troubles du comportement alimentaire (TCA)¹. Dans l'ordre, une brève description des défis liés à l'intervention en TCA servant de mise en contexte est d'abord présentée. Puis, les notions de multi – inter – transdisciplinarité sont définies. L'évolution et les défis liés à la collaboration entre disciplines sont ensuite abordés. Enfin, les apports de la collaboration inter ou transdisciplinaire et les balises nécessaires à la mise en place d'une telle collaboration sont énoncés.

Les défis inhérents à l'intervention en TCA... et à la plupart des problématiques

Deux défis majeurs sont couramment rencontrés par les équipes qui interviennent dans le domaine des TCA. D'abord, les personnes présentant un TCA font souvent preuve de déni à l'égard de la problématique, ce qui peut être alimenté par la sensation grisante du contrôle sur son corps et des rétroactions positives de l'entourage au début de la perte de poids. Il est ensuite fréquent que la clientèle fasse preuve de clivage à l'égard des intervenants. Par exemple, le médecin peut être considéré confrontant car il demande des ajustements nutritionnels qui vont à l'encontre des croyances et des souhaits de la personne présentant un TCA alors que le psychoéducateur peut être davantage perçu comme un allié car il écoute et soutient la personne devant ses difficultés. Ce clivage peut être renforcé par les intervenants s'ils adoptent des visions distinctes quant à l'intervention. Les caractéristiques spécifiques des TCA nécessitent une équipe d'intervenants issus des sciences de la santé (nutritionniste, médecin, etc.) et des sciences humaines (psychoéducateur, psychologue, etc.), ce qui exacerbe les défis précités. Par exemple, la culture disciplinaire et les activités réservées conduisent souvent à un fonctionnement hiérarchique de l'équipe, en plaçant les médecins au sommet. De plus,

l'évolution psychopathologique des TCA exige plusieurs niveaux de soins selon leur sévérité, par exemple une consultation externe, une hospitalisation, etc. Un arrimage entre les services de proximité, spécialisés et surspécialisés, doit être garanti afin de permettre une continuité des soins. Face à une problématique caractérisée par la non-reconnaissance des difficultés et pour laquelle plusieurs intervenants sont appelés à collaborer, comment remédier au déni et au clivage? Les sections qui suivent visent à répondre à cette question. Malgré les références aux TCA, les concepts et recommandations présentés s'appliquent à la plupart des problématiques et des contextes d'intervention auxquels sont confrontés les psychoéducateurs. En effet, le déni, la minimisation des difficultés et le clivage auprès des intervenants sont présents dans plusieurs problématiques (trouble de comportement, consommation, etc.) et contextes d'intervention (Centre jeunesse, milieu scolaire, etc.).

Définitions des notions de multi-inter-transdisciplinarité

Le type de collaboration entre intervenants peut prendre différentes formes. La première est la **multidisciplinarité**, soit le travail en équipe d'intervenants provenant de diverses disciplines. Dans cette approche, chaque intervenant est indépendant, autonome et décide seul du plan d'intervention (Larivière et Savoie, 2002; Mourey et Outata, 2005). Par exemple, il s'agit ici de l'échange d'informations entre le médecin de famille et le psychoéducateur de l'école sans plan de service individualisé clairement établi. Bien que ce type de coopération mette à profit les expertises spécialisées de disciplines complémentaires dans l'intérêt du client, cette collaboration s'avère insuffisante pour résoudre le clivage et le déni inhérent aux TCA ou aux autres problématiques auxquelles les psychoéducateurs sont confrontés. Pour remédier aux défis de la collaboration disciplinaire non résolus par la multidisciplinarité, la collaboration **interdisciplinaire** peut être envisagée. Ce type de collaboration implique une interrelation entre les intervenants, lesquels sont engagés dans un processus avec un but commun. Dans le travail interdisciplinaire, les intervenants se concertent et les actions sont davantage coordonnées afin d'apporter une plus grande cohérence face à l'intervention avec des objectifs élaborés et choisis conjointement (Mourey et Outata, 2005). Pour ce faire, les intervenants sont amenés à négocier entre eux afin de parvenir à un consensus sur le plan des interventions. Par exemple, un médecin pourrait décider d'hospitaliser la personne présentant un TCA pendant les congés

1. Les TCA comportent l'anorexie mentale (perte de poids importante, peur intense de prendre du poids, distorsion de l'image, influence importante du poids sur l'estime, etc.), la boulimie (crises récurrentes de suralimentation suivies de comportements compensatoires) et l'hyperphagie boulimique (crises récurrentes de suralimentation sans comportement compensatoire) (APA, 2013).

scolaires afin que cela n'ait pas d'impact sur son intégration sociale, élément travaillé par le psychoéducateur. Cette coordination des interventions distingue la multidisciplinarité de l'interdisciplinarité et limite en partie le risque de désorganisation des intervenants faisant face au clivage. Néanmoins, la **transdisciplinarité** apparaît souvent comme la meilleure option pour favoriser la collaboration de différents intervenants et ainsi offrir des interventions plus efficaces. Constituant un véritable défi dans le milieu de pratique, cette approche demande un niveau élevé de synergie et de relation entre des intervenants qui partagent une vision commune afin de mieux comprendre et concevoir la complexité clinique (Monthuy-Blanc *et al.*, 2015). Une plus grande cohésion entre les intervenants en misant sur des pratiques conjointes tout en respectant les activités réservées à chacune des disciplines est ainsi assurée. La transdisciplinarité permet une réflexion et une action commune davantage intégrée autorisant le dépassement des cloisonnements entre les disciplines. Chaque discipline est au service de l'intervention, laquelle est à la fois comprise et transférable pour chaque intervenant. Par exemple, le psychoéducateur peut discuter avec le client présentant un TCA des apports alimentaires nécessaires pour

poursuivre une évolution favorable sur le plan pondéral et le médecin peut discuter avec le client de l'importance des activités de socialisation afin de favoriser une évolution favorable sur le plan psychosocial.

La figure 1 est une schématisation de la transdisciplinarité appliquée à la personne présentant un TCA. Cette figure illustre que tous les intervenants sont en relation, qu'ils collaborent, se concertent. Cette collaboration a lieu entre les différents niveaux de services (proximité, spécialisés ou surspécialisés). La personne présentant des difficultés est au centre des préoccupations des intervenants.

Développement d'une collaboration inter ou transdisciplinaire

Le développement d'une collaboration inter ou même transdisciplinaire implique un processus. La première étape est la création d'une équipe, formelle ou non, comportant des intervenants issus de différentes disciplines. Cette étape présente un défi important, car le niveau de synergie élevée et la communication en vue d'adopter une vision commune entraînent la plupart du temps des tensions qui, une fois résolues, sont susceptibles de mener à un rendement optimal.

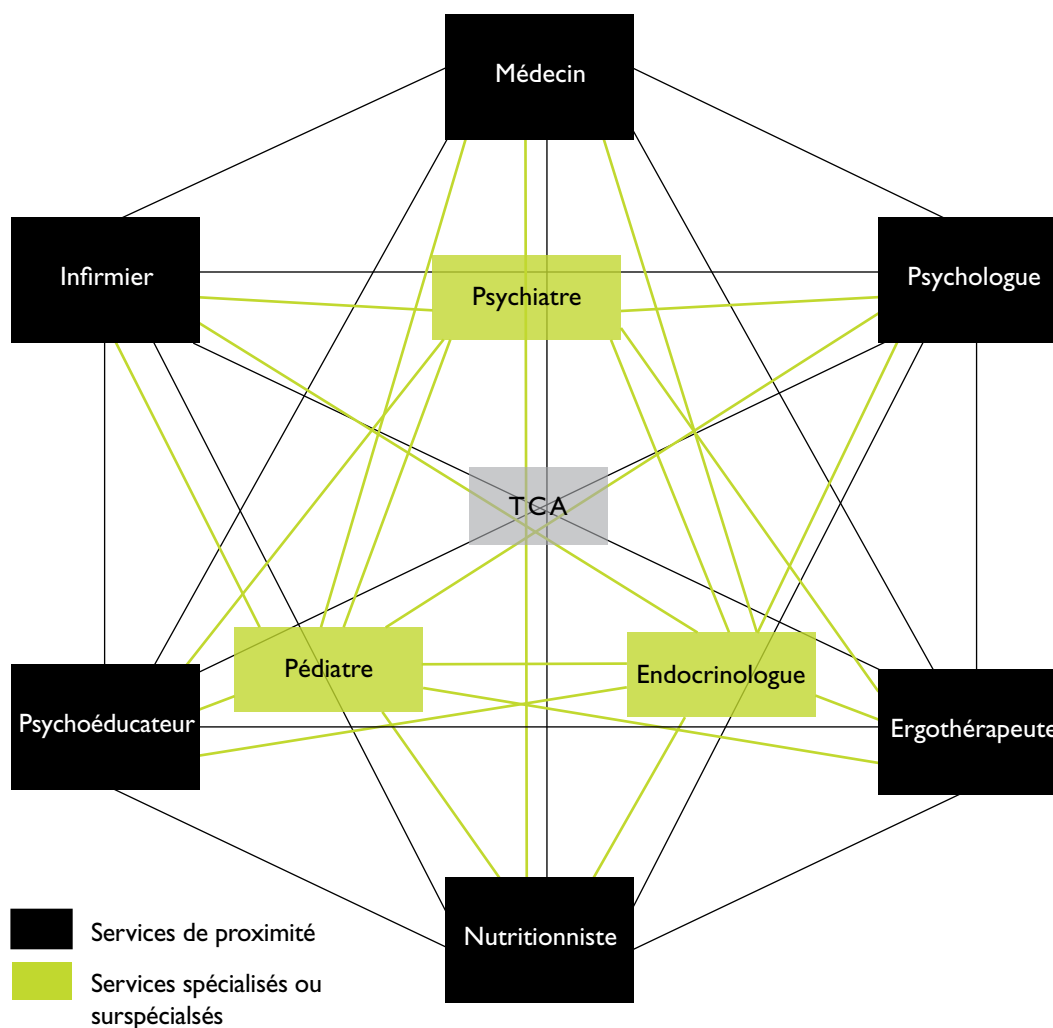


Figure 1. La transdisciplinarité appliquée à la personne présentant un TCA



Une fois ce niveau de fonctionnement atteint, il devient possible de recourir à des pratiques transférables d'un intervenant à l'autre, ce qui surpasse l'effet de la complémentarité des pratiques et représente l'un des avantages de la collaboration inter ou transdisciplinaire, la multidisciplinarité ne permettant pas de résoudre les défis inhérents au clivage et au déni. La collaboration entre professionnels est un processus dynamique et en perpétuel changement, car le niveau de disciplinarité (multi, inter ou trans) peut varier dans le temps au sein d'une même équipe (Monthuy-Blanc *et al.*, 2015). Ces modulations sont relatives aux caractéristiques de l'équipe (caractéristiques personnelles des intervenants, défis posés par la clientèle, changements au sein de l'équipe, etc.). De plus, l'effort de réflexion préalable à la mise en place du fonctionnement, la culture individualiste, des changements fréquents dans l'équipe, des difficultés de communication ou des jeux de pouvoir ainsi qu'une insuffisance de moyens financiers ou de formation spécifique peuvent entraver le niveau de collaboration inter ou transdisciplinaire (Euller-Zeigler et Ziegler, 2001; Mourey et Outata, 2005).

Apport de l'inter et de la transdisciplinarité dans l'intervention

Les approches inter et transdisciplinaire permettent la mise en commun des points de vue de différents intervenants et apportent une compréhension et une prise en charge plus complète du client (Duret-Gossart et Peuteuil, 2010). Les avantages sont nombreux. Au sein de l'équipe, un fonctionnement basé sur la collaboration et l'interdépendance permet le développement d'un sentiment d'appartenance qui augmente : a) la motivation de chacun des membres; b) la solidarité entre les membres; c) le sentiment de compétence et d) l'enrichissement de chacun. Les bénéfices pour les intervenants sont : a) une protection contre l'épuisement, l'ennui et la routine; b) une diminution de l'impression d'impuissance face à des cas complexes et c) le développement d'une culture commune. Pour le client, en plus d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction, le travail en équipe coordonnée offre un sentiment de sécurité et favorise l'établissement d'une relation de confiance (Euller-Zeigler et Ziegler, 2001; Griesser, 2010). Enfin, en raison de la prise de décision commune au sein de l'équipe, la transdisciplinarité apparaît comme l'approche la plus susceptible de mener à l'utilisation d'interventions fondées sur des données probantes adaptées au contexte d'intervention. En effet, la communication entre les professionnels permet généralement l'objectivation des points de vue et donc, de favoriser l'adoption des meilleures pratiques. Dans cette optique, l'appropriation des connaissances par une équipe transdisciplinaire est facilitée lorsque, par exemple, les membres se positionnent sur la correspondance entre les connaissances et leur perspective d'intervention, qu'ils partagent une formation spécifique à la problématique ou qu'ils discutent des clients lors de supervisions cliniques (Kimber *et al.*, 2014). Une collaboration entre les chercheurs, cliniciens et décideurs dans la production et la diffusion des connaissances est prometteuse pour assurer une meilleure utilisation des connaissances.

Afin de contrer les défis inhérents au clivage et au déni, défis caractéristiques de la clientèle TCA et de plusieurs autres

problématiques, l'inter ou la transdisciplinarité apparaissent comme des modèles de collaboration plus favorables que la multidisciplinarité.

La mise en place d'une telle collaboration requiert toutefois:

- une définition du rôle de chaque intervenant
- le transfert d'expertises
- l'identification d'objectifs clairs et la mise en place d'un plan d'action précis
- une définition de stratégies d'interventions congruentes
- l'adhésion de tous les intervenants aux objectifs, règles et fonctionnement
- la coordination des interventions
- une communication permanente entre les intervenants
- le respect des activités réservées
- une évaluation régulière du fonctionnement et des résultats
- la favorisation des co-interventions (Euller-Zeigler et Ziegler, 2001).

Ces balises assurent que les intervenants se sentent respectés en regard de leur expertise et favorisent l'établissement d'une collaboration inter ou transdisciplinaire. Considérant que la plupart des psychoéducateurs œuvrent au sein d'équipes regroupant différents professionnels, connaître ces balises et s'assurer qu'elles sont mises en place dans leur milieu pourrait favoriser le développement d'un climat de collaboration professionnelle plus propice à l'inter ou à la transdisciplinarité et ainsi, offrir des services centrés sur les besoins des clients. ■

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Canadian Medical Association. (2015). How Much Does it Cost to Treat Teens with Anorexia Nervosa in Hospital? *Canadian Medical Association Journal*, 187(9), 658.
- Duret-Gossart, F. et Peuteuil, P. (2010). *Perte de poids, perte de soi?* Paris, France : Larousse.
- Euller-Zeigler, L. et Ziegler, G. (2001). Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire? Définition, cadre de soins, problématique. *Revue du rhumatisme*, 68(2), 126-130.
- Griesser, A. C. (2010). *Petit précis d'organisation des soins : interdisciplinarité*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Kimber, M., Couturier, J., Jack, S., Niccols, A., Blyderveen, S. et McVey, G. (2014). Decision making processes for the uptake and implementation of family based therapy by eating disorder treatment teams: A qualitative study. *International journal of eating disorders*, 47(1), 32-39.
- Larivière, C. et Savoie, A. (2002). *Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec*. Montréal : Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.
- Monthuy-Blanc, J., Dupont, A. et Plouffe, L. (2015, mai). Une équipe transdisciplinaire au service de l'intervention en TCA : un nouveau défi. Communication orale présentée lors de la journée de formation multiniveaux : l'interdisciplinarité dans les troubles du comportement alimentaire, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Monthuy-Blanc, J., Gagnon-Girouard, M-P., Langlois, F., St-Pierre, L., Plouffe, L., Dupont, A. et Ouellet, M. (2015, avril). Intervention en TCA dans la région Mauricie et Centre-du-Québec, modèle d'intervention soumis au Centre intégré universitaire de la Santé et des Services sociaux de la région Mauricie et Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Québec.
- Mourey, F. et Outata, S. (2005). Contexte et concept. Dans D. Manière, M. Aubert, F. Mourey et S. Outata (dir.), *Interprofessionnalité en gérontologie : travailler ensemble : des théories aux pratiques* (p. 19-28). Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.



Quand collaboration et déontologie s'associent ... pour l'intérêt du client

Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd., coordonnatrice au développement et au soutien professionnel, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

La collaboration figure parmi les trois valeurs inscrites en préambule du Code de déontologie des membres de l'Ordre. Cette valeur a été jugée fondamentale par les psychoéducateurs, leur tradition d'exercice mettant de l'avant le travail d'équipe. Elle est définie comme étant la «volonté à partager ses observations et ses connaissances et à tenir compte de différents points de vue pour l'amélioration de la situation de la personne en difficulté d'adaptation». La collaboration, malgré l'encadrement de la profession advenu ces dernières années, est toujours d'actualité. La manière de vivre celle-ci avec des intervenants et des professionnels d'autres disciplines implique néanmoins le respect de certains principes et règles. La question du partage d'informations ou de renseignements confidentiels est probablement la plus évidente.

Partager ou non des renseignements de nature confidentielle?

La réponse à cette question demande d'abord de revoir quelques règles de base à propos du secret professionnel. Un principe est affirmé à l'article 18 du Code de déontologie : *le psychoéducateur respecte le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession*. Le professionnel doit garantir le secret à ses clients à l'égard des confidences que celui-ci lui a faites. On parle ici de renseignements révélés dans le cadre de la relation professionnelle et non de faits que plusieurs intervenants pourraient constater. Les renseignements révélés concernent la vie privée et intime du client, ce qu'il a vécu ou ressent. Ceux-ci peuvent avoir un sens particulier pour lui et, en ce sens, appuyer le professionnel dans sa démarche d'aide. Le fait de «prendre soin» de ces informations reflète au client qu'il est important et que sa dignité d'être humain sera préservée. Le secret professionnel devient ainsi le socle de la relation de confiance entre le psychoéducateur et son client.

Lorsque le psychoéducateur demande à un client de lui révéler des renseignements de nature confidentielle ou lorsqu'il permet que de tels renseignements lui soient confiés, il informe clairement le client des diverses utilisations qui pourraient être faites de ces renseignements (article 22 du Code de déontologie).

Cet article s'applique à divers contextes d'intervention où un partage d'informations s'avère nécessaire. En contexte de travail collaboratif, le client doit savoir que certains renseignements qu'il aura confiés au psychoéducateur pourraient être divulgués à d'autres et ce, pour son bénéfice. Cette information peut être donnée à l'étape du consentement ou à tout autre temps de la relation professionnelle. Afin de s'assurer d'un consentement éclairé, le psychoéducateur devrait 1) préciser la nature des

renseignements confidentiels qu'il aurait à partager, 2) identifier les personnes de l'équipe élargie qui pourraient être informées de ces renseignements et 3) expliquer au client en quoi le partage de tels renseignements pourra l'aider.

Le psychoéducateur qui transmet des renseignements de nature confidentielle, notamment à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire ou d'un programme institutionnel, limite la transmission aux renseignements pertinents et nécessaires pour atteindre les objectifs poursuivis (article 24 du Code de déontologie).

Quels sont ces renseignements pertinents et nécessaires? Seul le professionnel peut en juger en considérant à la fois la situation du client, sa dynamique et les objectifs poursuivis avec les autres professionnels. Sa décision de partager telle confiance reçue du client peut se justifier par la congruence de celle-ci avec le plan de travail partagé par l'équipe de même que par son caractère incontournable pour le bien-être du client.

Discussions, conversations et échanges entre collaborateurs

Comment les règles déontologiques présentées s'appliquent-elles concrètement? Lors de discussions cliniques ou d'études de cas auxquelles participent plusieurs intervenants ou professionnels, chacun apporte un éclairage basé sur ses compétences. Tous les membres d'ordre sont tenus au secret professionnel. Inscrit à l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne, le droit au respect du secret professionnel s'applique de façon plus étendue que la confidentialité, laquelle doit être préservée par les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre. Qu'ils soient soumis au respect du secret professionnel ou à la confidentialité, tous ont à cœur le développement du client et y contribuent en prenant le meilleur parti pour lui. Les situations de travail multidisciplinaire posent le défi de l'équilibre à préserver entre la relation de confiance établie avec son client, laquelle suppose le secret professionnel, et la collaboration solidaire au projet commun partagé avec les autres intervenants qui, elle, repose sur le partage de certaines informations. Parfois, la recherche de cet équilibre peut demander un temps de recul ou exiger un retour au client pour discuter avec lui des implications de la divulgation.

Il arrive que des intervenants discutent informellement de la situation d'un client. Même si cela se fait en toute connaissance de cause par le client, certains endroits ne sont pas indiqués pour ce genre de conversation ou d'échange. Des espaces publics tels la salle à café ou le corridor ne garantissent pas la confidentialité. Les conversations informelles peuvent aussi ouvrir la porte à des échanges d'informations non-souhaitables. Les intervenants



Les situations de travail multidisciplinaire posent le défi de l'équilibre à préserver entre la relation de confiance établie avec son client, laquelle suppose le secret professionnel, et la collaboration solidaire au projet commun partagé avec les autres intervenants qui, elle, repose sur le partage de certaines informations.

moins familiers avec la notion de secret professionnel peuvent parfois penser que le psychoéducateur s'arroge un droit ou se montre supérieur aux autres. Il est de la responsabilité du professionnel de leur expliquer la valeur du secret professionnel et de les sensibiliser au respect de la confidentialité auquel tous sont tenus. L'article 3 du Code de déontologie va dans ce sens : *Le psychoéducateur prend tous les moyens raisonnables pour que toute personne qui collabore avec lui dans l'exercice de sa profession [...] respecte le Code des professions et ses règlements d'application, notamment le présent code.*

Il en est aussi fait mention, de manière plus spécifique, à l'article 21 : *Afin de préserver le secret professionnel, le psychoéducateur 1° s'abstient de toute conversation indiscrète au sujet de son client et des services professionnels qui lui sont rendus; 2° prend les moyens raisonnables à l'égard de ses collaborateurs et des personnes sous sa supervision.* Ce dernier alinéa s'applique aussi bien aux collaborateurs non-membres d'ordre qu'aux stagiaires.

Le troisième alinéa de cet article ajoute que le psychoéducateur 3° ne révèle pas qu'une personne fait appel à ses services professionnels. Bien que la portée de cet article concerne davantage l'exercice en cabinet privé, des précautions peuvent être prises dans le quotidien pour limiter la divulgation d'informations sur les services professionnels rendus. Ainsi, le partage d'une boîte vocale, d'un espace de travail ou d'un classeur sont des pratiques courantes qui ne peuvent pas toujours être modifiées. Dans ces circonstances, il faut trouver des manières de faire qui préservent, le plus possible, la confidentialité tout en considérant que les collègues membres d'un ordre sont soumis aux mêmes obligations professionnelles que le psychoéducateur. Les clients peuvent aussi être avisés des contraintes rencontrées dans l'environnement de travail.

L'évaluation d'une personne en contexte de collaboration

La collaboration de plusieurs professionnels à l'évaluation d'une personne est assurément une pratique à privilégier. Avec la spécification des champs d'exercice des professionnels du

domaine de la santé mentale par le PL 21, il est devenu courant qu'une même évaluation fasse appel à différents regards cliniques. Les données de base (données nominatives, anamnèse) sont souvent communes à tous les professionnels sans égard à leur spécificité disciplinaire. En revanche, le psychoéducateur voudra ajouter à cette cueillette de données ses propres observations et, possiblement, utiliser un instrument de mesure standardisé. Le choix de ce dernier doit se faire dans le respect des compétences des autres professionnels. Le guide explicatif du PL 21 précise que « la concertation interprofessionnelle sur l'utilisation de certains outils d'évaluation est recommandée afin que chaque professionnel puisse disposer des outils valides nécessaires au moment où il procédera à l'évaluation, que celle-ci soit une activité réservée ou non » (section 3.4.3.1). Le respect des champs d'exercice des collègues professionnels demande que chacun puisse recourir aux outils d'évaluation qui serviront son analyse clinique. L'apport du psychoéducateur à l'évaluation d'une personne, réalisée en interdisciplinarité, concernera le fonctionnement adaptatif de celle-ci. Si un rapport commun était rédigé, le psychoéducateur demeurerait imputable de ses conclusions diagnostiques, dans son champs d'exercice.

L'article 46 du Code de déontologie aborde ce sujet en exigeant que le psychoéducateur qui produit un rapport, écrit ou verbal, en limite le contenu à des interprétations, à des conclusions et à des recommandations fondées sur son expertise professionnelle et en lien avec son champ d'exercice.

Les occasions où le psychoéducateur est appelé à travailler avec des professionnels d'autres disciplines sont nombreuses. La mise en commun des expertises et le partage des informations pertinentes doivent toujours demeurer au profit de la personne en besoin. C'est d'ailleurs son intérêt qui doit primer sur toute autre considération ou intérêt d'ordre personnel ou corporatiste. En gardant à l'esprit cette priorité, le psychoéducateur sera mieux à même de faire la part des choses entre ce qui doit rester confidentiel et ce qui peut être transmis aux personnes avec lesquelles il collabore. ■



Les compétences favorisant la collaboration entre les professionnels et avec le client

Un changement de pratique prometteur

Bernard Deschênes, ps.éd., conseiller sénior, consultant et D^{re} **Paule Lebel**, MD, M.Sc., co-directrice, Direction collaboration et partenariat patient, Faculté de médecine, Université de Montréal¹

Établie depuis des décennies dans des équipes cliniques (santé mentale, déficience intellectuelle, réadaptation, gériatrie, par exemple), la collaboration interprofessionnelle est utilisée lorsque la multiplicité des besoins du client interpelle plusieurs types de professionnels. Les retombées de la collaboration interprofessionnelle sont visibles sur plusieurs plans. Les clients obtiennent une réponse complète et mieux intégrée à leurs besoins et une accessibilité plus grande aux divers services. Les bénéfices pour les intervenants sont aussi marqués. Ils peuvent exercer leurs rôles et responsabilités de manière optimale dans le respect et la reconnaissance de leurs compétences respectives et avec une meilleure synergie de leurs interventions. L'avènement du projet de loi 21 a confirmé l'importance de la collaboration interprofessionnelle en la positionnant comme toile de fond à la redéfinition des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Plus près de nous, l'Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec a souscrit à l'énoncé de position conjoint sur la collaboration professionnelle, adopté par plus de vingt ordres professionnels, et « dont les signataires se sont engagés à développer des indicateurs de résultats pour atteindre des standards de collaboration » (Conseil interprofessionnel du Québec, 2016).

Parallèlement à ce mouvement, la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de l'Université de Montréal² propose, depuis 2010, une réactualisation de la relation entre le client et les professionnels³. Ainsi le client⁴ est considéré comme un membre à part entière de l'équipe de soins et de services au même titre que les différents professionnels. Alors que les psychoéducateurs, comme les autres professionnels détiennent des savoirs scientifiques et techniques, le client, quant à lui, possède des savoirs expérientiels sur sa vie et sa situation psychosociale. Client et professionnels, en tant que partenaires, travaillent à rééquilibrer la situation psychosociale du client et à réaliser son projet de vie. Comme les professionnels, le client assume des responsabilités dans des actions à entreprendre. Les psychoéducateurs et les autres professionnels de l'équipe l'accompagnent pour l'outiller et le soutenir dans le développement de ses capacités. Ainsi, d'une approche paternaliste (*je sais quoi faire, madame, avec votre enfant*), à une approche centrée sur le client où les professionnels tiennent compte du profil psychosocial du client et le consultent avant de planifier entre eux son plan d'intervention, le passage se fait vers une approche de partenariat. Le client et les professionnels co-construisent le plan d'intervention interdisciplinaire. Dans cette perspective d'inclusion du client comme partenaire de l'équipe, il

est normal que tous, autant les professionnels que le client doivent développer, à leur propre rythme, différentes compétences pour devenir progressivement des partenaires en santé et services sociaux.

Les diverses compétences proposées

Quelles sont les compétences que les différents acteurs, client et professionnels, doivent développer afin de devenir des partenaires? La DCPP propose un référentiel de compétences du partenariat en santé et services sociaux. Ce référentiel est composé d'une compétence centrale et de sept autres, mobilisées à des degrés divers selon la situation. À chacune de celles-ci sont associées une description et des capacités à développer lesquelles se déclinent à leur tour en manifestations constituées d'un ensemble d'actions ou de tâches observables. Afin de bien illustrer les liens entre la description de la compétence, les capacités et les manifestations, voici comment se présente la compétence centrale : **la planification, la mise en œuvre et le suivi des soins et des services sociaux.**

Description de la compétence	En tant que partenaires, le client et les professionnels collaborent afin de planifier et de coordonner leurs actions en réponse aux besoins, aux problèmes de santé et à la situation psychosociale du client en tenant compte de son projet de vie. Ils interviennent de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue.
Une des capacités requises est :	Mettre en œuvre et assurer le suivi du plan d'intervention (PID, PII) ou de services (PSI/PSII)
Les manifestations associées à cette capacité	Les partenaires : • Réalisent de façon concertée les différentes interventions du plan d'intervention (PID/PII) ou dispensent les services alloués par le PSI/PSII • Évaluent, à un moment préétabli, et, si nécessaire, à des moments subséquents : – si les objectifs visés par le plan d'intervention (PID ou PII) ont été atteints ou sont en voie d'être atteints – si les services alloués ont été rendus conformément au plan de services (PSI/PSII) • Analysent, le cas échéant, les raisons qui ont fait obstacle à l'atteinte des objectifs (PID ou PII) ou à la prestation des services alloués (PSI/PSII), et réajustent en conséquence les objectifs, les interventions ou les services.

Les sept autres compétences ne seront que présentées brièvement. Le lecteur intéressé à prendre connaissance du référentiel dans sa totalité pourra le faire en visitant le site Internet de la DCPP (2016).



Les compétences qui gravitent autour de la compétence centrale se déclinent de la façon suivante.

Le travail d'équipe

Client et professionnels concernés de l'équipe mettent en œuvre les processus d'équipe et de dynamique de groupe pour atteindre un fonctionnement optimal. Le travail d'équipe comprend les aspects de relations entre les membres, du mode de fonctionnement et de l'évaluation continue des procédés établis pour bien répondre aux besoins de la clientèle.

La clarification des rôles et des responsabilités

Client et professionnels de l'équipe comprennent les rôles et les responsabilités de chacun d'entre eux, incluant ceux du client. Ils sont en mesure d'expliquer ou de clarifier leurs rôles et responsabilités dans différents contextes. Il importe ici de connaître, entre autres, les activités réservées pour chaque profession et les situations potentielles de chevauchement (zones grises).

La communication

Client et intervenants de l'équipe communiquent ensemble en temps opportun, de façon efficace et dans un esprit de respect, d'ouverture et de collaboration. Ils précisent les moyens de communication les plus appropriés selon la nature de l'information à partager, le temps disponible et les personnes concernées. Ils sont soucieux du choix et de l'aménagement d'un environnement physique propice aux discussions, dans le respect de la confidentialité. Ils évitent tout jargon professionnel ou technique pouvant nuire à la compréhension de l'information échangée. Ils adaptent leur niveau de langage à celui de leurs différents interlocuteurs. Ils sont sensibles à l'expression des émotions et y répondent avec tact.

Le leadership collaboratif

Client et professionnels de l'équipe contribuent, par leurs savoirs propres, à la construction d'une vision commune en vue d'une prestation optimale de soins et services sociaux. Ils contribuent au développement de l'équipe et à l'amélioration de la qualité des soins et des services sociaux. Agissant à la fois avec détermination, enthousiasme et humilité, ils soutiennent et inspirent les autres. Ils questionnent de façon constructive les pratiques et orientent l'équipe vers des éléments de solution, de façon stratégique, en tenant compte du contexte.

L'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé

Client et professionnels s'engagent dans une démarche continue d'apprentissage, par laquelle le client développe sa compréhension de sa situation psychosociale. Ensemble, ils explorent périodiquement les besoins du client, évaluent où il en est, conviennent de ce qui pourrait mieux l'aider à prendre soin de lui. Ils co-construisent des solutions adaptées et acceptables pour chacun. Ainsi, le client devient progressivement autonome dans la gestion de sa situation et est partie prenante de l'équipe de soins et de services sociaux.

Références

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014, 10 février). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient. Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal. Récupéré du site de l'organisme : http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Conseil interprofessionnel du Québec. (2016, 1 février). Collaboration interprofessionnelle : Des ordres de la santé et des relations humaines passent à l'action. Récupéré du site de l'organisme : http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2016/02/note_dossier_collabor_interp_2016-02-01.pdf

Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé. (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Récupéré du site de l'organisme : <http://www.cihc.ca>

DCPP et CIO-U de M. (2016) Référentiel des compétences de la Pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec : Université de Montréal.

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.

L'éthique clinique

Face à un problème éthique, client et professionnels s'engagent de bonne foi dans un dialogue afin d'assurer que le client soit accompagné tout au long de son processus de prise de décision et ce, de façon libre et éclairée. Une fois clairement explicitée, la démarche consiste à identifier les éléments du problème, à l'analyser, à le résoudre en tenant compte des besoins collectifs et des ressources disponibles. Par la suite, un bilan réflexif sur la démarche est effectué par l'ensemble des partenaires en cause.

La prévention et la résolution des conflits

Client et professionnels de l'équipe s'engagent activement dans la prévention et la résolution efficaces des conflits au sein de l'équipe dans un esprit de concertation où toutes les opinions sont prises en compte. Les intervenants de l'équipe doivent éviter de faire vivre au client des tensions inutiles par des relations tendues entre eux; ils se doivent de résoudre les conflits rapidement.

Le référentiel de compétences peut servir dans divers contextes. Déjà, il sert de référence dans la conception et la mise en œuvre de la formation des étudiants de la santé et des sciences psychosociales de l'Université de Montréal visant l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle. Il peut être utilisé dans la consolidation du partenariat de soins et de services auprès des équipes du réseau de la santé et des services sociaux. Il pourrait aussi être utile pour les responsables des ressources humaines lors de la conception d'entrevue d'embauche et des évaluations de contributions professionnelles de leur personnel. Pour le psychoéducateur, il peut devenir un instrument d'autoévaluation de sa pratique en matière de collaboration avec ses collègues et les clients.

Les défis sont nombreux en regard du référentiel de compétences. Sa diffusion et sa vulgarisation afin de toucher tous les publics constituent un premier pas. Celui-ci franchi, il faudra vivre et accompagner le développement de ces compétences aussi bien chez le professionnel que chez le client. Cela demandera des ajustements et une approche réflexive afin d'une part, de permettre à ce dernier de faire partie intégrante de l'équipe de soins et de services et, d'autre part, d'atteindre un fonctionnement optimal entre les professionnels de l'équipe dont les psychoéducateurs. ■

1. Ont également collaboré à la rédaction de cet article : Isabelle Brault, Ph. D., inf., vice-présidente, Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle, Faculté des sciences infirmières, Vincent Dumez, M.Sc., co-directeur, Direction collaboration et partenariat patient, Faculté de médecine, André Néron, directeur associé, Direction collaboration et partenariat patient et vice-président, Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle et Marie-Claude Vanier, B.Pharm., M.Sc., présidente, Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

2. Cette direction œuvre au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

3. L'origine de cette approche est médicale d'où l'utilisation du terme « patient ». Les concepteurs de cette approche conviennent toutefois qu'il faut s'ajuster aux divers contextes d'intervention et sont ouverts à l'utilisation du terme approprié afin de faire sens avec l'approche. Dans notre cas, nous avons décidé d'utiliser le terme « client ».

4. Pour alléger le texte, la notion de « client » peut inclure son réseau, dont ses proches, selon le contexte.

Évaluer les besoins de l'enfant en équipe intégrée : une richesse pour tous

Josée Caron, ps.éd., coordonnatrice clinique régionale PAPFC², CISSS de l'Outaouais, **Chantal Normand**, orthophoniste, CISSS de l'Outaouais et **Mélanie Laflamme-Desrochers**, Centre de pédiatrie sociale de Gatineau

Cet article propose le récit d'une pratique intersectorielle et interdisciplinaire dans le cadre d'un programme d'intervention en négligence. Le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) a d'abord été développé dans la région de la Mauricie par Carl Lacharité et son équipe¹. Après sa diffusion, il a été évalué de 1992 à 1997. L'exploration, la description et l'analyse de pratiques exemplaires en négligence ont ultérieurement permis de bonifier les connaissances reliées à cette problématique. Ces réflexions ont donné lieu à la deuxième génération du programme, ici nommé le PAPFC². Dans la région de l'Outaouais, l'implantation de celui-ci a débuté en 2007.

Le PAPFC² s'adresse aux familles d'enfants âgés de 0 à 12 ans qui vivent dans un contexte de négligence. Ce programme s'appuie sur un cadre écosystémique et développemental pour proposer diverses activités d'intervention offertes selon une approche participative. Le PAPFC² s'inscrit dans une complémentarité de services et de collaborations, portés par une équipe intégrée impliquant des intervenants du CISSS de l'Outaouais (LSSSS / LPJ), des organismes communautaires et d'autres organisations.

L'évaluation dans le cadre du PAPFC²

Une activité centrale du programme, de laquelle découlera l'orientation des autres activités, est l'évaluation et l'analyse des besoins de l'enfant. Celle-ci se fait en partenariat avec tous les adultes importants dans la vie de l'enfant. Cette démarche s'effectue en continu avec la famille. Avant d'entreprendre le processus d'évaluation, l'intervenant responsable (psychoéducateur ou travailleur social) discute des besoins de l'enfant avec les parents. Dans le cadre d'un échange à domicile, il aborde le but et le déroulement de la rencontre afin de préparer les parents au processus. Ensemble ils choisissent les personnes significatives additionnelles qui pourraient être invitées à la rencontre d'évaluation et d'analyse des besoins de l'enfant.

Le schéma qui suit illustre les acteurs impliqués dans l'évaluation et l'analyse des besoins d'un enfant dans le contexte du PAPFC². Chacun des acteurs impliqués auprès de cet enfant, au nom fictif de Jonathan, présentera la vision qu'il a de son rôle en lien avec sa spécificité. Tous les professionnels demeurent néanmoins en interaction constante avec les parents et avec les autres acteurs impliqués.





La coordonnatrice clinique régionale, facilitatrice de la rencontre de dialogue et psychoéducatrice, LSSSS / LPJ (CISSS de l'Outaouais) : partage des responsabilités entre les différents adultes autour de l'enfant

J'anime la rencontre d'évaluation et d'analyse des besoins de l'enfant et de sa famille. Je joue le rôle de facilitatrice du dialogue lors de cette rencontre, en étant neutre, de manière à identifier les multiples besoins des enfants.

Josée Caron, psychoéducatrice

Le facilitateur est une personne neutre par rapport à la situation. Il s'assure que chacun des acteurs puisse participer activement au dialogue de façon positive. Il vise « à soutenir le partage d'expériences [...] ». Un aspect central de la fonction de facilitateur est celui de construire un contexte qui permet de contenir les émotions que peuvent ressentir et exprimer les parents lorsqu'ils partagent leurs expériences. [...] Les actions [doivent avoir] pour but de « faire travailler ensemble » les [parents et les partenaires autour de la table] » (Lacharité, 2014, p.61).

Les parents de Jonathan: expertise expérientielle basée sur les expériences quotidiennes de l'enfant et le contexte familial

Nous sommes les experts de notre enfant. Nous connaissons bien les besoins de notre fils et notre situation familiale ainsi que nos inquiétudes pour lui.

Julie, mère et Sébastien, père de Jonathan

Les parents participent activement à la rencontre d'évaluation et d'analyse des besoins de leur enfant. Cela permet d'enrichir la compréhension des besoins de celui-ci et, ainsi, de mieux cibler les services. Comme ils sont « à l'intérieur » de la situation familiale, ils peuvent nuancer certains résultats de l'évaluation. Par exemple, si un intervenant souligne la difficulté pour l'enfant à suivre sa routine du coucher, ils peuvent préciser que leur voisin fait beaucoup de bruit en soirée. La présence et la participation égalitaire des parents sont centrales au succès de leur implication active tout au long de l'évaluation de leur enfant.

La psychoéducatrice, LSSSS (CISSS de l'Outaouais) : évaluation du développement global de l'enfant

J'évalue le développement global de l'enfant à l'aide d'un ou plusieurs outils standardisés, tel le Profil socio-affectif, en plus d'avoir effectué des observations, en utilisant l'Inventaire du développement global de l'enfant, à domicile ou dans un organisme communautaire, en présence des parents.

Nancy Prévost, psychoéducatrice

L'expertise du psychoéducateur au sujet du développement de l'enfant est particulièrement sollicitée; il est en mesure d'évaluer, sur une base normative, les dimensions affective, comportementale et développementale de l'enfant. Cette évaluation aide les autres intervenants dans leur propre évaluation. L'utilisation

d'instruments standardisés permet d'avoir un portrait précis des capacités et des défis de l'enfant. La venue des activités réservées campe bien le rôle particulier du psychoéducateur. Les activités « Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi de la protection de la jeunesse » et « Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins » sont tout à fait cohérentes avec son rôle au sein de l'équipe intégrée. Son apport est d'autant plus nécessaire que la Loi de la protection de la jeunesse exige de s'assurer que le développement de l'enfant n'est pas compromis.

L'orthophoniste, LSSSS (CISSS de l'Outaouais) : communication de l'enfant

J'évalue la communication de l'enfant, en milieu communautaire ou à domicile, de manière à mieux comprendre ses réelles capacités langagières.

Chantal Normand, orthophoniste

Les connaissances de l'orthophoniste permettent d'expliquer aux autres professionnels les capacités et surtout les difficultés vécues par l'enfant sur le plan de la communication et qui pourraient influencer les résultats de leur évaluation. Il importe en effet de différencier l'enfant qui ne comprend pas la tâche demandée parce qu'il ne possède pas les capacités de communication nécessaires de celui ayant ces capacités mais n'exécutant pas la tâche pour d'autres raisons. Dans ce dernier cas, les intervenants et les parents pourront orienter leurs observations afin de comprendre ce refus. Lorsque son évaluation se fait en second lieu, l'orthophoniste s'appuie sur les observations développementales et comportementales des autres intervenants et obtient ainsi un portrait global plus près de la réalité des capacités communicatives de cet enfant. En fait, l'orthophoniste vient éclairer la compréhension de l'ensemble de l'équipe pour identifier si la difficulté relève d'un problème de comportement ou d'un problème de communication.

L'agente de relations humaines autorisée, LPJ (CISSS de l'Outaouais) : sécurité de l'enfant et situation familiale

Je suis davantage centrée sur la sécurité de l'enfant (Loi de la protection de la Jeunesse) et l'évaluation continue des besoins de l'enfant et de sa famille. Je contribue à l'évaluation de la situation familiale en lien avec l'application de la loi. Je fais un suivi auprès de la famille de façon régulière dans son milieu de vie et en interaction avec les différents partenaires évoluant auprès de celle-ci.

Marie-Ève Tondreau, agente de relations humaines

L'agente de relations humaines peut témoigner de l'évolution, des dynamiques et des défis au sein de la famille. À la suite de son évaluation, elle s'assure de la sécurité de l'enfant dans son milieu de vie et voit à ce que tout soit fait pour favoriser le développement l'enfant.

La psychoéducatrice, LSSSS (CISSS de l'Outaouais) : expérience et fonctions parentales

Je coanime le groupe de parents dans lequel je soutiens notamment l'expression de l'expérience parentale. Ma contribution est centrée sur l'évaluation des capacités parentales.

Judith Turcotte, psychoéducatrice

Lors de la rencontre d'évaluation et de dialogue, la psychoéducatrice peut témoigner de plusieurs éléments liés aux fonctions parentales (évolution du parent, inquiétudes, rêves, actions, valeurs, etc.) qui ont pu être nommés par les parents dans le cadre du groupe.

La bachelière en psychoéducation, Centre de pédiatrie sociale de Gatineau : fonctionnement de l'enfant dans ses différents contextes de vie

J'effectue des observations hebdomadaires sur le développement de l'enfant qui sont partagées lors de rencontres d'évaluation entre les parents et les partenaires. Ces observations me permettent d'ajouter des informations aux diverses évaluations menées par les autres professionnels.

Mélanie Laflamme-Desrochers, bachelière en psychoéducation

La bachelière en psychoéducation effectue des observations dans plusieurs contextes (coanimation du groupe d'enfants, visites à domicile, animation d'activités auprès de la famille) à l'aide de diverses grilles de fréquence, de durée ou d'intervalle ainsi qu'avec la Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED).

La technicienne en éducation spécialisée, LSSSS (CISSS de l'Outaouais) : comportements et habiletés sociales de l'enfant en groupe

Je recueille des observations hebdomadaires sur le développement de l'enfant et ses comportements lors d'animations de groupe d'enfants et de visites à domicile. Mon apport contribue à l'analyse de la situation.

Emmanuelle Lanoie, TES

La technicienne en éducation spécialisée utilise des grilles d'observation de groupe qui ont été créées en équipe intégrée à partir de connaissances sur le développement global des enfants. Elle partage ces observations lors de la rencontre d'évaluation et d'analyse entre les parents et les partenaires.

La travailleuse communautaire du Carrefour de la Miséricorde : la famille dans sa collectivité

Je suis souvent dans la famille dans le cadre d'activités, au quotidien. Je connais bien l'ensemble de la situation familiale et le contexte environnemental puisque j'accompagne les membres de la famille dans différents contextes, par exemple à l'école ou à l'aide alimentaire.

Mary English, travailleuse communautaire



Équipe PAPFC2, CISSS de l'Outaouais secteur de Gatineau

(Photo de gauche à droite / En haut de la photo : Emmanuelle Lanoie, TES, Véronique Joly, ps. éd., Julie Senécal, orthophoniste, Chantal Normand, orthophoniste, Judith Turcotte, ps. éd., Vickie Brisebois, éducatrice, Michelle Veillette, ps. éd. En bas de la photo : Caroline Plante, ps. éd., Caroline Rousseau Caron, orthophoniste, Josée Caron, ps. éd., Nancy Prévost, ps. éd. Absente : Rebecca Crêtes Latourelle, éducatrice).

Les observations du partenaire communautaire lors de la fréquentation de l'organisme et de visites à domicile viennent enrichir l'évaluation et l'analyse des besoins de l'enfant et de sa famille puisqu'il est au cœur du quotidien de celle-ci.

Malgré diverses contraintes telles la disponibilité des familles et les horaires variables des professionnels, tous les acteurs contribuent à l'évaluation, selon leurs compétences, leur rôle spécifique et leur champ d'expertise en recueillant, individuellement, des informations. Le dialogue constant entre les parents et les partenaires permet une prise de décision commune des actions à offrir à l'enfant. La conclusion de l'évaluation des effets du PAPFC² souligne que ce dernier engage les parents à jouer un rôle actif en exprimant leur point de vue. En faisant partie du processus à part entière et égale, ils développent leur pouvoir d'agir, un sentiment d'appartenance ainsi qu'une relation positive avec les intervenants (Bérubé et al., 2014).

Ainsi, contrairement à d'autres programmes, le PAPFC² repose sur l'implication de tous les membres de la famille et de l'environnement et offre une intervention multidimensionnelle. [...] Le travail en partenariat entre établissements et organismes communautaires est particulier au PAPFC². La collaboration entre les différents partenaires permet de consolider les liens professionnels (rassemblement autour d'un projet commun), améliore la communication entre les intervenants et offre une complémentarité d'expertise (Bérubé et al., 2014, p. 58).

La contribution de tous, autant les parents que les partenaires, nous permet d'obtenir un portrait plus global des besoins et des capacités de l'enfant. Ce type d'évaluation en équipe intégrée est une richesse pour tous; elle nous demande parfois plus d'adaptation, car nous n'avancions pas seuls, mais elle nous permet d'avancer dans la bonne direction pour le bien de l'enfant et de sa famille. Comme le dit si bien un proverbe africain : « **Seul on avance plus vite, mais ensemble, on avance plus loin** ». ■

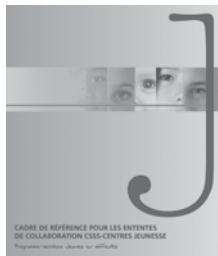
Références

Bérubé, A., Dubeau, D., Coutu, S., Côté, D., Devault, A. et Lacharité, C. (2014). Projet d'évaluation de programmes en négligence : Résultats de l'évaluation des effets du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, deuxième génération (PAPFC²). Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lacharité, C. (2014). Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC², Guide de programme. (éd. rév.). Trois-Rivières : CEIDEF/UQTR.

Quelques pas de plus ...

À lire



Gouvernement du Québec (2013). *Cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS- Centres Jeunesse – Programme-services Jeunes en difficulté*. Document téléaccessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-01W.pdf>

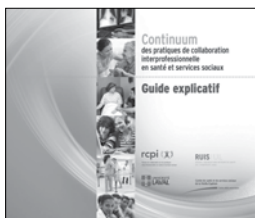


Milot, É. et Museaux, A. C. (2015, juin). Miser sur la communication interprofessionnelle pour des pratiques collaboratives centrées sur les personnes et leurs proches. *Revue CNRIS*, 6(3), 16-20. Document téléaccessible à l'adresse https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=3179&owa_no_fiche=234

Savard, S., Harvey, B. et Tremblay, S. (2008). Les relations de collaboration entre le secteur public et les organismes communautaires du secteur jeunesse-enfance-famille : entre la sous-traitance et la coconstruction. *Administration publique du Canada*, 51(4), 569-588.



Beaumont, C., Lavoie, J. et Couture, C. (2011). *Les pratiques collaboratives en milieu scolaire : cadre de référence pour soutenir la formation*. Université Laval, Québec : Centre de recherche et d'intervention sur la réussite éducative (CRIRES). Document téléaccessible à l'adresse http://crires.ulaval.ca/sites/crires/files/roles/membre-crires/guide_sec_nouvelle_version.pdf



Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. et Museaux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Document téléaccessible à l'adresse http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils_2015/GuideExplicatif_CONTINUUM_v15_web_1_.pdf



Carreau, E., Vincent, C. et Swaine, B. R. (2014, avril). Observed Interprofessional Collaboration (OIPC) during Interdisciplinary Team Meetings : Development and Validation of a Tool in a Rehabilitation Settings. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(1), 1-19.

A découvrir

Le site Internet du **Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux** regorge de documentation pertinente et facile d'appropriation. Des modules et des conférences en ligne sont également disponibles. Différents projets de recherche, outils et références sont accessibles à : www.rcpi.ulaval.ca.

Le site Internet du **Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle** lequel poursuit le double objectif de développer la pratique collaborative dans les établissements du RUIS de l'U de M et de soutenir

l'expérimentation de nouveaux modes de formation interprofessionnelle et de pratique collaborative : <http://ena.ruis.umontreal.ca>.

Le **Centre for the Advancement of Interprofessional Education** se dédie à la promotion et au développement de la formation interprofessionnelle, en collaboration avec ses membres au Royaume-Uni et ailleurs dans le monde. Ce site, en anglais seulement, contient de l'information et des ressources variées sur la formation interprofessionnelle en santé et services sociaux : www.caip.e.org.uk.

En complément du dossier, voici quelques recherches intéressantes

Couture, A. (2008). Évaluation des pratiques de collaboration entre les intervenants des milieux scolaires et les intervenants des CLSC pour les jeunes présentant des difficultés de comportement. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke.

L'étude vise à décrire les pratiques actuelles de collaboration entre les intervenants non enseignants des milieux scolaires et les intervenants de CLSC qui oeuvrent auprès des jeunes présentant des difficultés de comportement. L'étude a été réalisée sur le territoire d'une commission scolaire de la Montérégie auprès de 35 intervenants provenant des milieux scolaires et des CLSC du même territoire. Dans un premier temps, elle relate les types de collaboration formelle et informelle entre les intervenants, les obstacles qu'ils perçoivent à la collaboration et les avantages qu'ils y voient. Elle présente ensuite les besoins des intervenants pour améliorer les pratiques de collaboration dans leur quotidien. Les résultats proposent 1) que la majorité des intervenants ne connaissent pas les ententes formelles interorganismes; 2) que la collaboration formelle et informelle se pratique de façon très occasionnelle et que certaines pratiques, tels que les plans de services et la co animation de programme de prévention, sont très rarement effectuées; 3) que les obstacles majeurs à la collaboration réfèrent à l'organisation du travail et aux listes d'attente; 4) que de nombreux avantages à la collaboration, tant pour les intervenants, pour les jeunes, que pour les familles, sont reconnus; 5) que les moyens à mettre en place pour améliorer la collaboration semblent simples et accessibles; 6) que les mêmes besoins de formation sur les problématiques familiales et scolaires sont démontrés pour les intervenants qui pratiquent dans les milieux scolaires et dans les CLSC.

Résumé tiré de Catalogue des bibliothèques de l'Université de Sherbrooke

Dufour, M. (2013). Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre Jeunesse et des Centres de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean œuvrant auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Chicoutimi.

Le présent mémoire explore les activités de collaboration réalisées entre le Centre jeunesse (CJ) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) lors d'interventions auprès de jeunes présentant des troubles mentaux (TM). Plus précisément, cette étude vise à connaître les représentations sociales de la collaboration chez ces acteurs des services sociaux jeunesse en santé mentale. Les quatre objectifs spécifiques de la recherche, sont les suivants : a) identifier les

connaissances de la collaboration chez les intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région et, ensuite, en déterminer la provenance; b) explorer les images les plus évocatrices qu'ont les intervenants à propos de la collaboration; c) découvrir quelles attitudes ils adoptent lors d'activités de collaboration entre le CJ et les CSSS de la région; et, d) déterminer s'il existe des convergences et des divergences dans le contenu des représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux des deux milieux institutionnels. Afin d'explorer le contenu des représentations sociales de la collaboration des intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes présentant des TM en CJ et en CSSS, une méthode de recherche qualitative exploratoire a été appliquée. [...] Les principaux résultats de la recherche démontrent que les intervenants sociaux du CJ-SLSJ et des CSSS-SLSJ ont une vision consensuelle de la définition de la collaboration, à savoir qu'il s'agit d'un travail d'équipe, entre partenaires, orienté vers des objectifs communs d'intervention et une complémentarité des expertises afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes et leurs familles. Les différentes activités de collaboration répertoriées dans cette étude concernent davantage les transferts personnalisés, la réalisation de plans de services individualisés et les équipes d'intervention jeunesse. Par la suite, les participants ont beaucoup insisté sur les caractéristiques du savoir-être que doivent posséder les intervenants sociaux pour favoriser de bonnes activités de collaboration entre les deux établissements. Pour eux, des attitudes d'ouverture, de respect, de reconnaissance et de professionnalisme envers les autres intervenants sont indispensables. D'autre part, cette étude révèle que les connaissances reliées directement aux contextes d'intervention et de l'organisation des établissements du milieu peuvent venir influencer l'état de la collaboration, et ce, surtout en ce qui concerne les jeunes présentant des TM. [...] Par ailleurs, les résultats de cette recherche indiquent que les intervenants sociaux adoptent une attitude positive et favorable envers les activités de collaboration impliquant le CJ et les CSSS de la région. Cette attitude serait positivement associée à la confiance démontrée par les gestionnaires, de même qu'au soutien obtenu de la part de ces derniers. À l'inverse, les participants ont indiqué que cette attitude pouvait toutefois être influencée négativement par une charge de travail trop importante. Enfin, bien peu de divergences ont été observées dans le contenu des représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux des deux milieux à l'étude. [...] En somme, cette étude apporte un certain éclairage sur les représentations sociales de la collaboration entre les services du CJ-SLSJ et des CSSS du SLSJ et les facteurs contribuant à favoriser cette collaboration. ■

Résumé tiré de Constellation, dépôt institutionnel de l'UQAC



APARTÉ
Institut de formation

Formation continue



Santé mentale jeunesse /
Neuropsychologie pédiatrique

enfants • adolescents • familles

Les frais d'inscription incluent le repas du midi et les collations!



AUTOMNE 2016 ▼

Intervenir auprès de l'enfant et de l'adolescent présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) : dépistage, troubles concomitants et stratégies d'intervention ciblées sur les troubles cognitifs et les comportements perturbateurs. (Durée 12 heures)

Formatrices : **Nadia Lessard, Ph.D. & Catherine Dumont, Ph.D.,** neuropsychologues
Dates : Québec | les 20 et 21 octobre 2016
Brossard | les 24 et 25 novembre 2016



Don : Fondation du Dr. Julien



HIVER - PRINTEMPS 2017 ▼

Démystifier les comorbidités des troubles neuro-développementaux et mentaux de l'enfance et de l'adolescence : outils d'évaluation et interventions ciblées. (Durée 12 heures)

Formatrice : **Nadia Lessard, Ph.D.,** neuropsychologue
Dates : Brossard | 30-31 mars 2017



Don : Fondation du Dr. Julien



Le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents : état des connaissances, évaluation et traitements spécifiques. (Durée 12 heures)

Formatrice : **Caroline Berthiaume, Ph.D.,** psychologue
Dates : Brossard | les 3-4 novembre 2016



Don : Fondation Les petits trésors - Hôpital Rivière-des-prairies

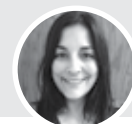


Le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents : état des connaissances, évaluation et traitements spécifiques. (Durée 12 heures)

Formatrice : **Caroline Berthiaume, Ph.D.,** psychologue
Dates : Québec | les 4-5 mai 2017



Don : Fondation Les petits trésors - Hôpital Rivière-des-prairies



Traitement du trouble de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents. (Durée 6 heures)

Formatrice : **Caroline Berthiaume, Ph.D.,** psychologue
Date : Brossard | le 14 novembre 2016



Don : Fondation Les petits trésors - Hôpital Rivière-des-prairies



Les relations fraternelles et parentales au sein des familles où le TDAH se présente et l'estime de soi chez les jeunes : interventions à privilégier pour harmoniser et soutenir le tout. (Durée 6 heures)

Formatrice : **Martine Verreault, Ph.D.,** psychologue
Date : Brossard | le 8 mai 2017



Don : Fondation TALAN



Les troubles de comportement chez les enfants de 6 à 12 ans : évaluation (selon les troubles de santé mentale et les facteurs psychosociaux) et intervention cognitive-comportementale. (Durée 6 heures)

Formatrice : **Julie Leclerc, Ph.D.,** psychologue et professeure au département de psychologie de l'UQAM

Date : Brossard | le 1^{er} décembre 2016
(Webdiffusion en direct)



Don : GymnO Laval



NOUVEAUTÉ! Soyez avisés des formations à venir en vous inscrivant à notre infolettre et en nous suivant sur Facebook.



Pour chaque formation, Institut de formation Aparté s'engage à faire un don à un organisme reconnu et offrant des services à une jeune clientèle et/ou aux familles. Cet organisme sera choisi par le formateur concerné.



Offre de lancement : prix réduit jusqu'au 31 janvier 2017

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS : www.institutaparte.com

Revitaliser l'observation psychoéducative par l'utilisation des connaissances en science de la communication non verbale

Pierrich Plusquellec, Ph D., professeur adjoint, Université de Montréal et chercheur, Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal



L'observation psychoéducative tire son essence de la notion de comportement adaptatif. En ce sens, le rôle du psychoéducateur est d'identifier une réaction comportementale observée suite à un évènement déclencheur, et ce, dans le but d'en définir la fonction adaptative. Alors que l'observation constituait l'outil de prédilection des psychoéducateurs, la désinstitutionalisation et le recours aux instruments psychométriques, parfois même aux simples questionnaires maison, a vu les outils dédiés à l'observation relégués au second plan (par exemple, la TOCA). Malgré une mise à jour adaptée au contexte actuel du champ de pratique des psychoéducateurs à travers la méthode d'observation et d'analyse des comportements adaptatifs (MOACA)¹ ou le processus d'identification du défi adaptatif (PIDA)², il existe donc aujourd'hui un besoin de revitaliser l'observation psychoéducative pour bien évaluer, et comprendre la problématique du client.

L'un des moyens de le faire est de s'intéresser aux connaissances scientifiques qui se sont accumulées depuis des décennies dans le domaine de la science de la communication non verbale et de les apporter aux professionnels qui peuvent les utiliser. Parmi les milliers d'articles scientifiques qui se sont accumulés et continuent d'être produits, un certain nombre de thèmes ont un intérêt direct pour les psychoéducateurs. Par exemple, les expressions faciales permettent d'identifier l'émotion dans laquelle une personne se trouve, voire même pour les plus entraînés des observateurs, de déceler une émotion cachée. On parle alors de détection des micro-expressions, une aptitude qui peut s'améliorer selon des recherches américaines récentes³. Un autre sujet est celui de la sensibilité interpersonnelle, qui est la propension que nous avons à percevoir le comportement non verbal d'une personne (un signe d'agressivité, de colère, mais aussi une expression de fierté passagère, etc.). Cette sensibilité serait liée au risque de contagion émotionnelle, c'est-à-dire à quel point nous sommes affectés par les comportements adverses que nous percevons. Elle serait aussi un indicateur de notre empathie, un schème relationnel que tous les psychoéducateurs connaissent bien. Comment se protéger de la contagion émotionnelle tout en restant empathique est une problématique fascinante qui est au cœur de plusieurs des sujets de recherche de notre laboratoire. Enfin, le corps parle aussi, à travers le mouvement des mains, la posture du corps, la position des bras, les caractéristiques d'une démarche, etc. Pour les mains par exemple, les chercheurs distinguent les illustreurs, ceux que nous utilisons quand nous parlons, et dont la fonction est uniquement d'augmenter notre fluidité verbale. Mais il y a aussi les emblèmes, ces gestes qui ont une signification en soi, et peuvent dépendre de la culture ou

d'une micro-culture. Par exemple, les membres de gangs de rue peuvent avoir leur propre ensemble d'emblèmes pour faire passer une information entre les membres de gangs sans que la majorité des individus les saisisse. Pour les mains, il y a aussi les adaptateurs, ces mouvements dirigés vers soi (se gratter, se toucher le visage, les mains, etc.) ou vers un objet (jouer avec ses clefs), qui pourraient indiquer une émotion négative, mais cela reste très discuté au sein de la communauté scientifique de la communication non verbale. Pour les mouvements, il y a aussi la démarche, qui traduit bien souvent l'humeur comme l'ont montré des recherches dans les années 1980⁴. Enfin, il y a la distance à laquelle nous nous tenons les uns des autres, la bulle que nous entretenons autour de nous, notre espace personnel. Cette distance est directement sous le contrôle de la structure nerveuse responsable de nos réactions de peur, l'amygdale, et varie en fonction des différentes psychopathologies. Cette distance interindividuelle est un bon indicateur du niveau de confiance de la relation avec votre client, un autre de ces fameux schèmes relationnels. De nombreuses recherches se sont aussi intéressées au fil des années aux indicateurs non verbaux de la chaleur humaine⁵, qui pourrait soutenir bien des intervenants dans l'établissement de l'alliance.

Bien sûr, nous sommes déjà tous équipés de capteurs d'indicateurs non verbaux, et nous agissons souvent en conséquence, même si c'est de manière inconsciente. Mieux connaître leur influence pourrait en revanche nous permettre de vivre dans une réalité augmentée en connaissance de l'autre, un atout pour des personnes travaillant dans le domaine de la relation d'aide.

Au sein de notre Laboratoire d'observation et d'éthologie humaine du Québec⁶, nous réalisons des recherches dans le domaine du non verbal. L'une d'entre elles a pour objectif d'examiner le lien entre la sensibilité interpersonnelle des intervenants, le stress, et le risque d'épuisement émotionnel. Deux études sont en cours, l'une auprès de plus d'un millier d'intervenants du Centre Jeunesse de Montréal, qui diffèrent entre eux aussi bien de leur nombre d'années d'expérience que par leur type de travail (en vécu éducatif partagé ou pas, par exemple). La seconde s'intéresse aux étudiants qui commencent leur parcours en psychoéducation; elle évalue leur niveau de stress lors de leur première expérience clinique. L'objectif ici est d'établir le lien entre le niveau de sensibilité aux autres (une prémisse à l'empathie) et le stress vicariant associé et ses conséquences en relation d'aide. Par ailleurs, nous avons déjà montré dans une étude précédente que la capacité à reconnaître les émotions à partir des expressions

faciales pouvait être améliorée chez les garçons souffrant d'un trouble de conduite, suite à un programme efficace de gestion du stress⁷. Nous essayons maintenant de mesurer cette capacité à reconnaître les émotions à partir d'expressions faciales chez les jeunes hébergés du Centre Jeunesse de Montréal afin d'en étudier l'association avec les troubles d'adaptation qu'ils vivent au quotidien. Enfin, nous avons entrepris un projet de recherche ayant pour objectif de mettre à jour les indicateurs non verbaux du stress. Pour cela, nous avons filmé des sujets de la population générale dans une situation validée de laboratoire permettant d'induire un stress psychosocial. Nous avons mesuré le niveau de cortisol de ces sujets dans cette situation, et avons analysé leur comportement à l'aide d'une grille d'observation très précise, incluant aussi bien la gestuelle, la posture, que les expressions faciales. Nous allons maintenant tenter de mettre en évidence des associations entre l'augmentation de cortisol dans cette situation et la réponse comportementale des sujets. De tels indicateurs, s'ils existent pourraient être ensuite transférés dans la pratique pour améliorer les interventions dans le vécu éducatif partagé en particulier en étant à l'affût de ces indicateurs de stress et ainsi prévenir leurs conséquences.

En conclusion, la communication non verbale pourrait se révéler être un outil permettant de revitaliser l'observation psychoéducative. Bien que cette connaissance existe, il n'existe

aucune formation spécifique au Québec qui se base sur des connaissances scientifiques⁸. C'est le désir du Centre d'Études en Sciences de la communication non verbale⁹ de mettre à la portée des milieux ces nouvelles pratiques en intervention. C'est donc une histoire à suivre... ■

1. Pronovost, J., Caouette, M. et Bluteau, J. (2013). *L'observation psychoéducative : concepts et méthode*. Longueuil, Québec : Béliveau éditeur.
2. Paquette, D. et Atlan, J. (2012). Le processus d'identification du défi adaptatif (PIDA) dans l'évaluation psychoéducative. *Revue de psychoéducation*, 41(2), 259-270.
3. Matsumoto, D. et Hwang, H. S. (2011). Evidence for training the ability to read microexpressions of emotion. *Motivation and Emotion*, 35(2), 181-191.
4. Montepare, J. M., Goldstein, S. B. et Clausen, A. (1987). The identification of emotions from gait information. *Journal of Nonverbal Behavior*, 11(1), 33-42.
5. Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M. et Eggle, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 297-315.
6. www.etholabs.ca
7. Plusquellec, P., Massé, S., Fouda, Y., Gaumont, C., Bujoli, B., Reyburn, G., Wan, N. et Lupien, S. (2016). An uncontrolled pilot study examining changes in physiological and psychological outcomes among adolescents with high-risk of behavioral disorders following the Destress for Success Program. *International Journal of Education and Social Science*, 3(3), 79-92.
8. Il existe par contre de nombreux vendeurs de formation en non verbal qui nient la science de la communication non verbale. Pour aller plus loin: Denault, V., Larivée, S., Plouffe, D. et Plusquellec, P. (2015). La synergologie, une lecture pseudoscientifique du langage corporel. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 425-455.
9. www.sciencenonverbal.ca

Programme d'intervention transdisciplinaire en troubles du comportement alimentaire : étude sur l'implantation du programme et l'évolution de la clientèle

Isabelle Thibault, ps. éd., Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke, membre régulière du Loricorps

Johana Monthuy-Blanc, Ph. D., professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, directrice du Loricorps

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D., professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, membre régulière du Loricorps



Le système de santé fait face à un problème de santé publique qui tend à s'accroître et à concerner des populations de plus en plus jeunes : les troubles de comportement alimentaire (TCA) soit l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique (APA, 2013; Chavez et Insel, 2007; Halmi, 2009; Monthuy-Blanc et Dupont, 2015). Alors que l'anorexie mentale, mieux connue, touche 1 % de la population, l'hyperphagie boulimique (crises de boulimie sans comportement compensatoire), récemment identifiée comme un trouble alimentaire à part entière (APA, 2013), est le trouble le plus fréquent, touchant 3 % de la population générale, et bien plus parmi la population consultant pour des soins de santé. Si la prévalence des TCA est relativement faible, les résultats d'études plus larges indiquent que près de 50 % des enfants du primaire sont préoccupés par leur poids (Schur *et al.*,

2000) et plus de 40 % des fillettes ont déjà eu recours à des régimes amaigrissants avant la fin du primaire (Munn *et al.*, 2010). Une étude canadienne met en évidence que 8,2 % des jeunes filles ontariennes âgées de 12 à 18 ans ont recours à des vomissements provoqués pour contrôler leur poids (Jones *et al.*, 2001). Ces données sont inquiétantes, car les préoccupations pour la minceur ainsi que l'adoption de comportements alimentaires problématiques constituent des facteurs prédisposant majeurs des TCA (Abras *et al.*, 2007). En plus des lourdes conséquences physiques associées aux TCA, l'évolution de ces troubles est également source d'inquiétude. De larges études épidémiologiques dans ce domaine démontrent (même si l'écart est important dû à l'hétérogénéité méthodologique des études) : a) un taux de mortalité entre 0,1 % et 21 % des cas cliniques, l'anorexie étant

le trouble psychiatrique avec le plus haut taux de mortalité; b) une rémission entre 35 % et 76 % des cas; c) une évolution chronique dans 20 % à 40 % des cas, entrecoupée de rechutes dans 10 % à 50 % des cas; et d) un coût journalier d'hospitalisation de 1200 dollars canadiens (Carter *et al.*, 2004; Fichter *et al.*, 2008; Fisher, 2003).

En 2011, les résultats d'un sondage mené auprès des quinze Centres de santé et services sociaux de la Mauricie-Centre du Québec – MCQ (maintenant intégrés au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec – CIUSSS-MCQ) démontraient l'urgence de développer des ressources spécialisées en TCA dans la région MCQ et de former les intervenants à intervenir auprès de cette population (Monthuy-Blanc et Perron, 2014). À la suite à ces résultats, le Loricorps a été soutenu et mandaté par l'Agence de la santé et des services sociaux de la MCQ pour établir des constats régionaux précis dans ce domaine et développer une offre de soins et de formation des intervenants. Le Loricorps - www.loricorps.com – est un laboratoire de recherche de l'UQTR dont l'objectif est de développer la prévention primaire, secondaire et tertiaire des TCA en alliant recherche novatrice et intervention en milieu de pratique selon une approche interdisciplinaire. En partenariat avec le CIUSSS-MCQ, le Loricorps développe un programme d'intervention en accord avec les besoins de la région du CIUSSS-MCQ. Ce programme d'intervention transdisciplinaire s'adresse aux clientèles de tous âges (enfants, adolescents, adultes) présentant tous types de TCA (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique, troubles subcliniques) de gravité légère à modérée. Ce programme, le ϖ -Loricorps, sera testé dès septembre 2016 et pourrait être implanté dès janvier 2017 dans certains points de services du CIUSSS-MCQ.

Le ϖ -Loricorps se base sur des données probantes avec comme critère de réussite l'efficacité du programme au niveau des usagers, des intervenants et du réseau de la santé. L'optimisation de l'intervention par le biais de la recherche et de la formation est donc au cœur du ϖ -Loricorps. Dans cette optique et au regard des ressources engagées dans le développement du ϖ -Loricorps, il est impératif d'en évaluer l'efficacité rapidement. Le Loricorps développe actuellement une programmation de recherche exhaustive qui utilise les données cliniques recueillies dans le cadre du ϖ -Loricorps pour bonifier le développement des meilleures pratiques en traitement des TCA. Les trois axes de cette programmation sont : 1) évaluation de l'efficacité du ϖ -Loricorps au niveau du portrait clinique des individus bénéficiant du programme; 2) évaluation de l'efficacité du ϖ -Loricorps au niveau du rôle transdisciplinaire des intervenants; et 3) évaluation de l'efficacité du ϖ -Loricorps au niveau de son implantation dans le réseau de la santé selon la trajectoire de soins des individus bénéficiant du programme. Au regard des conséquences associées à l'exacerbation des TCA ainsi que des coûts engagés pour traiter les TCA en intensif ou lors d'une hospitalisation, il est d'abord essentiel d'évaluer l'efficacité du traitement à réduire de façon significative les symptômes de TCA présentés par la clientèle, mais également son efficacité à réduire le risque pour la santé physique et prévenir les recours à des soins plus spécialisés.

Le but de ce projet de recherche, mené par Johana Monthuy-Blanc, professeure à l'UQTR et directrice du Loricorps, en

collaboration étroite avec le CIUSSS-MCQ, est d'évaluer l'efficacité du programme d'intervention spécialisé en TCA sur le profil somatique et alimentaire des participants. Plus particulièrement, en utilisant la base de données cliniques secondaires anonymes recueillies dans le ϖ -Loricorps, le projet vise à :

- Évaluer les changements somatiques observés suite au ϖ -Loricorps
Variables dépendantes : signes vitaux (tension artérielle, pouls, respiration, température), poids, IMC, tour de taille, formule sanguine, bilan ionique
- Évaluer les changements en matière de symptomatologie alimentaire et des comportements alimentaires observés suite au ϖ -Loricorps
Variables dépendantes : symptômes de TCA (restriction alimentaire, crises de boulimie, comportements compensatoires, préoccupations corporelles et alimentation, hyperphagie, exercice physique excessif) et comportements alimentaires (alimentation intuitive, désinhibition, restriction flexible, susceptibilité à la faim, suralimentation)
- Évaluer les liens entre les changements alimentaires et les changements somatiques

Tous les clients du programme consentant à la recherche seront inclus dans cette étude. La méthode d'évaluation sera la même pour tous les participants. En début de suivi, ils rempliront une série de questionnaires, lesquels sont tous reconnus pour leurs qualités psychométriques. Cette procédure d'évaluation servira à la fois l'intervention clinique et la recherche. Ces questionnaires seront remplis à nouveau en fin de suivi. ■

Références

- Agras, W., Stewart, M., Bryson, S., Hammer, L. D. and Kraemer, H. (2007). Childhood Risk Factors for Thin Body Preoccupation and Social Pressure to Be Thin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 171-178.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V*. Arlington, Virg : American Psychiatric Association.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. et Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34, 671-679.
- Chavez, M. et Insel, T.R. (2007). Eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 159-166.
- Fichter, M.M., Cebulla, M., Quadflieg, N. et Naab, S. (2008). Guided self-help for binge eating/purging anorexia nervosa before inpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 18, 594-603.
- Fisher, M. (2003). The course and outcomes of eating disorders in adults and in adolescents: A review. *Adolescence Medicine*, 14, 148-158.
- Halmi, K. (2009). Perplexities and provocations of eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 163-169.
- Jones, J., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L. et Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teen aged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.
- Monthuy-Blanc, J. et Dupont, A. (2015, mai). Une équipe transdisciplinaire au service de l'intervention en TCA : un nouveau défi. Communication présentée à la journée de formation multi-niveaux sur l'interdisciplinarité dans les troubles du comportement alimentaire, Trois-Rivières, Québec.
- Monthuy-Blanc, J. et Perron, C. (2014). Rapport du sondage sur les troubles du comportement alimentaire auprès des professionnels de la santé et des services sociaux de la région Mauricie et Centre-du-Québec. Trois-Rivières, Canada : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Munn, M.A., Stallings, M.C., Rhee, S.H., Sobik, L.E., Carley, R.P., Rhea, S.A. et Hewitt, J.K. (2010). Bivariate analysis of disordered eating characteristics in adolescence and young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 751-761.
- Schur, E.A., Sanders, M. et Steiner, H. (2000). Body Dissatisfaction and Dieting in Young Children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.

Pourquoi : pour évaluer les principaux troubles émotionnels et du comportement

Pour qui : les adolescents

Comment : auto-administré, informatisé, multimédia, basé sur le DSM

Avantage : donne en 10-15 mn une image très exhaustive de l'univers du jeune



www.dominic-interactive.com



DOMINIQUE

Chaque CD permet de choisir le sexe, le groupe ethnique et la langue:

- . caucasien
- . afro-américain
- . hispanique
- . asiatique

français. anglais. espagnol

Passations sur clé USB et internet

Nous recyclons: clé USB retournée = 2 passations gratuites

D.I.M.A.T INC / Téléphone : 1 866 540-9255 / Télécopieur : 514 482-0806 / email : dominicinteractive@videotron.ca



Être membre de l'OPPQ a ses avantages.

Obtenez des **tarifs d'assurance préférentiels** dès aujourd'hui.

**Faire partie d'un groupe a
ses avantages. Profitez-en!**

**Vous pourriez
économiser 415\$*
ou plus en nous confiant
à la fois vos assurances
habitation et auto.**

Programme d'assurance habitation et auto
recommandé par



Après tout, vous l'avez bien mérité!

À TD Assurance, nous savons que vos efforts méritent une récompense. C'est pour cela que, en tant que membre de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex et à ses tarifs d'assurance préférentiels, à un service hautement personnalisé et à des rabais supplémentaires. Demandez une soumission et voyez combien vous pourriez économiser.

Avec nos heures d'ouverture étendues, c'est facile.
Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE)
Le samedi, de 9 h à 16 h (HE)

HABITATION | AUTO

Demandez sans tarder une soumission
au 1-866-269-1371
ou rendez-vous à melochemonnex.com/oppq



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. au Québec, par Meloche Monnex services financiers inc. en Ontario et par Agence Directe TD Assurance inc. ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, notre programme d'assurance auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

*À l'échelle nationale, 90 % de nos clients qui sont membres d'un groupe de professionnels ou de diplômés (polices émises par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE) ou d'un groupe employeur (polices émises par PRIMMUM COMPAGNIE D'ASSURANCE) avec qui nous avons une entente, et qui assuraient une habitation (assurances des locataires et des copropriétaires exclues) et une automobile le 31 juillet 2015 ont économisé 415 \$ par rapport aux primes que ces clients auraient payées au même assureur s'ils n'avaient pas obtenu un tarif de groupe préférentiel et un rabais multiproduit. Ces économies ne sont pas garanties et peuvent varier selon le profil du client.

ND Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.