

Août 2025

Cadre de référence

La psychoéducation en santé mentale



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

Le présent document est une version révisée du cadre de référence : *Le psychoéducateur en santé mentale adulte*, publié en 2017 et du guide de pratique : *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse* publié pour sa part en 2011. En plus de la mise à jour des documents de références qui y sont cités, une attention particulière a été portée à la distinction entre la psychothérapie et les interventions qui s’y apparentent. Finalement, les compétences attendues sont basées sur le *Référentiel de compétences lié à l’exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*.

RÉDACTION ET COORDINATION

Ghitza Thermidor, psychoéducatrice, coordonnatrice au développement de la pratique et au soutien professionnel à l’Ordre
Michel Gilbert, psychoéducateur, retraité du réseau de la santé et services sociaux (RSSS)

MISE EN PAGE

Lesley Hernandez, adjointe à la formation continue et aux affaires professionnelles, OPPQ

IMAGES ET GRAPHIQUES

Martine Armand, graphiste

GROUPE DE TRAVAIL

Louis-Philippe Boisvert, ps. éd., équipe SIV (suivi d'intensité variable), au CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal

Alexandra Dion, ps. éd., équipe traitement 1^{ère} ligne, CIUSSS de la Capitale-Nationale, direction DSMDI

Lyne Douville, ps. éd., Ph.D., ps., tcf, professeure associée à l’Université du Québec à Trois-Rivières et chercheuse associée au CEIDF

Ann-Rebecca Maugile, ps. éd. et psychothérapeute, enseignante CÉGEP Marie-Victorin

Anne-Marie Pierrot, avocate, conseillère juridique et secrétaire-adjointe, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

GROUPE DE RELECTURE

Annie Aimé, Ph.D., professeure, Université du Québec en Outaouais

Sabrina Bolduc, ps. éd., Ph. D., professeure, Université du Québec à Trois-Rivières

Gilles Bergeron, ps. éd., M. Éd., Clinique de psychologie de Lanaudière

Sara Bouffard, ps. éd. et psychothérapeute, pratique autonome

REMERCIEMENTS

L'Ordre tient à remercier les membres qui ont été sollicités, à un moment ou à un autre, pour lire ou commenter ou enrichir les versions précédentes.



Réfère à des exemples de questions à se poser pour exercer en respectant les bonnes pratiques et règles de l'art.

Le Cadre de référence : la psychoéducation en santé mentale a été présenté au conseil d'administration de l'Ordre, qui l'a adopté à sa séance du 24 mai 2025.

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source.

Pour citer ce document : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2025). *La psychoéducation en santé mentale. Cadre de référence.*

Tous droits réservés
©OPPQ, 2025

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	8
Santé mentale et trouble mental.....	9
Différents troubles mentaux.....	10
Stigmatisation et discrimination du trouble mental.....	11
Déterminants sociaux de la santé mentale.....	12
Facteurs de risque et de protection en santé mentale.....	12
Compétences professionnelles attendues en santé mentale.....	13
Savoirs essentiels et spécifiques.....	14
Savoir-faire essentiel et spécifique.....	16
Savoir-être.....	17
Pratique des membres de l'Ordre en santé mentale.....	19
Activités réservées.....	20
Psychothérapie.....	21
Principes directeurs en santé mentale.....	21
Autodétermination.....	21
Rétablissement.....	22
Implication des proches.....	23
Collaboration interprofessionnelle ou modèle de soins en collaboration.....	24
Pratique réflexive.....	27
Aspects légaux à considérer.....	29
Modèles théoriques.....	30
Modèle psychodéveloppemental.....	30
Autres modèles théoriques.....	32
Démarche d'évaluation psychoéducative.....	33
Facteurs à considérer lors de la démarche d'évaluation psychoéducative.....	33
Suicide et risque du passage à l'acte.....	33
Contexte culturel.....	34
Comorbidités.....	35
Itinérance.....	36
Analyse de la demande.....	37
Consentement libre et éclairé.....	38
Consentement et inaptitude de la personne.....	39
Collecte de données cliniques.....	40

Analyse et jugement clinique	42
Analyse clinique.....	42
Jugement clinique.....	43
Suites appropriées au résultat de l'évaluation	44
Communication des résultats de l'évaluation.....	45
Planification de l'accompagnement clinique psychoéducatif	46
Accompagnement clinique psychoéducatif.....	47
Approche psychoéducative	47
Vécu partagé et rapporté.....	47
Intervention de groupe.....	48
Approche motivationnelle	48
Approche axée sur les forces	49
Psychothérapie.....	49
Intervention de groupe et psychothérapie.....	54
Autres interventions en santé mentale	54
Mesure de l'impact de l'intervention	57
Autres approches en santé mentale	57
Obligations professionnelles et éthique.....	58
<i>Code de déontologie</i> en contexte de santé mentale.....	58
Analyse des enjeux éthiques.....	58
Tenue de dossiers	61
Conclusion.....	61
Références	62
Annexe 1 : Cadre légal	68
Garde en établissement.....	68
<i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001)</i>	69
<i>Code criminel</i>	69
<i>Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité</i>	70
<i>Code des professions</i>	71
Protection des renseignements personnels.....	72
Annexe 2 : Illustration de la définition de la psychothérapie à l'aide du modèle théorique cognitivo-comportemental.....	74
Annexe 3 : Listes de ressources.....	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle des deux continuums (inspiré de Keyes et Simoes, 2012)	9
Figure 2 : Certains facteurs de risque et de protection en santé mentale selon les stades du développement humain.....	13
Figure 3 : Continuum de l'adaptation	15
Figure 4 : Mobilisation des trois savoirs rattachés à l'agir compétent.....	18
Figure 5 : Triangle des soins inspirée de Hanan et al., 2016	25
Figure 6 : Pratique réflexive en psychoéducation.....	28
Figure 7 : Cadre légal.....	29
Figure 8 :Modèle d'analyse psychodéveloppemental de l'adaptation de Cummings, Davies et Campbell (2000)	31
Figure 9 : Démarche d'évaluation psychoéducative	37
Figure 10 : Jugement clinique en psychoéducation	43
Figure 11 : Éléments constitutifs de la psychothérapie	50
Figure 12 : Schéma du point de bascule entre la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent.....	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Activités réservées aux membres de l'Ordre en santé mentale.....	20
Tableau 2 : Notion d'adaptation selon quelques modèles théoriques	32
Tableau 3 : Démarche d'analyse d'un enjeu éthique, selon Poulin et al. (2023)	59

Liste des abréviations

APA ¹	American Psychiatric Association
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé
WONCA	World Organization of Family Doctors

¹ Dans la littérature, APA réfère à American Psychological Association. Il a été décidé dans ce document d'utiliser cette abréviation pour American Psychiatric Association.

Introduction

Nécessité d'une mise à jour des documents en santé mentale

Depuis la première diffusion du cadre de référence : *Le psychoéducateur en santé mentale adulte* (2017) et du guide de pratique : *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse* (2011), la pratique des membres de l'Ordre exerçant auprès de personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé a beaucoup évolué. Les mandats et rôles déjà variés ont continué à se diversifier afin de répondre aux besoins de ces personnes ainsi qu'à ceux de leur famille et de leur entourage. Ce constat se reflète dans l'ensemble des milieux. Il était donc nécessaire de faire une mise à jour sur le sujet et ainsi offrir un document qui reflète la pratique actuelle des membres de l'Ordre. Pour finir, ce cadre de référence vise à soutenir les psychoéducatrices et psychoéducateurs qui exercent auprès des personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, et ce, pour une clientèle de tous âges, pour tous les types ou niveaux de services offerts et dans tous les milieux de pratiques. De même, il s'adresse à leur famille et entourage.

Utilisation de ce cadre de référence

Les cadres de référence de l'Ordre sont des guides conçus en tenant compte de la pratique de ses membres. Ils présentent des informations, indications ou considérations au sujet de certains volets ou secteurs de l'exercice professionnel. Ce document peut aussi être utile pour informer d'autres personnes gravitant autour de la pratique des membres de l'Ordre.

La lecture de ce cadre de référence devrait notamment être accompagnée des documents suivants :

- › Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec ;
- › Les lignes directrices sur l'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation (version 2024) ;
- › Les normes d'exercice : la tenue de dossiers en psychoéducation (version 2025);
- › Guide explicatif de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.*

Il en va de la responsabilité de chaque membre œuvrant auprès de personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé de se procurer les informations nécessaires pour exercer conformément aux lois et à la réglementation en vigueur et aux normes de pratique reconnues en psychoéducation ainsi que selon les plus hauts standards de qualité pour les personnes qui reçoivent leurs services.

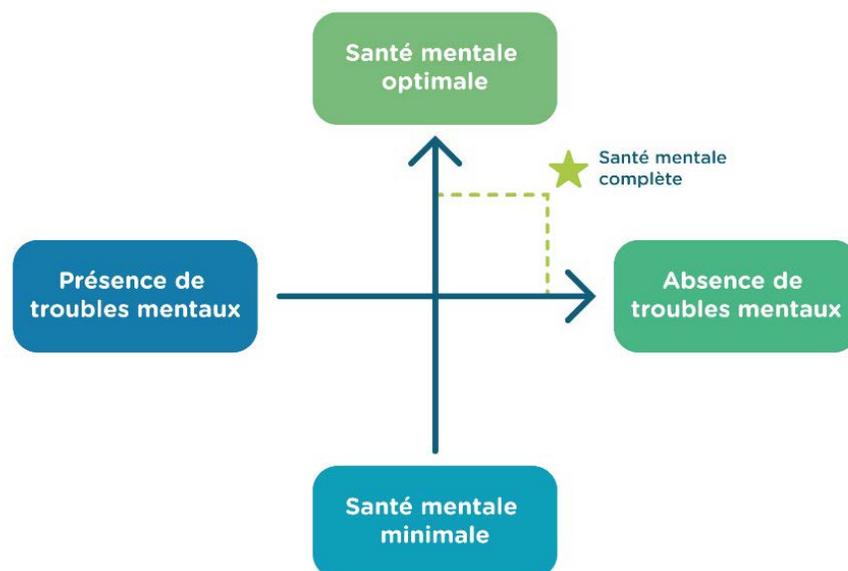
Santé mentale et trouble mental

Le concept de la santé mentale a bien évolué au cours des dernières années. Il est passé d'un concept défini par l'absence ou la présence d'un trouble mental à une définition plus globale et positive. À partir de cette vision, l'OMS a défini la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2013, p.1) et les troubles mentaux comme « des affections cliniquement significatives se caractérisant par un changement du mode de pensée et de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » (OMS, 2001 dans Office des professions du Québec, [2021], section 3, p. 13).

De son côté, l'APA (2022, p.16) définit le trouble mental comme « un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. » De plus, « les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. » (APA, 2022, p.16). Ainsi, les troubles mentaux incluent différents diagnostics ayant des symptômes et manifestations variés.

À partir de ces définitions, la santé mentale et le trouble mental peuvent être représentés par deux continuums corrélés (Doré et Caron, 2017).

Figure 1 : Modèle des deux continuums (inspiré de Keyes et Simoes, 2012)



Cette façon de représenter la relation entre la santé mentale et le trouble mental permet de comprendre que l'état de santé mentale optimal est la combinaison d'un niveau élevé de santé mentale et l'absence d'un trouble mental (Doré et Caron, 2017). La Figure 1 illustre aussi qu'il est possible d'avoir une bonne santé mentale, malgré la présence d'un trouble mental diagnostiqué. Il s'agit d'une nuance pertinente pour la psychoéducation, puisqu'elle soutient les liens avec les capacités adaptatives.

Différents troubles mentaux

Les différents troubles mentaux sont définis dans les manuels de classification comme le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5-TR) (APA, 2022) ou la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-11) (OMS, 2022). Les membres de l'Ordre devraient s'y référer afin de bien comprendre les symptômes associés à la condition de la personne et pouvant altérer son fonctionnement adaptatif. D'autant plus que de nos jours, les données estiment que chaque année au Canada, une personne sur cinq aura personnellement au cours de sa vie un trouble mental (CSMC, 2016). Les données indiquent aussi que l'ensemble de la population canadienne sera touché indirectement au cours de sa vie par un trouble mental, soit par un membre de la famille, une personne proche ou un(e) collègue (Association canadienne pour la santé mentale, 2020). Comme les troubles anxieux et dépressifs représentent 65% des troubles diagnostiqués, ils sont souvent regroupés sous l'appellation des troubles mentaux courants ou fréquents (INESSS, 2022). À l'opposé, la schizophrénie et les troubles psychotiques sont plus rares, avec un taux de prévalence de 4% au Canada (Lecomte et al, 2022). En 2023, il est estimé que 10% de la population québécoise de 18 ans et plus avait obtenu un diagnostic de trouble de l'humeur (MSSS, 2025).

Les membres de l'Ordre exerçant auprès des personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé devraient donc se familiariser avec les manifestations observables et l'étiologie des troubles mentaux, les pronostics de ceux-ci ainsi que les soins et services recommandés (par exemple, pharmacologie, approche préconisée, etc.) pour soutenir leur évaluation psychoéducative et leur accompagnement clinique psychoéducatif dans le respect du champ d'exercice de la profession.



POUR ALLER PLUS LOIN

Organisation mondiale de la santé. (2022, 8 juin). *Troubles mentaux*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2025, 12 mars).
[Statistiques de santé et de bien être selon le sexe – tout le Québec](#).

Ministère de la santé et des services sociaux (2025, 11 mars).
[Mieux comprendre les troubles mentaux](#).

Stigmatisation et discrimination du trouble mental

Les personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé sont souvent confrontées à une certaine forme de stigmatisation ou discrimination (MSSS, 2016). Vécues sous différentes formes, elles entraînent des conséquences parfois très graves, par exemple agir sur l'estime de la personne. Elles peuvent aussi engendrer de la détresse notamment en lien avec la crainte, la honte et la culpabilité vécues relativement à leur trouble mental et face au regard des autres. Par exemple, elles nuisent à leur intégration sociale ou réduisent leur accès à un travail ou à un logement (Bélanger, 2016), ce qui ajoute une autre dimension à la détresse vécue. La stigmatisation et la discrimination peuvent compromettre l'accès aux services, décourageant parfois même la personne de tenter de les obtenir. En effet, « la méconnaissance de la maladie mentale et la peur de la stigmatisation figurent parmi les principaux facteurs qui empêchent les personnes avec des problèmes de santé mentale d'aller chercher de l'aide professionnelle » (CSBE, 2012b; Lesage et al., 2006 dans INESSS, 2017, p.3). Il importe de se rappeler que l'exclusion sociale, qu'elle soit manifeste ou implicite, est une source de détresse psychologique, quel que soit le groupe d'âge. Il est aussi possible que la personne internalise les biais et préjugés qui prévalent dans la société. Ceux-ci affectent le regard qu'elle porte sur elle-même, la rendant plus honteuse et nuisant à son autodétermination et son rétablissement (MSSS, 2016). Cette autostigmatisation peut aussi avoir un impact notamment sur son estime de soi, son sentiment d'efficacité personnelle jusqu'à l'absence d'un projet de vie (Corrigan, et al., 2009).



POUR ALLER PLUS LOIN

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016).

[La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux.](#)

Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale. (2014).

[La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec.](#)

Déterminants sociaux de la santé mentale

La littérature montre que plusieurs déterminants sociaux tant sociétaux qu'individuels, ont un impact sur la santé mentale des personnes (par exemple l'accessibilité à un logement, le système de soins et de services en santé mentale, le statut socioéconomique, le niveau d'éducation, le fait d'avoir un emploi, etc.) (Lebrun-Paré et al., 2023). Il est aussi possible de faire référence aux nombreux impacts découlant de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale de la population mondiale (OMS, 2022). De plus, certains sous-groupes de la population en raison de leur exposition et de leur vulnérabilité plus grande à des facteurs sociaux, économiques et environnementaux défavorables sont plus à risque de présenter des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé (OMS et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Pour les membres de l'Ordre, il importe d'identifier et de prendre conscience de l'impact de ces déterminants sociaux tout au long de la relation avec la personne.



POUR ALLER PLUS LOIN

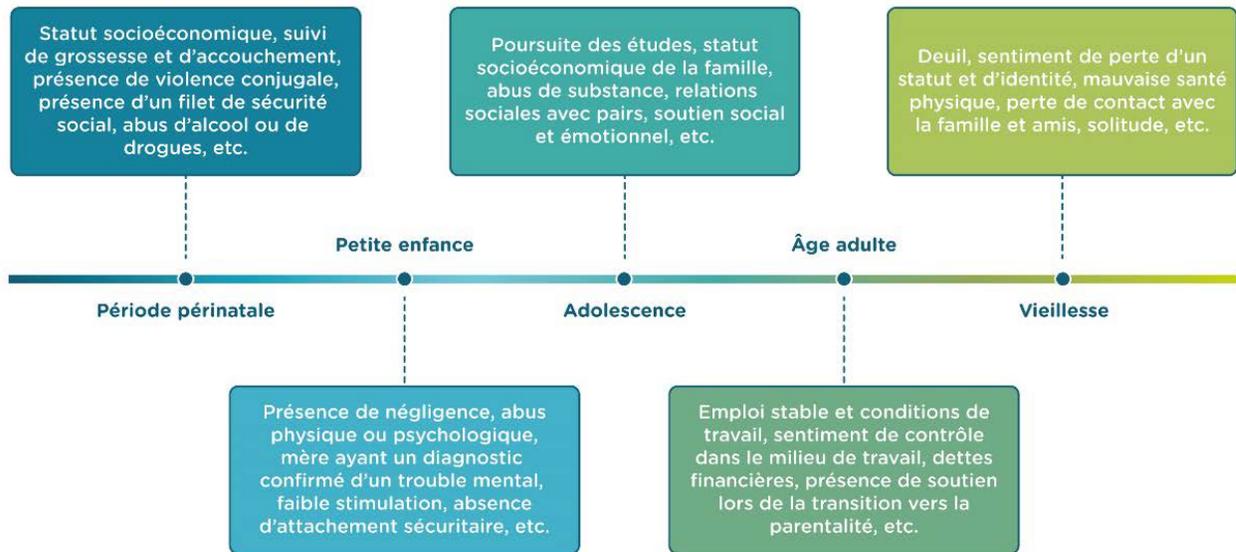
Institut national publique du Québec. (2023).

[Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec.](#)

Facteurs de risque et de protection en santé mentale

Découlant de ces déterminants sociaux, il est possible d'identifier certains facteurs de risque et de protection en santé mentale spécifiques à chaque stade du développement humain. Ces derniers devraient être considérés tant lors de la démarche d'évaluation psychoéducatrice que lors de la planification de l'accompagnement clinique psychoéducatif. De même, peu importe l'âge, les habitudes de vie contribuent à améliorer la santé mentale.

Figure 2 : Certains facteurs de risque et de protection en santé mentale selon les stades du développement humain



Inspirée de (OMS et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014)

Il importe de retenir que cette liste n'est pas exhaustive. Il pourrait être également pertinent de considérer les facteurs spécifiques à prendre en compte lors des différentes transitions de la vie.

Compétences professionnelles attendues en santé mentale

La compétence est définie par la mobilisation pertinente du savoir, du savoir-faire et du savoir-être par le professionnel dans un contexte particulier et au sein d'une pratique pertinente (Le Bortferf, 2010). Certains auteurs utilisent aussi le terme *agir compétent* (Le Bortferf, 2017; Maciotra, 2017). C'est en s'inspirant de cette définition de la compétence que l'Ordre s'est doté, en 2018, d'un Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession. Pour mieux comprendre les actions attendues pour chacune des compétences, il est recommandé de s'y référer.

Dans la pratique en santé mentale, les compétences s'appuient sur la mobilisation de savoirs et savoir-faire essentiels et spécifiques à ce contexte. Il importe aussi de prendre en compte son savoir-être tout au long de sa relation professionnelle avec la personne présentant des symptômes relatifs d'un trouble mental ou ayant été confirmé.

Savoirs essentiels et spécifiques

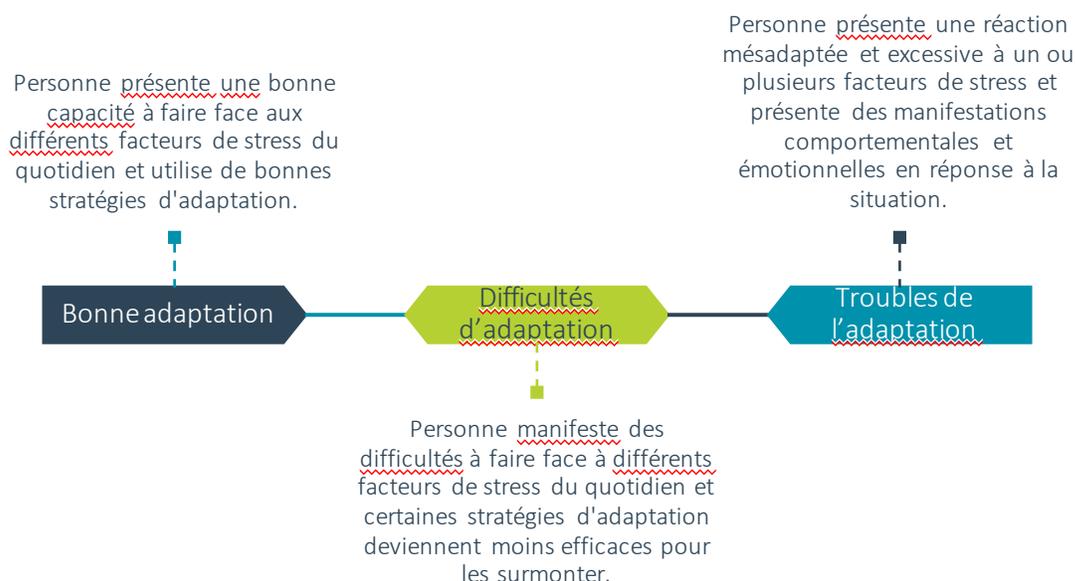
En santé mentale, les savoirs s'appuient sur l'articulation de savoirs spécifiques acquis par la formation initiale, l'expérience et la formation continue. Les membres de l'Ordre devraient notamment être familiers avec :

- la reconnaissance des indicateurs développementaux relatifs à un développement typique et atypique de la personne;
- les manifestations des principaux troubles mentaux (prévalence, critères diagnostiques, étiologie, évolution, facteurs associés);
- la symptomatologie et l'étiologie des troubles mentaux;
- la personnalité selon les perspectives reconnues;
- la dimension de l'adaptation et du fonctionnement adaptatif de la personne présentant un trouble mental;
- les notions de comorbidité et d'influence des troubles mentaux;
- les enjeux reliés aux comorbidités;
- les systèmes de classification des troubles mentaux et les éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites;
- les connaissances requises pour l'utilisation d'outils diagnostiques reconnus;
- l'utilisation de données probantes issues de la recherche en santé mentale;
- les outils de mesures en continu de l'évolution des impacts des interventions;
- les lois et la réglementation permettant de préciser le cadre légal et déontologique.

Ces savoirs s'inscrivent dans une approche transdiagnostique, soit que certains symptômes sont présents dans différents troubles mentaux (APA, 2022). En effet, un symptôme peut être le même, mais sa source différente et ses impacts à long terme peuvent varier ou évoluer selon l'approche et les moyens proposés. Ainsi, bien que des ressemblances existent entre les troubles mentaux, ce sont les différences et les nuances qui sont déterminantes, car elles influencent, à divers degrés, la trajectoire développementale de la personne. Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, il importe de faire preuve de vigilance et de prudence lors de la relation professionnelle auprès d'une personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

De plus, l'ensemble de ces connaissances vont notamment permettre de déterminer l'impact de la problématique sur la trajectoire développementale de la personne et de qualifier son adaptation psychosociale.

Figure 3 : Continuum de l'adaptation



Est-ce qu'il serait pertinent et nécessaire de mettre à jour certaines connaissances? Est-ce que ces savoirs essentiels et spécifiques sont mis à contribution tant lors de la démarche d'évaluation psychoéducatrice que dans l'accompagnement clinique psychoéducatif?

Il importe aussi d'inclure à ces savoirs ceux se rapportant aux différentes approches d'évaluation et de traitements préconisés. Par extension, selon le trouble mental, cela implique aussi les connaissances des effets thérapeutiques et secondaires des traitements médicamenteux, tels que les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les psychostimulants, etc. Il serait par ailleurs pertinent de connaître le langage d'usage en psychiatrie (ex.: vocabulaire médical, psychologique ou pharmacologique).

La maîtrise de ces savoirs essentiels et spécifiques en santé mentale soutiendra à la fois la démarche d'évaluation psychoéducatrice et l'accompagnement clinique psychoéducatif. En effet, ces connaissances permettront de documenter la nature et l'intensité des symptômes, les facteurs de risque et de maintien manifestes chez la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, autant d'éléments pertinents au diagnostic des capacités adaptatives et à la documentation des effets des traitements.

Savoir-faire essentiel et spécifique

Tout au long de la relation professionnelle avec le client, les membres de l'Ordre doivent être en mesure de démontrer des habiletés nécessaires permettant l'atteinte d'un fonctionnement adaptatif optimal chez la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé en tenant compte de son potentiel adaptatif, du potentiel expérientiel et de la problématique de santé mentale.

Les membres de l'Ordre devraient notamment :

- cibler des contextes d'observation pouvant être en lien avec des critères diagnostiques de troubles mentaux;
- administrer et interpréter des instruments de mesure standardisés, si nécessaire;
- effectuer une évaluation différentielle de la situation;
- effectuer une évaluation des symptômes manifestes en termes de cognitions, affects, comportements et contextes;
- élaborer un plan d'intervention en mettant en relation les symptômes de la psychopathologie, le potentiel adaptatif, le potentiel expérientiel et les effets sur l'adaptation;
- identifier les moyens indiqués et contre-indiqués pour viser une adaptation optimale (inclure les références, s'il y a lieu);
- communiquer en tenant compte du niveau de littératie de la personne;
- favoriser une approche collaborative avec les autres intervenants ou professionnels gravitant autour de la personne, incluant les proches ou personnes significatives;
- mettre en place un accompagnement clinique psychoéducatif axé sur le rétablissement de la personne;
- contribuer au développement des conditions du milieu dans le cadre du fonctionnement adaptatif de manière préventive ou rééducative;
- intervenir à la fois sur l'organisation et l'animation de certains éléments du milieu environnant et sur leur relation avec la personne;
- évaluer les effets de son accompagnement clinique psychoéducatif selon la symptomatologie présentée.

Il est aussi possible de faire appel à des programmes de prévention ou de réadaptation pertinents à la situation. Ceux-ci permettent de structurer les stratégies d'intervention en s'appuyant sur une efficacité qui a été prouvée. Par exemple, l'éducation psychologique sur le trouble mental fait partie de l'intervention à proposer à la personne. Au-delà de la simple transmission d'information, les membres de l'Ordre s'assurent que la personne, sa famille, son entourage et les partenaires comprennent bien la situation. Ceci s'inscrit dans une démarche de prise de conscience et permet d'élaborer des objectifs individualisés de même que de planifier l'accompagnement clinique psychoéducatif.



Est-ce qu'il serait pertinent et nécessaire de consolider certaines habiletés par de la formation continue?

Savoir-être

Afin de susciter l'engagement de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, de sa famille et de son entourage, il est incontournable de s'appuyer sur son savoir-être.

La psychoéducatrice ou le psychoéducateur devrait notamment :

- faire preuve d'une bonne connaissance de soi, en particulier de ses capacités, habiletés, compétences et limites ainsi que de ses motivations, valeurs, biais et préjugés, et de l'incidence possible de ces éléments sur les relations établies avec les différentes personnes (clients et partenaires);
- s'appuyer sur les schèmes relationnels et les valeurs de la profession lesquelles se rapportent à la dignité et au respect de la personne, à l'intégrité professionnelle et à la collaboration;
- créer et maintenir un lien de confiance et une alliance collaborative avec le client et toute personne concernée;
- reconnaître et tenir compte des compétences de la personne dans son vécu expérientiel avec le trouble mental;
- respecter les principes d'équité, de diversité et d'inclusion des personnes;
- maintenir une posture professionnelle tout au long de la relation professionnelle.

En se référant aux schèmes relationnels spécifiques à la profession, les membres de l'Ordre manifesteront des attitudes de base assurant l'établissement d'une relation professionnelle empreinte d'empathie, de considération et de respect. La psychoéducatrice ou le psychoéducateur devra être en mesure de reconnaître son propre système de valeurs ainsi que son impact dans la relation avec la personne et sa famille. Face aux défis de l'intervention en santé mentale, conjugués à la complexité des problématiques, les membres de l'Ordre doivent se montrer ouverts et critiques afin de porter un regard réflexif sur leur pratique, en plus de remettre en question leurs actions professionnelles et de s'assurer de maintenir des interactions efficaces avec la personne, sa famille et proches.

Pour finir cette section, il est possible d'illustrer la compétence dans le cadre d'une pratique en santé mentale :

Figure 4 : Mobilisation des trois savoirs rattachés à l'agir compétent



Pratique des membres de l'Ordre en santé mentale

Peu importe leur mandat ou leur lieu d'exercice, l'élément transversal sur lequel repose la pratique des membres de l'Ordre demeure le champ d'exercice de la profession tel que défini par le *Code des professions*, soit :

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

Considérant que ce cadre de référence vise plus particulièrement les membres de l'Ordre exerçant auprès de personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, ainsi que leur famille et entourage, il importe de présenter quelques rôles et tâches qui peuvent leur être confiés.

En voici quelques exemples:

- participer au développement et à l'adaptation d'outils cliniques;
- collaborer au développement de programmes et de services;
- proposer des programmes d'intervention;
- élaborer des programmes d'éducation (ou d'enseignement) et d'acquisition d'habiletés ainsi que des programmes de prévention et de réadaptation pour des personnes ou des groupes;
- analyser des problématiques particulières et complexes présentées par des clientèles ayant des problèmes complexes;
- décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement;
- exercer en rôle-conseil ².

² Définition du rôle-conseil en psychoéducation : Accompagner un client (un intervenant, un groupe d'intervenants ou une organisation) dans toute situation relevant du champ d'exercice de la psychoéducation, notamment pour l'aider à répondre adéquatement aux besoins manifestés par la cible ultime de l'intervention. L'exercice du rôle-conseil implique de recourir à diverses modalités d'accompagnement appropriées au contexte de pratique et aux obligations professionnelles. (inspirée de Caouette, 2021)

Activités réservées

Selon *le Code des professions*, sept activités sont réservées aux membres de l'Ordre. Celles-ci s'exercent selon le champ d'exercice de la profession et en partage avec d'autres membres d'ordres professionnels. Certaines de ces activités réservées sont spécifiques à la pratique en santé mentale.

Tableau 1 : Activités réservées aux membres de l'Ordre en santé mentale

▶ Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.	▶ Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la <i>Loi sur l'instruction publique</i> .	▶ 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.	▶ Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation.	▶ Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> et de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris</i> .
--	--	--	---	---

N.B. Modification réglementaire (en vigueur depuis le 19 octobre 2023) :
les psychoéducatrices et psychoéducateurs peuvent décider de l'utilisation des mesures de contention, et ce, dans tous les milieux de pratique (Règlement sur une activité professionnelle pouvant être exercée par les psychoéducateurs et psychoéducatrices et les psychologues).

Il va donc de soi que l'exercice des activités réservées et partagées nécessite une bonne connaissance de l'ensemble des troubles mentaux. Pour illustrer l'importance de ces savoirs, il est possible d'utiliser l'activité réservée suivante : *évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*. Pour actualiser cette activité, il est nécessaire de maîtriser les critères diagnostiques du trouble mental d'une personne et les impacts possibles sur cette dernière afin de déterminer un plan d'intervention permettant de rétablir et développer ses capacités adaptatives.

Psychothérapie

Le *Code des professions* prévoit aussi des dispositions générales qui encadrent de façon rigoureuse l'exercice de la psychothérapie et réserve désormais son exercice ainsi que le titre de psychothérapeute aux membres d'ordres professionnels habilités. Les critères d'admissibilité au permis de psychothérapeute, désormais obligatoire, sont définis dans le *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

Ainsi, seuls les membres de l'Ordre détenant un permis de psychothérapeute, lequel est délivré par l'Ordre des psychologues du Québec, peuvent exercer la psychothérapie. Cette activité professionnelle supplémentaire s'avère un outil intéressant dans le contexte d'une pratique en santé mentale.

Principes directeurs en santé mentale

Peu importe le rôle de la psychoéducatrice ou du psychoéducateur, les principes directeurs suivants devraient soutenir les actions professionnelles des membres de l'Ordre :

- autodétermination;
- rétablissement;
- implication des proches;
- collaboration interprofessionnelle;
- pratique réflexive.

Autodétermination

Un principe fondamental de la psychoéducation est de reconnaître la capacité de la personne à faire ses propres choix selon ses intérêts et à satisfaire ses besoins personnels. Ce principe réfère au concept d'autodétermination qui s'appuie sur trois besoins fondamentaux: les besoins de compétence, le besoin d'autonomie et le besoin d'appartenance sociale. Ceux-ci sont reconnus dans la littérature comme des déterminants d'une bonne santé mentale et d'un sentiment d'accomplissement chez la personne (Deci et Ryan, 2016). Plus précisément, une personne autodéterminée agit de manière autonome et autorégulée. Elle a la perception d'exercer un contrôle sur sa vie et elle mise sur ses forces pour maximiser son développement personnel. Ainsi, il importe d'impliquer la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, afin de recueillir son savoir expérientiel et de lui permettre d'exprimer ses attentes et d'exposer ses préoccupations, de même que celles au regard de la démarche d'évaluation psychoéducative et de l'accompagnement clinique psychoéducatif.

Rétablissement

Le rétablissement est un concept clé en santé mentale à travers lequel la personne, au centre du processus, retrouve une vie satisfaisante malgré la présence du trouble mental, de ses symptômes ou de ses manifestations. Il met aussi l'accent sur le processus de réappropriation du pouvoir des personnes ayant une expérience de vie en lien avec la santé mentale et sur la reconnaissance de son savoir expérientiel. Ce processus met de l'avant l'importance de susciter chez la personne la reprise de son pouvoir d'agir sur sa vie et sur sa santé mentale, et ce, en lui permettant de s'appuyer sur ses capacités et ressources individuelles et celles de son environnement (plutôt que de laisser la maladie contrôler sa vie). L'approche orientée vers le rétablissement invite à soutenir les personnes présentant un trouble mental en les aidant à réintégrer leur rôle dans la société, malgré l'existence chez elles de symptômes liés à la maladie. C'est généralement par l'intégration et le soutien social qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent du pouvoir sur son environnement. D'un autre côté, pour les enfants et les jeunes, le rétablissement consiste à les soutenir à la réintégration de leurs activités quotidiennes habituelles (ex. : école, loisirs, pairs, etc.) et à retourner sur leur trajectoire développementale (Naughton, et al., 2020).



POUR ALLER PLUS LOIN

Commission de la santé mentale du Canada. (2015).

[*Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.*](#)

Mental health coordinating council. (2014).

[*Recovery for young people: recovery orientation in youth mental health and child and adolescent mental health services \(CAMHS\) : discussion paper.*](#)

Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2012).

[*Faire du rétablissement une réalité.*](#)

Implication des proches

Il est bien documenté qu'être le proche d'une personne présentant un trouble mental vient souvent avec plusieurs responsabilités et défis d'adaptation au quotidien. Pour bien reconnaître l'apport des proches aidants dans le soutien offert aux personnes présentant une incapacité temporaire ou permanente, peu importe sa nature, une loi a été adoptée en 2020, soit la [Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes](#).

L'un des principes à la base de cette loi est le fait de reconnaître l'expérience et les savoirs des personnes proches aidantes et de les considérer dans le cadre d'une approche basée sur le partenariat (article 4). Considérant l'ampleur du rôle que les personnes proches aidantes peuvent jouer auprès d'une personne présentant un trouble mental, il importe de les impliquer tout au long du processus clinique mis en place, et ce, tout en respectant la volonté de la personne présentant un trouble mental. Pour ce faire, il est requis de bien identifier la ou les personne.s proche.s aidante.s. Il peut paraître évident pour un enfant que les personnes proches aidantes sont les parents ou les membres de la famille élargie. Toutefois, pour la personne adulte présentant un trouble mental, il est essentiel de discuter avec elle pour déterminer les personnes qu'elle considère comme sa ou ses proche.s aidante.s. Dans certaines situations, cette personne proche aidante peut être un enfant ou un jeune d'un parent présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. En plus de soutenir leur mère ou père, ils doivent aussi faire face aux enjeux de la transition vers l'âge adulte qui amène aussi son lot de stress (Habib et al., 2023).



POUR ALLER PLUS LOIN

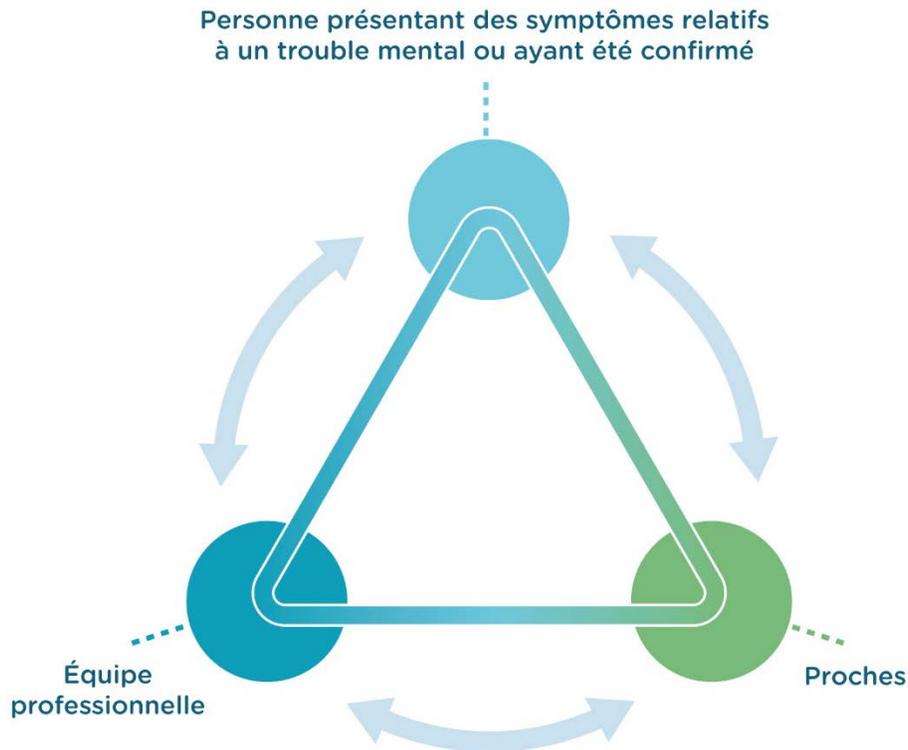
Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller](#).

Collaboration interprofessionnelle ou modèle de soins en collaboration

La pratique collaborative met en lumière la complexité du travail d'équipe ainsi que l'importance de clarifier les rôles entre les professionnels et de souligner les enjeux particuliers liés à la communication. En santé mentale, certaines situations cliniques nécessitent une pratique multidisciplinaire ou interdisciplinaire. La communication par l'échange d'informations nécessaires et pertinentes, la consultation de l'expertise clinique des partenaires et le partage d'objectifs communs articulés en fonction des besoins de la personne en sont des exemples. La collaboration et le partenariat entre professionnels permettent d'offrir des services concertés, harmonisés et centrés sur les besoins de la personne accompagnée et de ses proches. De plus, les soins offerts en contexte de collaboration s'ajustent en fonction de la complexité des situations rencontrées ou vécues. En effet, plus les besoins de la personne, de la famille, de l'entourage et du contexte bio-psychosocial sont complexes, plus la collaboration entre les professionnels devrait être importante (Carreau et al, 2018). Dans un contexte où l'accès aux services peut être perçu comme limité, cette collaboration devient d'autant plus essentielle, car lorsque bien exécutée, elle minimise les risques de laisser la personne sans soins ou services.

Comme il a déjà été mentionné, dans le cadre de cette collaboration, il demeure important de ne pas négliger l'implication active de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, sa famille et son entourage (voir section : implication des proches en santé mentale). En effet, la littérature soutient une logique du « triangle des soins », soit une alliance entre la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, ses proches et les professionnels (Morin et al., 2023).

Figure 5 : Triangle des soins inspirée de Hanan et al., 2016



Toutefois, ce contexte confronte les membres des ordres professionnels à certains enjeux sur le plan du respect de la confidentialité. En effet, le *Code de déontologie* balise l'usage des renseignements confidentiels reçus dans le cadre de la relation avec le client.

Ce que dit le Code

22. 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.

24. 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.

Une solution proposée par Morin et al. (2023) est de favoriser un dialogue dans le « triangle des soins », élément contribuant au rétablissement de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Par exemple, les membres de l'Ordre peuvent explorer avec la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé les raisons pour lesquelles elle refuse l'échange des informations avec ses proches ou les autres partenaires impliqués. Il est aussi important de lui donner des explications sur la situation et les impacts possibles afin qu'elle puisse exercer pleinement son autonomie. Pour que ces échanges aillent au-delà des aspects légaux, la littérature relève l'importance de la dimension relationnelle et le savoir-être des différents membres d'ordres professionnels (Morin et al., 2023).



Est-ce que la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé comprend bien les impacts de son refus de partager des renseignements avec ses proches ou les autres partenaires? Malgré un refus de partage d'informations, est-ce qu'il est possible d'écouter les proches et de leur transmettre des informations générales et non confidentielles sur la situation ? Si oui, quelle est la nature de ces informations?



POUR ALLER PLUS LOIN

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2015).
[Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils \(Rapport\).](#)

Truelove, S., Ng, V., Kates, N., Alloo, J., Sunderji, N. et Patriquin, M. J. (2023).
Les soins de santé mentale en collaboration : mobiliser les systèmes de santé pour soutenir une approche d'équipe. *Canadian Family Physician*, 69(2), 86-88.
<https://doi.org/10.46747/cfp.690286>

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. et Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018).
[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).

Pour finir, il est constaté depuis quelques années, que l'évolution des approches en santé et services sociaux au Québec tend vers l'inclusion de la personne et de ses proches comme partenaires pour améliorer les soins et les services. Ainsi, leurs connaissances et compétences sont mises à contribution à différents niveaux et visent à solliciter le plus haut niveau d'engagement possible de la personne. Que ce soit pour l'organisation de ses propres soins et services, les processus d'amélioration continue des différentes trajectoires et offres de services ou l'enseignement et la recherche, elles deviennent des partenaires d'une référence incontournable.



POUR ALLER PLUS LOIN

[Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018).

[Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux.](#)

Pratique réflexive

La pratique réflexive « *consiste à être en mesure de porter un regard critique sur sa pratique* » (p. 38, Vacher, 2015 in Gouin, et al., 2021). Cette démarche réflexive ne devrait pas se limiter aux aspects reliés à la connaissance, mais devrait également inclure les sentiments éprouvés pendant les échanges avec la personne accompagnée ainsi que les motivations derrière les actions professionnelles posées.

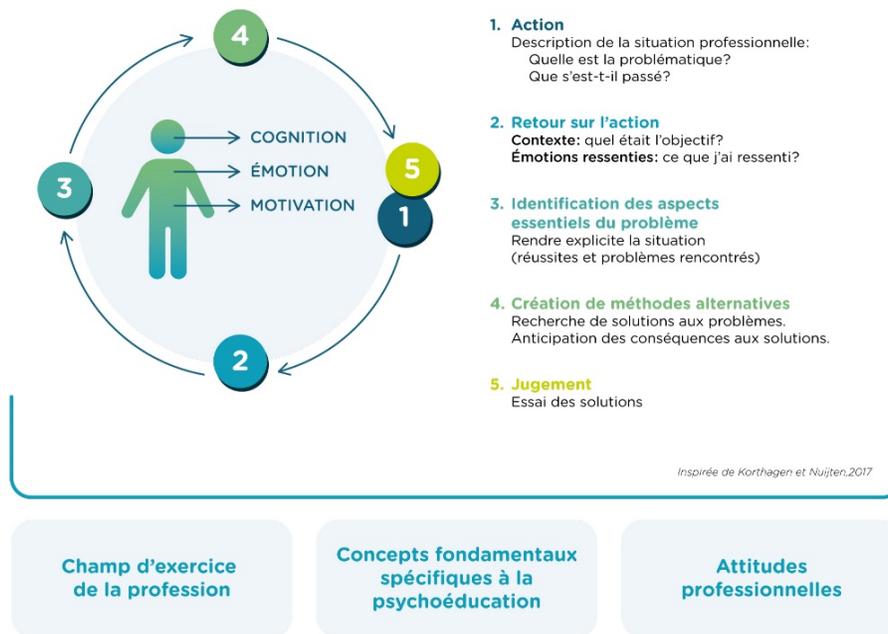
En effet, il est important que les membres de l'Ordre soient conscients de leur savoir-être, car par leurs attitudes, ils peuvent contribuer à la stigmatisation vécue par les personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Sans s'en rendre compte, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur peut adopter des comportements stigmatisants (Bélanger, 2016), comme :

- adopter des attitudes ou comportements d'évitement (ex. : éviter d'effectuer des visites dans le milieu de vie) ;
- adopter une attitude pessimiste quant au pronostic ou au potentiel de rétablissement de la personne (ex. : elle ne deviendra jamais une Einstein);
- désigner la personne par son diagnostic (ex. : lui coller une étiquette);
- faire preuve de généralisation (ex. : ils sont tous pareils);
- minimiser les propos tenus ou des symptômes physiques décrits par la personne.

D'un autre côté, il convient de faire attention à la posture d'expert que certains peuvent prendre ce qui pourrait nuire au sentiment d'auto-efficacité de la personne.

Pour finir, cette réflexion devrait être effectuée en tenant compte du champ d'exercice de la psychoéducation et ses concepts fondamentaux (par exemple, PAd/PEx, niveau de convenance, opérations professionnelles, vécu partagé, attitudes relationnelles, structure d'ensemble).

Figure 6 : Pratique réflexive en psychoéducation



Cette pratique réflexive peut aussi mettre en évidence la difficulté de prendre une distance par rapport à une situation en raison de nos valeurs, de ce que la personne nous fait vivre, de la complexité de la situation, ou autre. Peu importe la raison, reconnaître les défis vécus est une première étape dans une démarche de pratique réflexive. Par exemple, le contre-transfert et le ressenti face à la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé peuvent être considérés comme des outils d'observation intéressants.



Est-ce que le mandat accepté correspond au champ d'exercice de la psychoéducation? Comment intégrer les concepts fondamentaux spécifiques à la psychoéducation dans les différentes étapes du processus clinique? Quels sont les obstacles ou enjeux particuliers dans la situation rencontrée ?

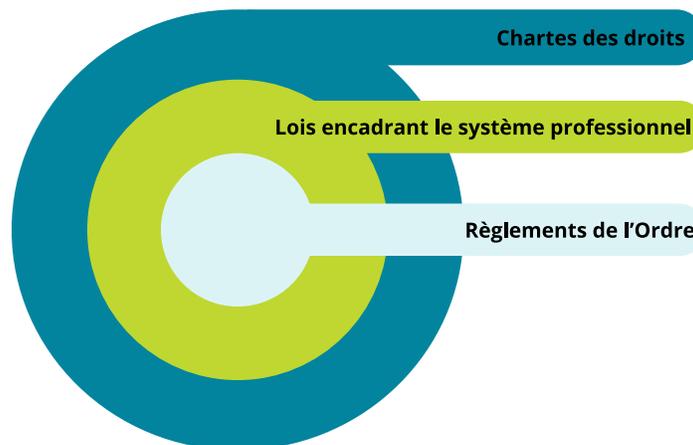
Selon la difficulté éprouvée face à cette prise de distance, il peut être pertinent de recourir à une personne externe pour obtenir de l'aide (par exemple, en participant à un groupe de co-développement, en s'offrant une supervision clinique ou autre activité permettant de partager ses réflexions).

Aspects légaux à considérer

Différentes lois encadrent la pratique des membres de l'Ordre. Certaines lois balisent plus particulièrement l'exercice de la psychoéducation auprès d'une personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

Ainsi, dans le cadre de leur travail et en fonction de leur mandat, les membres de l'Ordre doivent connaître les règles d'application générale notamment en matière de consentement aux soins ainsi que les règles portant sur la confidentialité et l'accès aux renseignements personnels et la protection de ceux-ci. Selon le lieu de pratique, il peut s'avérer nécessaire de connaître la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Il importe aussi de connaître les activités réservées aux psychoéducatrices et psychoéducateurs en vertu du *Code des professions* et les règles spécifiques applicables à l'exercice de la psychoéducation, notamment les obligations déontologiques, les normes en matière de tenue de dossiers et les règles applicables aux différents milieux de pratique. (Pour plus d'informations concernant le cadre légal, se référer à l'Annexe 1 : Cadre légal).

Figure 7 : Cadre légal



Les psychoéducatrices et psychoéducateurs doivent tenir compte de l'ensemble du cadre légal dans l'exercice de leur jugement professionnel. La prise de décision ne peut s'appuyer uniquement sur le *Code de déontologie*. En effet, comme la Figure 7 l'illustre, certaines lois peuvent avoir préséance sur le cadre réglementaire édicté par l'Ordre.

Modèles théoriques

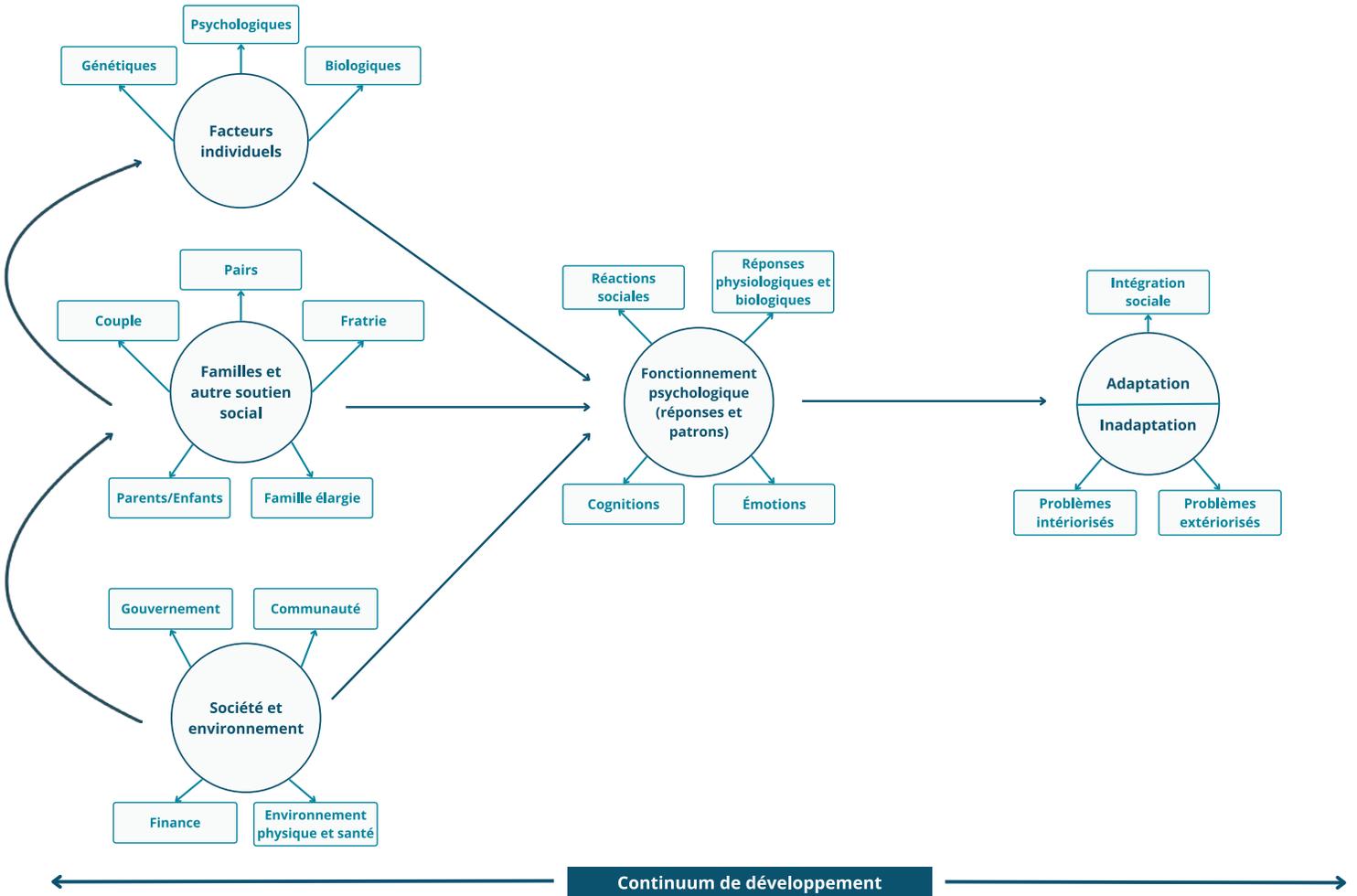
Il existe différents modèles théoriques sur lesquels les membres de l'Ordre peuvent appuyer tant leur démarche d'évaluation psychoéducative que leur accompagnement clinique psychoéducatif qui sera proposé à la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

Modèle psychodéveloppemental

Le cadre théorique de référence en psychoéducation est le modèle psychodéveloppemental élaboré par Cummings et al. (2000). Ce modèle considère le développement humain comme un processus bio-psycho-environnemental qui s'inscrit dans l'interaction de facteurs individuels (biologiques, génétiques, psychologiques), familiaux et sociaux (couple, parents, fratrie, pairs et autres personnes de l'entourage), sociétaux et environnementaux (gouvernance, économie, environnement, communauté et culture). Ces facteurs jouent un rôle particulier et ont une incidence différente (facteurs de risque et de protection) sur le développement de la personne selon les différents stades de sa vie. Il est certain que les événements vécus dans l'enfance influencent également la trajectoire développementale de la personne. En effet, il est estimé qu'environ 75% des troubles de santé mentale apparaissent avant l'âge de 24 ans (Bordeleau et Joubert, 2017). La qualité de l'adaptation psychosociale et de la santé, aussi bien physique que mentale, dans la trajectoire développementale est aussi tributaire des caractéristiques individuelles qui influenceront les réponses cognitives, émotionnelles, physiologiques et sociales de la personne dans le cours de son existence.

Ce modèle explicatif de l'adaptation présente une conceptualisation des processus dynamiques qui contribuent au développement d'une personne et l'inscrivent dans une trajectoire développementale plus ou moins adaptée. Le développement normal, à risque ou atypique repose à la fois sur les caractéristiques individuelles et sur les interactions avec l'environnement afin de favoriser la maturation et le déploiement des capacités adaptatives de la personne. L'intérêt de ce modèle réside dans les liens qui sont établis entre le développement, la santé mentale, le stress et les patrons de réponses observables pour expliquer l'adaptation. En conséquence, il infère une vision de l'intervention – qui caractérise la psychoéducation – orientée sur les interactions personne-environnement et sur le développement des compétences favorisant une bonne adaptation.

Figure 8 : Modèle d'analyse psychodéveloppementale de l'adaptation de Cummings, Davies et Campbell (2000)



Autres modèles théoriques

Il importe de rappeler que dans l'histoire de la psychoéducation, le concept d'adaptation s'est développé en s'appuyant sur différents modèles théoriques, chacun contribuant à comprendre le comportement humain sous différents angles. Par exemple, au début de la profession, la démarche d'évaluation psychoéducative renvoyait à un modèle théorique unique, conçu par Jeanine Guindon. Celui-ci faisait principalement référence à une vision psychodynamique (théories du Moi) et du développement de l'adaptation.

Au fil des années, d'autres courants théoriques ont contribué au développement du concept d'adaptation. Peu importe le modèle théorique choisi par la psychoéducatrice ou le psychoéducateur, il importe d'appuyer la démarche d'évaluation psychoéducative et l'accompagnement clinique psychoéducatif sur une connaissance élargie du concept d'adaptation. Celle-ci est nécessaire pour comprendre la complexité de l'adaptation humaine, particulièrement chez les personnes en difficulté, comme celles présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

Le tableau suivant présente la notion d'adaptation selon divers modèles théoriques.

Tableau 2 : Notion d'adaptation selon quelques modèles théoriques

<u>MODÈLES THÉORIQUES</u>	<u>DÉFINITION DE L'ADAPTATION</u>
• <i>Modèle humaniste</i>	Conception que l'être humain détient les ressources pour se réaliser (pouvoir d'agir)
• <i>Modèle cognitivo-comportemental</i>	Pensées rationnelles et conformes à la réalité, régulation émotionnelle, gestion du stress, processus de coping et stratégies adaptatives efficaces
• <i>Modèle écosystémique</i>	Bon niveau de convenance entre les caractéristiques de la personne et celles des environnements et des situations auxquelles elle est exposée
• <i>Modèle psychodynamique</i>	Mécanismes de défense/adaptation variés et capacité de mentalisation dans une perspective développementale (dont l'attachement) en lien avec la réalité interne (émotions pensées, désirs, croyances) et externe (interactions avec autrui)

Démarche d'évaluation psychoéducatrice

La démarche d'évaluation psychoéducatrice d'une personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé s'actualise dans des contextes variés et auprès de diverses clientèles en situation de vulnérabilité ayant des besoins particuliers. Elle devrait permettre de saisir les répercussions de la problématique du trouble mental de la personne sur son fonctionnement adaptatif. Elle vise ainsi à départager les manifestations et les symptômes physiques, émotionnels et comportementaux qui appartiennent à un problème d'adaptation découlant spécifiquement d'un trouble mental. En ce sens, elle devrait commencer dès le moment où les psychoéducatrices et les psychoéducateurs élaborent différentes hypothèses cliniques qui seront explorées tout au long des étapes du processus clinique, c'est-à-dire dès les premiers contacts.



POUR ALLER PLUS LOIN

[Lignes directrices sur l'évaluation psychoéducatrice de la personne en difficulté d'adaptation \(Version 2024\)](#)

Facteurs à considérer lors de la démarche d'évaluation psychoéducatrice

Lorsque vient le temps d'évaluer une personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, plusieurs facteurs devraient être pris en compte (APA, 2016). Dans ce sens, il revient aux membres de l'Ordre de s'assurer que leur collecte de données clinique soit rigoureuse et appuyée sur les données probantes existantes. En effet, celles-ci soutiennent le jugement clinique des membres de l'Ordre et permettent une meilleure prise de décision sur les suites à proposer.

Suicide et risque du passage à l'acte

La prévalence des suicides et du risque suicidaire est plus élevée chez les personnes ayant un trouble mental que dans la population générale. Par exemple, au Québec, les données montrent que le risque de suicide serait près de 12 fois plus élevé chez les personnes présentant des troubles mentaux que dans la population générale (Fleury et Grenier, 2012). Selon le portrait des comportements suicidaires au Québec, l'INSPQ dénombrait 1142 suicides en 2022 (soit 13,2 suicides par 100 000 personnes) (Lévesque et Perron, 2025).

L'adolescence est, quant à elle, une période où le risque suicidaire augmente de façon importante. Par exemple, chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, le suicide est responsable de 25% des décès (Statistique Canada, 2019 in CSMC, 2022). Un taux important de tentatives de suicide chez les jeunes filles et adolescentes lors des hospitalisations est aussi constaté (Lévesque et Perron, 2025). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment la tendance qui peut être observée chez certains jeunes d'adopter une vision plus pessimiste sur leur avenir. Cette tendance nuit à leur capacité à se projeter au-delà des difficultés vécues. De plus, certains facteurs de stress tant internes, comme le sentiment de désespoir, l'impulsivité ou les traumatismes, qu'externes, comme l'intimidation, l'itinérance, les pertes réelles ou perçues peuvent augmenter le risque suicidaire (CSMC, 2022). Au Québec, le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes âgés de 50 à 64 ans, le taux ajusté demeurant trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Lévesque et Perron, 2025).

Il en va de même pour le risque du passage à l'acte, comme les comportements hétéro-agressifs tel l'homicide seraient plus élevés chez les personnes présentant un trouble mental (NICE, 2011).

Ces données montrent bien l'importance de considérer et de demeurer à l'affût de ces risques tout au long de la relation avec la personne.

Contexte culturel

Un autre facteur qui peut sembler implicite lors de la démarche d'évaluation psychoéducatrice est la prise en considération du contexte culturel de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Ceci est d'autant plus pertinent considérant qu'il a été montré que les facteurs comme l'ethnicité, la religion, la culture ou le contexte migratoire exercent une influence sur la communication avec les professionnels (APA, 2016). De même, il faut tenir compte de la méconnaissance des troubles mentaux dans certaines cultures ou d'une vision différente de ceux-ci.

Il importe aussi d'être sensibilisé à la présence actuelle de discrimination basée sur l'ethnicité ou les stéréotypes possibles toujours présents dans la population, mais aussi chez certains membres d'ordres professionnels, et ce, même s'il peut être argumenté que c'est sur une base individuelle et non systémique que ceux-ci se manifestent (NICE, 2011). Par exemple, l'interprétation que la psychoéducatrice ou le psychoéducateur peut faire des mots utilisés par la personne ou les enjeux culturels qui « normalisent » ou non certaines manifestations pouvant s'apparenter à la présence d'un trouble mental, de même que la non-reconnaissance de ce que peut représenter le contexte culturel dans la détresse vécue et la recherche d'aide.

Comorbidités

Un premier facteur à considérer est la possibilité de comorbidités entre les troubles mentaux (McGrath et al., 2020). En effet, il importe de tenir compte de l'aspect transdiagnostique des symptômes, qui consiste à reconnaître que ceux-ci peuvent être présents dans différents troubles (APA, 2022). L'étude de McGrath (2020) montre également que les jeunes présentant un trouble mental avant l'âge de 20 ans, sont plus susceptibles de développer d'autres types de troubles mentaux comparativement à des personnes ayant un premier diagnostic de trouble mental à un âge plus avancé.

D'autre part, plusieurs études montrent que les troubles mentaux sont souvent associés à des problèmes de santé physique importants, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, gastro-intestinales et pulmonaires, et les troubles neurologiques (par exemple la maladie de Parkinson et l'épilepsie) (Jones et al., 2004). L'inter-influence entre la santé physique et mentale est bien établie. Par exemple, il a été montré que 52 % des personnes ayant des troubles cardiaques manifestent des symptômes de dépression et que 30 % de celles-ci, répondent aux critères diagnostiques du trouble dépressif (OMS et WONCA, 2008). Il appartient aux membres de l'Ordre de juger de l'impact potentiel de la maladie physique sur les capacités adaptatives de la personne et inversement d'évaluer l'influence des capacités adaptatives sur la maladie physique. Il est primordial de tenir compte des différentes comorbidités physiques et psychologiques, tant lors de la démarche d'évaluation psychoéducative que dans l'élaboration des objectifs à poursuivre, puis lors de l'accompagnement clinique. Ces distinctions peuvent nécessiter une collaboration interprofessionnelle étroite pour soutenir les différentes prises de décisions.

Par ailleurs, bien que la littérature ne présente pas de modèle unique permettant de comprendre les relations possibles entre les troubles liés à l'utilisation d'une substance et les troubles mentaux, il n'en demeure pas moins qu'ils sont souvent interreliés (Hurtubise et al., 2021). Certains auteurs estiment même qu'il s'agit d'une norme plutôt qu'une exception (Huỳnh et al., 2020). Par exemple, il existe une forte association entre le trouble dépressif majeur et les troubles de l'utilisation d'une substance liés à une drogue. Il en va de même entre les différents troubles anxieux et les troubles de l'utilisation d'une substance liés à une drogue (Huỳnh et al., 2020). Ainsi, lorsque pertinent, les membres de l'Ordre devraient prendre en considération ces renseignements, car ils peuvent permettre une orientation vers des services plus adaptés.

Itinérance

Bien que plusieurs voix s'élèvent pour nuancer le lien entre situation d'itinérance et troubles mentaux et pour sensibiliser au portrait changeant de l'itinérance, il n'en demeure pas moins que les études montrent que les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles d'être en situation d'itinérance (Roy, et al. 2020). À la suite du dénombrement de 2018, 26.6% des personnes en situation d'itinérance ont expliqué la perte de leur logement par la présence d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance et 13,4% ont plutôt mentionné le diagnostic d'un trouble mental (Latimer et Bordeleau, 2019).

Le dernier dénombrement remonte au 11 octobre 2022. Les données, rendues publiques en 2023, ont révélé qu'environ 10 000 personnes étaient en situation d'itinérance visible cette nuit-là, ce qui représente un bond de 44 % en cinq ans (Gouvernement du Québec, 2023). Il a été constaté que près de trois personnes en situation d'itinérance sur dix (29 %) ont, par le passé, été placées par la direction de la protection de la jeunesse dans une famille d'accueil ou un autre milieu institutionnel (Gouvernement du Québec, 2023).

Tout comme les autres facteurs et lorsque pertinent, l'itinérance devrait être prise en considération tout au long de la relation avec la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

Tel que mentionné précédemment, il appartient aux membres de l'Ordre de déterminer les facteurs autres à considérer tout au long des 5 étapes de la démarche d'évaluation psychoéducatrice, selon la situation de la personne.

Figure 9: Démarche d'évaluation psychoéducative



Analyse de la demande

Comme les mandats varient grandement selon les milieux d'intervention, le niveau d'intensité de la problématique et les conséquences du trouble mental sur le fonctionnement de la personne, il est de la responsabilité des membres de l'Ordre, avant d'accepter un mandat de s'assurer que celui-ci corresponde bien au champ d'exercice de la psychoéducation et qu'ils détiennent les compétences pour bien y répondre.

L'explication du mandat au début et tout au long du suivi permet d'assurer la compréhension du client, afin de susciter sa participation et son implication dans la démarche d'évaluation psychoéducative et le processus d'intervention. Cette étape peut aussi donner l'occasion d'accompagner la personne dans une réflexion et une analyse appropriée de la demande, afin que celle-ci corresponde réellement à son besoin. Il devient alors possible de travailler la demande et, au besoin, de clarifier la demande sous-jacente. Pour finir, comme le cadre légal a une incidence sur la portée des interventions, il importe de bien le connaître et le comprendre.

Ce que dit le Code

44. Avant de rendre des services professionnels, le psychoéducateur évalue ses habiletés, ses connaissances et les moyens dont il dispose.
Dès que l'intérêt de son client l'exige, il obtient l'assistance d'un autre psychoéducateur ou d'un autre professionnel ou le réfère à l'un d'eux.



Quel est le mandat confié? Est-ce qu'il s'inscrit dans le champ d'exercice de la psychoéducation? Ai-je les compétences pour y répondre? Quelle est la finalité de mon évaluation?

Consentement libre et éclairé

La *Charte des droits et libertés de la personne* prévoit à son article 1 que tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Selon le *Code Civil du Québec*, nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'a pas à prendre une forme particulière (verbale ou écrite) pour être valide et peut être retiré à tout moment, même verbalement.

Ainsi, l'obtention du consentement est la première étape de tout accompagnement du client (parents d'un enfant de moins de 14 ans, adulte ou mineur de 14 ans et plus). Celui-ci va au-delà de la signature d'un formulaire, et devrait être considéré comme une démarche dont l'objectif est de s'assurer de l'obtention d'un consentement libre³ et éclairé⁴. Considérant l'unicité et la spécificité de chaque situation, il appartient aux membres de l'Ordre d'exercer leur jugement professionnel pour déterminer la façon de consigner ce consentement dans le dossier.

Il importe donc de bien définir qui est le client et quelles sont ses caractéristiques. Ceci dans le but de bien adapter cette démarche aux particularités de la personne. Les obligations et modalités à respecter en matière de consentement sont bien établies, notamment à l'article 15 du *Code de déontologie* ainsi que dans les lois applicables. Il importe de porter une attention particulière au niveau de littératie de la personne, soit « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information disponible afin de maintenir ou d'améliorer son état de santé⁵ » (Lemieux, 2014, p.1). Il revient donc aux membres de l'Ordre la responsabilité d'ajuster le contenu des informations transmises au regard des particularités de la personne, afin de favoriser sa compréhension et de s'assurer que le consentement soit libre et éclairé.

De plus, les membres de l'Ordre sont responsables de s'assurer que le consentement du client demeure libre et éclairé pendant toute la durée de la relation professionnelle. Comme il a déjà été mentionné, les membres de l'Ordre devraient viser, avec le consentement de la personne, à susciter la contribution de la famille et l'entourage au processus d'évaluation de même qu'à participer aux interventions proposées, quand cela s'avère cliniquement indiqué (voir section : implication des proches en santé mentale).

³ Libre, c'est-à-dire qui n'est pas effectué sous la contrainte ou une pression externe. La personne décide par elle-même

⁴ Éclairé, c'est-à-dire utiliser un vocabulaire adapté à la personne, s'assurer de sa compréhension pour chacun des éléments abordés, permettre à la personne de poser des questions ou demander des explications, etc.

⁵ Adapté de Rootman et Gordon-El-Bihbety, (2008).

De plus, comme le prévoit le *Code civil*, il importe de se rappeler que le droit de consentir est étroitement lié au droit, pour la clientèle, de retirer son consentement en tout temps, peu importe la raison. Ainsi, ce n'est pas parce qu'une personne accepte au départ le service offert qu'elle est contrainte de poursuivre au-delà de ce qu'elle souhaite.

Consentement et inaptitude de la personne

Il peut arriver que la psychoéducatrice ou le psychoéducateur se questionne sur l'aptitude d'une personne à consentir à un soin ou un service. Il importe de noter que ce questionnement est différent de l'activité réservée aux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec : « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandat », activité réservée que les membres de l'Ordre ne peuvent exercer.

Dans ce contexte, les membres de l'Ordre peuvent s'appuyer sur certains critères pour poser un jugement sur l'aptitude de la personne à consentir à un soin ou service, soit:

- la nature de sa maladie;
- la nature et le but des soins qui lui sont proposés;
- les avantages et les risques associés à ces soins;
- les risques encourus si ces soins ne sont pas prodigués;
- que son état de santé nuit à sa capacité de consentir.



Comprend-elle la nature de la condition, la maladie ou la situation-problème pour laquelle un soin ou un service lui est proposé? Comprend-elle la nature et le but du soin ou du service ? Saisit-elle les risques et les avantages du soin ou du service si elle l'accepte? Comprend-elle les risques de ne pas recevoir le soin ou le service? Sa capacité de comprendre est-elle affectée par sa condition ou sa maladie?

L'évaluation de l'aptitude à consentir ne doit pas reposer sur une appréciation du caractère raisonnable ou non de la décision que prend la personne. Lorsqu'elle est jugée apte à consentir, elle peut prendre la décision qu'elle veut, même si cette décision peut apparaître erronée ou déraisonnable aux yeux de la psychoéducatrice ou du psychoéducateur. (Gouvernement du Québec, 2025).



POUR ALLER PLUS LOIN

Curateur public du Québec. (2023). [Le guide de référence du Curateur public à l'intention des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux](#)

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2025). [Feuillelet déontologique consentement et inaptitude](#).

Collecte de données cliniques

La préparation de la collecte de données est une étape importante qui ne peut être négligée. Elle permet de déterminer les données à recueillir, les sources d'information à privilégier et les moyens d'évaluation à utiliser pour bien comprendre la situation.

La sélection des données pertinentes et des observations directes ou indirectes est au cœur de l'évaluation psychoéducative. Il est donc essentiel de bien cibler les centrations d'observation selon le contexte de la référence et le motif initial de la demande de services en psychoéducation (Bergeron et Douville, 2023).



Quelles sont les informations pertinentes et nécessaires à colliger? Est-il nécessaire et pertinent de documenter l'ensemble des informations pour bien comprendre la situation ? Pourquoi?

Voici des exemples de données qui peuvent être pertinentes et nécessaires pour cerner les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé:

- congruence, réactivité et variabilité des affects;
- autorégulation des émotions;
- cohérence du langage et contenu des pensées (discours);
- autocritique et capacité d'introspection;
- perception et interactions avec l'entourage;
- fonctionnement en groupe;
- habitudes de vie (activités de la vie domestique et quotidienne);
- histoire des traumatismes;
- adhésion et effets de la médication;
- essais antérieurs de médication;
- contact avec la réalité (interne et externe);
- sentiment d'efficacité personnelle pour surmonter les difficultés;
- motivation au changement;
- conditions ayant déjà favorisé un succès dans le passé;
- volonté de la personne face à la situation problématique;
- attentes face à l'intervention psychoéducatrice.

L'implication de la personne, de sa famille et de son entourage dans l'ensemble de la démarche d'évaluation psychoéducatrice est fortement encouragée. Cela s'avère d'autant plus important, lorsque les vulnérabilités de la personne et les conséquences de la problématique sur ses interactions avec son environnement sont prises en considération. Ainsi, si les rencontres ont lieu surtout en individuel, les faits sont rapportés et comportent possiblement des biais perceptifs d'où l'importance d'avoir des contacts (en présentiel ou en virtuel) avec l'entourage ou de les inviter à compléter des grilles, toujours avec le consentement de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

La collecte de données se rapportant à l'environnement de la personne sera déterminée en fonction des différents milieux de vie de la personne et leur pertinence. Par exemple, la collecte de données peut inclure des observations directes ou indirectes à domicile, en communauté, en centre hospitalier, en résidence institutionnelle, etc.

Analyse et jugement clinique

L'analyse et le jugement clinique sont des étapes essentielles de la démarche d'évaluation psychoéducative d'une personne en difficulté d'adaptation ou susceptible d'en vivre. Ces étapes cruciales permettent de se prononcer sur les capacités adaptatives et les difficultés d'adaptation de la personne en interaction avec son environnement. Elles peuvent parfois paraître complexes car elles nécessitent d'intégrer les savoirs essentiels et spécifiques en santé mentale.



Est-ce que je maîtrise suffisamment les principes d'adaptation selon le modèle psychodéveloppemental ? Quelles sont mes connaissances sur le trouble mental ? Est-ce que je connais les données probantes sur le sujet ?

Analyse clinique

L'étape de l'analyse vise à mesurer la convenance des interactions entre le potentiel adaptatif et le potentiel expérientiel du client. Plus spécifiquement, cette étape consiste à interpréter et à analyser les données cliniques recueillies par inférence, déduction et objectivation et à partir des savoirs théoriques, empiriques et expérientiels, menant ainsi à la formulation d'hypothèses cliniques (Daigle et Larivière-Durocher, 2019). Pour ce faire, il importe de déterminer les différents facteurs de stress, de risque et de protection de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé et ceux de son environnement. Les membres de l'Ordre sont alors amenés à porter un regard critique sur l'influence de ces différents facteurs qui augmentent ou réduisent le risque d'inadaptation de la personne. Ceci dans le but de dégager leur incidence sur le fonctionnement adaptatif de la personne.

Ce sont ces mêmes facteurs qui influencent la trajectoire développementale du trouble mental et qui sont analysés selon une perspective psychodéveloppementale. Par exemple, une relation d'attachement inséculaire avec la figure parentale, un contexte socioéconomique précaire, l'isolement social, la toxicomanie et des antécédents de troubles mentaux au sein de la famille constituent quelques-uns des facteurs de risque environnementaux à considérer auprès des personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Dans un même ordre d'idées, la présence de ressources communautaires, de relations significatives, de bonnes stratégies d'adaptation, de capacités de régulation émotionnelle, d'autocritique ou de compétences sociales sont des exemples de facteurs de protection individuels et environnementaux qui influencent positivement l'adaptation de ces mêmes personnes.

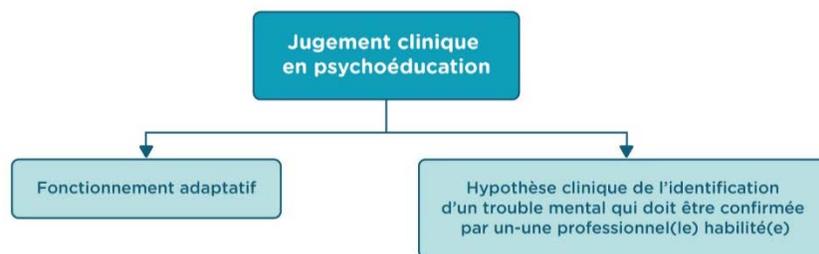
Enfin, la présence d'événements marquants lors de périodes développementales clés (ex., périnatalité, naissance, petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte) doit également être prise en compte dans la compréhension du fonctionnement adaptatif de la personne. (Pour d'autres facteurs, *Figure 2*)

Encore une fois, il importe de souligner qu'il est nécessaire de s'approprier les connaissances sur les troubles mentaux et leurs impacts sur les plans cognitif, moteur, affectif et social; facteurs reconnus dans la littérature comme pouvant influencer le développement d'une personne, soit les facteurs de risque ou de protection. (pour plus d'informations, référer aux Compétences professionnelles attendues en santé mentale)

Jugement clinique

L'étape du jugement clinique, quant à elle, permet de qualifier l'adaptation psychosociale de la personne en statuant sur la nature et la sévérité de la situation problématique et en anticipant son incidence sur la trajectoire développementale de la personne (Daigle et Larivière-Durocher, 2019). Plus spécifiquement, les membres de l'Ordre sont amenés à déterminer si la personne se trouve dans une situation d'inadaptation situationnelle (ex., décès récent d'un proche), provisoire ou transitoire (ex., perte d'emploi) ou sévère et persistante (ex., récurrences et/ou cristallisation des difficultés).

Figure 10 : Jugement clinique en psychoéducation



La Figure 10 illustre que le jugement clinique en psychoéducation vise à déterminer le fonctionnement adaptatif de la personne. Toutefois, il est possible que lors de la démarche d'évaluation psychoéducative, les manifestations s'apparentant à des symptômes d'un trouble mental soient évaluées et objectivées à l'aide d'observations ainsi que par l'utilisation d'instruments de mesure standardisés. Le recours à de tels instruments de mesure est légitimé par le fait qu'ils permettent de mieux comprendre le fonctionnement adaptatif de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental. Dans tous les cas, le jugement clinique découlant de l'évaluation psychoéducative ne doit pas conduire à la formulation d'un diagnostic de trouble mental.

Il peut donc s'avérer nécessaire d'orienter la personne vers un professionnel habilité à diagnostiquer les troubles mentaux pour assurer un traitement optimal, le cas échéant. En se basant sur leur capacité à apprécier la présence de troubles mentaux, les membres de l'Ordre peuvent aussi référer la personne vers le bon soin ou service.



Selon la situation, est-ce que la formulation du jugement clinique :

- Établit un pronostic sur les capacités adaptatives de la personne?
- Statue sur la nature et la sévérité de la situation problématique?
- Estime l'incidence de la situation dans la vie de la personne et de son entourage?
- Qualifie l'adaptation psychosociale?
- Détermine l'impact de la problématique sur la trajectoire développementale de la personne?
- Est-ce qu'il est pertinent et nécessaire d'émettre une hypothèse clinique de la présence d'un trouble mental qui devra être confirmée par un(e) professionnel(le) habilité(e) ? Quelle est l'utilité clinique de cette hypothèse pour la personne?

Suites appropriées au résultat de l'évaluation

Une fois la démarche d'évaluation psychoéducative terminée, il est attendu de rendre compte des résultats de l'évaluation.



- Quelles sont les recommandations découlant de la démarche d'évaluation psychoéducative?
- Quelle est la pertinence d'un accompagnement clinique psychoéducatif?
- Quels sont les effets anticipés de celui-ci sur la personne?
- Comment ces effets seront-ils mesurés?
- Quels sont les services à mettre en place?
- Est-ce que des partenaires peuvent être mis à contribution?
- Est-ce que des références devraient être effectuées pour d'autres services professionnels?

Communication des résultats de l'évaluation

La démarche d'évaluation psychoéducative se conclut par la communication du jugement clinique, lequel est le résultat d'une démarche clinique rigoureuse. Cette étape a pour but, entre autres, de transmettre la compréhension de la problématique à la personne, de témoigner de son impact sur sa trajectoire développementale et, au besoin, de présenter les résultats aux partenaires impliqués avec le consentement préalable de la personne évaluée ou ses parents, mandataire ou tuteur(trice) légal(e) le cas échéant. C'est aussi un moment privilégié pour échanger avec la personne évaluée, sa famille et son entourage en utilisant un langage simple et accessible. Comment perçoit-elle les résultats? Quelle est sa conception de l'intervention proposée? Quelles sont ses préférences, ses motivations? Cette discussion permet à la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé de faire un choix éclairé sur la suite du processus. Il demeure important d'être sensible au fait que toute communication de résultats est un moment qui peut être difficile pour la personne. Les membres devraient prendre le temps de nommer et valider le vécu émotif de la personne à ce moment.

Lors de la transmission orale des résultats de la démarche d'évaluation psychoéducative, il peut être judicieux de recourir à des tableaux ou des figures, ou encore, de s'appuyer sur des exemples concrets du vécu de la personne pour illustrer les propos et ainsi favoriser sa compréhension (Bergeron et Douville, 2023).

Planification de l'accompagnement clinique psychoéducatif

La planification de l'accompagnement clinique psychoéducatif devrait être une étape où la personne présentant des symptômes relatifs d'un trouble mental ou ayant été confirmé participe activement à celle-ci. Elle devrait avoir l'occasion d'exprimer ses choix, ses motivations, ses inquiétudes, lesquels doivent être pris en compte lors de l'élaboration des objectifs du plan d'intervention. Il est possible que la mise en place d'objectifs d'intervention déterminés avec la personne exige une gradation des comportements visés selon la complexité des problèmes ou de la problématique présentée.



- Quelle est la finalité de l'accompagnement psychoéducatif proposé?
- Est-ce que les objectifs poursuivis respectent le champ d'exercice de la psychoéducation et le mandat?
- Est-ce que la personne a participé à l'élaboration des objectifs et des moyens d'intervention envisagés?
- Quels sont les indicateurs utilisés pour mesurer l'évolution de la situation?
- Les modalités sont-elles réalistes? Qu'impliquent-elles pour la personne?
- Est-ce que des partenaires devraient être inclus?

Accompagnement clinique psychoéducatif

« L'accompagnement clinique psychoéducatif est une aide à la fois thérapeutique et éducative, s'adressant à une personne, à une famille ou à un groupe de personnes vivant des difficultés d'adaptation ou susceptibles d'en vivre et visant à rétablir ou à préserver un équilibre dynamique de la personne avec son environnement ». (Puskas et al., 2012). Pour atteindre cet objectif, il est possible d'utiliser différentes approches, interventions, etc.

Au moment de la planification de l'accompagnement clinique psychoéducatif, il importe de s'appuyer sur des pratiques dont l'efficacité est reconnue pour ce trouble afin de déterminer les moyens et les interventions à mettre en place, soit en élaborant une stratégie d'intervention appuyée sur les besoins et les objectifs déterminés à la suite de la démarche d'évaluation psychoéducative, soit en développant un programme d'intervention ou en s'inspirant d'un programme existant. En effet, l'approche choisie doit être un moyen pour l'atteinte des objectifs et ne pas constituer la finalité de l'accompagnement clinique psychoéducatif.

Approche psychoéducative

D'abord définie par Gendreau (2001), l'approche psychoéducative considère que le développement de la personne se réalise grâce à l'interaction entre ses capacités internes et les possibilités d'expérimentation que lui offre son environnement. L'intervention proposée en psychoéducation aura alors pour but d'établir ou de rétablir le niveau de convenance entre le PAd et le PEx. Les différents moyens mis en place par les membres de l'Ordre favoriseront un retour à l'équilibre, donnant lieu à une meilleure adaptation de la personne à son environnement.

Vécu partagé et rapporté

Le vécu partagé correspond « au fait qu'une psychoéducatrice ou un psychoéducateur accompagne un client vers l'atteinte d'un objectif par le biais d'un *faire avec* » (Daigle et al., 2018, p. 112). C'est donc une occasion privilégiée de partager un vécu avec la personne et de donner un sens à ce qu'elle vit (Puskas et al., 2012). À l'image de la psychoéducation contemporaine, le vécu partagé évolue et demeure un référent important de l'accompagnement clinique psychoéducatif. En effet, en psychoéducation, il importe de favoriser la proximité (ex. : partage du quotidien ou d'une activité) avec une personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Ceci dans une optique de bien comprendre sa réalité et celle de son entourage et de connaître les leviers d'intervention à privilégier pour lui permettre d'atteindre une adaptation et un fonctionnement optimaux.

Un milieu fermé, comme une unité d'hospitalisation, offre une possibilité de période de vécu partagé plus longue, tandis qu'un contexte de suivi externe permettra de choisir des moments pertinents, dans le quotidien de la personne. Les troubles mentaux entraînent des répercussions à différents niveaux sur le fonctionnement de la personne, notamment dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et ses activités de la vie domestique (AVD). Ces moments constituent donc des occasions d'intervention. Ainsi, les opportunités de vécu partagé diffèrent en fonction des milieux d'exercice, que ce soit en intervention individuelle, familiale ou de groupe.

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

Intervention de groupe

Depuis le début de la profession, l'intervention de groupe a toujours été une modalité privilégiée par les psychoéducatrices et psychoéducateurs. Que ce soit pour de l'éducation psychologique ou de l'intervention de soutien, l'intervention de groupe permet à la fois d'observer le fonctionnement adaptatif de la personne sur le plan individuel, mais aussi en interaction directe avec ses pairs et son environnement. Plusieurs avantages de l'intervention de groupe sont mis en évidence dans la littérature, notamment le fait de briser l'isolement, de poursuivre un objectif commun, de reconnaître que d'autres personnes peuvent vivre des difficultés similaires. (Paquette et al., 2015) L'utilisation de la structure d'ensemble permet d'organiser, de structurer et d'ajuster ce type d'intervention (Paquette et al., 2015).

Approche motivationnelle

L'approche motivationnelle comporte quatre éléments essentiels soutenant la philosophie d'intervention à la base de l'entretien motivationnel (EM) (Miller et Rolnick, 2013) :

- le partenariat;
- le non-jugement;
- l'évocation;
- l'altruisme ou la compassion.

Dans le but de respecter le rythme de la personne, les intervenants sont invités à porter une attention particulière au discours de la personne et à déterminer où elle se situe selon les différents stades du changement (ex., pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute) (Miller et Rolnick, 2013; Proschaska et Dimente, 1982). Sur le plan de la recherche, une récension systématique des écrits a relevé l'efficacité de l'EM, plus spécifiquement pour arrêter et prévenir certains comportements associés aux abus d'alcool, de tabac ou autres substances (Frost et al., 2008). Toutefois l'approche motivationnelle est souvent combinée à d'autres interventions complémentaires afin de créer un contexte qui favorise la motivation et la mobilisation de la personne aux changements. Celles-ci prennent toute leur importance dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

Approche axée sur les forces

L'approche axée sur les forces⁶ a été développée par l'École de bien-être social de l'Université du Kansas dans les années 80. Elle repose sur six principes clés qui ont pour but d'améliorer la qualité de vie de la personne, son épanouissement et sa satisfaction personnelle (Rapp, 2004).

- l'accent est mis sur les forces de la personne et non sur les difficultés et la pathologie;
- la communauté est vue comme une oasis de ressources pour la personne;
- la personne est maître d'œuvre du processus d'aide. Elle est en charge de la direction que prendront les services;
- la relation entre la personne et son intervenant-pivot est primordiale, essentielle et s'articule autour de la confiance et de la reprise de pouvoir par la personne;
- l'intervention prend place dans la communauté;
- toute personne peut se rétablir et a la capacité de transformer sa vie.

Psychothérapie

Comme il a déjà été mentionné, au Québec, il a été décidé d'encadrer la pratique de la psychothérapie, notamment en la définissant dans un cadre légal et en réservant sa pratique à certains membres d'ordres professionnels. Pour soutenir cette compréhension, le guide, [l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent : trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie](#), a été publié.

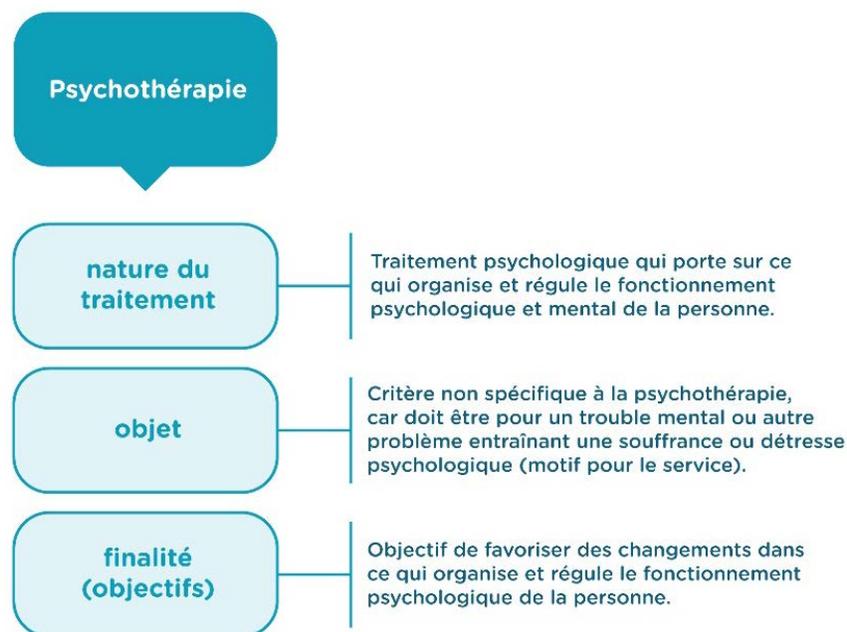
⁶ À ne pas confondre avec le concept des forces d'Erikson ou encore avec l'approche de l'actualisation des forces développée par Jeannine Guindon.

La psychothérapie se définit comme :

« un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. » (art. 187.1 du *Code des professions*).

Déoulant de cette définition, trois éléments constituent la psychothérapie : sa nature, son objet et sa finalité et un quatrième statue sur ce qu'elle n'est pas (Office des professions, 2018). Afin de déterminer si une intervention correspond ou non à de la psychothérapie, il importe de chercher et de démontrer la **présence simultanée** de ces trois éléments constitutifs. Ceux-ci permettent de trouver le point de bascule entre ce qui est de la psychothérapie et ce qui n'en est pas.

Figure 11 : Éléments constitutifs de la psychothérapie



Le quatrième élément évoque ce que la psychothérapie n'est pas.

- Ce qu'elle n'est pas :
 - le traitement psychologique va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

Comme cette distinction n'est pas reconnue dans la littérature internationale, il est parfois difficile de statuer si l'intervention proposée dans une recherche est bien de la psychothérapie, telle que définie au Québec (INESSS, 2022). Ainsi, à la lecture de ces articles, il importe de s'assurer qu'il s'agit réellement de la psychothérapie telle que définie par le *Code des professions*. Il est donc impératif de distinguer la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent, ceci dans le but de s'assurer d'avoir une pratique conforme à la loi ainsi qu'à ses compétences professionnelles.

L'évaluation initiale rigoureuse qui « constitue un préalable et a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie » (Office des professions, 2021) peut aussi être utilisée pour distinguer ce qui appartient à de la psychothérapie d'un accompagnement clinique psychoéducatif. Elle permet aussi notamment de choisir l'approche psychothérapeutique à préconiser auprès de la personne selon sa situation et d'amorcer ou non le processus psychothérapeutique auprès de celle-ci (Office des professions, 2018). Il demeure important de s'appuyer sur les données probantes et des guides de pratique clinique (ex : lignes directrices du [NICE](#), guides de pratiques du Programme québécois pour les troubles mentaux, [INESSS](#), [Adverse childhood expériences \(ACEs\)](#), etc.).



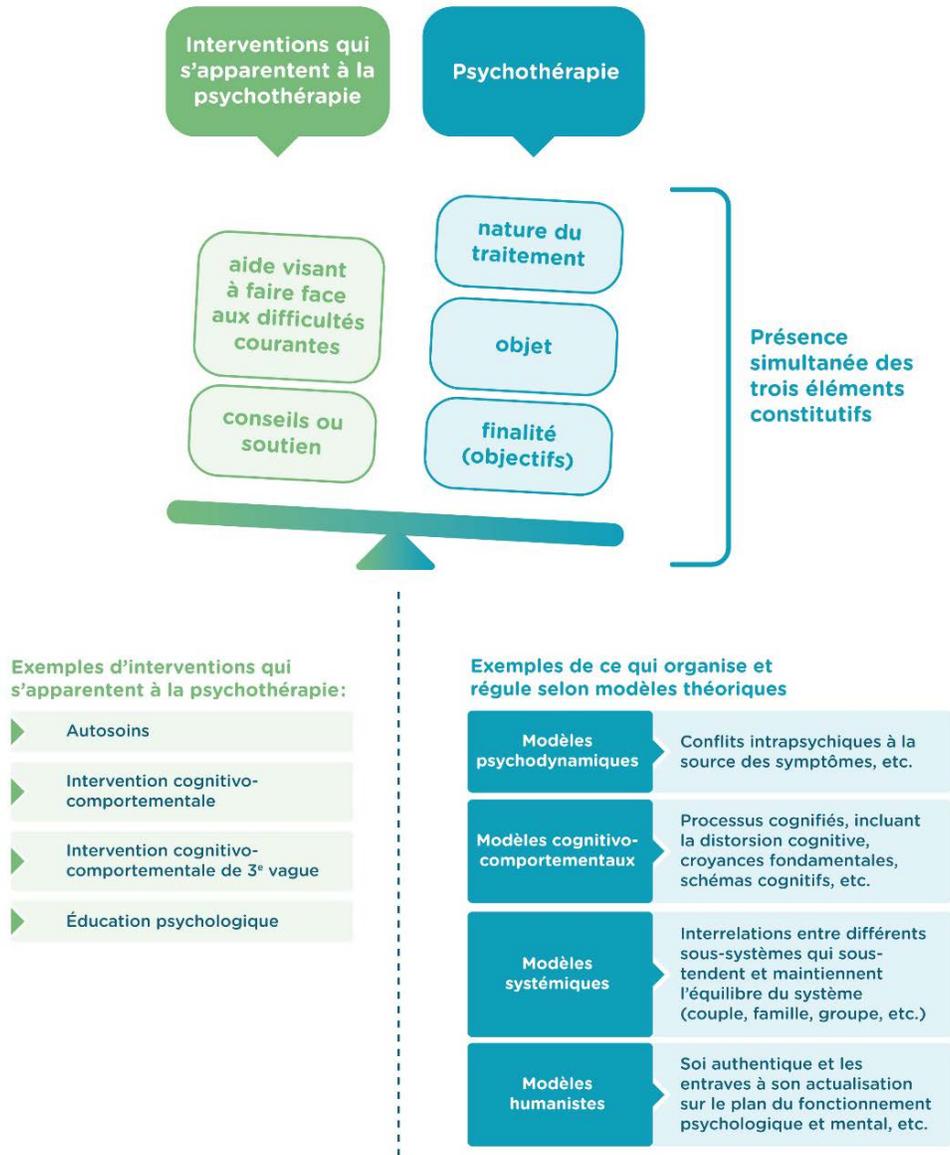
POUR ALLER PLUS LOIN

[L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent](#)

[Vignette clinique - Charlot \(TAS\)](#)

[Vignette clinique – Laura \(TSPT\)](#)

Figure 12 : Schéma du point de bascule entre la psychothérapie et les interventions qui s’y apparentent



Voici quelques exemples de questions visant à soutenir la réflexion quant à l'accompagnement psychoéducatif à offrir aux personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, et ce, dans le but d'éviter de « basculer » vers l'exercice de la psychothérapie en l'absence d'un permis de psychothérapeute. Elles peuvent aussi être utilisées en soutien lors de l'évaluation initiale rigoureuse permettant de distinguer ce qui sera de la psychothérapie et de l'accompagnement clinique psychoéducatif.



- Quel est le modèle théorique préconisé?
 - Dans ce modèle théorique, qu'est-ce qui est considéré comme ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne?
- Est-ce un traitement psychologique?
 - Est-ce que l'accompagnement clinique psychoéducatif aide la personne à mieux se comprendre?
 - Est-ce que l'accompagnement clinique psychoéducatif offert s'apparente à un traitement psychologique (c'est-à-dire, porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne en référence à un modèle théorique spécifique)?
- Quel est le motif de l'accompagnement clinique psychoéducatif?
 - Est-ce pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique?
- Quel est l'objectif?
 - Est-ce que l'accompagnement clinique psychoéducatif offert a pour finalité de réduire la souffrance ou une détresse psychologique d'une personne présentant un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème?
 - Est-ce que l'accompagnement clinique psychoéducatif offert a pour objectif de favoriser des changements significatifs chez la personne sur le plan de son fonctionnement cognitif, émotif ou comportemental, de son système interpersonnel, de sa personnalité ou de son état de santé?
 - Est-ce que l'accompagnement clinique psychoéducatif offert a pour objectif de favoriser des changements significatifs dans ce qui module et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne?

Pour les membres de l'Ordre, ne détenant pas un permis de psychothérapeute, documenter la prise de décision en ce qui concerne l'exercice ou non de la psychothérapie dans des notes évolutives est considéré comme une bonne pratique. Voir l'annexe 2 pour l'illustration de ces principes à l'aide du modèle théorique cognitivo-comportemental.

Intervention de groupe et psychothérapie

Lorsqu'une intervention de groupe inclut un volet psychothérapeutique, il importe d'abord de vérifier si les trois éléments constitutifs de la psychothérapie sont présents de façon simultanée (sa nature, son objet et sa finalité). S'il s'agit réellement de psychothérapie, un membre de l'Ordre ne détenant pas de permis pour l'exercer peut coanimer les volets de groupe qui ne sont pas réservés (par exemple, l'éducation psychologique, l'entraînement à l'auto-observation, l'entraînement aux techniques de gestion du stress, etc.) et confier les aspects psychothérapeutiques à un co-animateur habilité. Néanmoins, cette coanimation par une personne ne détenant pas un permis de psychothérapie devrait être pertinente et devrait s'inscrire dans une logique clinique et non en lien avec des éléments organisationnels, par exemple un manque de psychothérapeutes.

Autres interventions en santé mentale

Tout d'abord, il faut rappeler que plusieurs termes utilisés pour désigner l'intervention proposée, comme thérapie ou relation d'aide, ne constituent pas de la psychothérapie. De plus, diverses techniques d'intervention peuvent être utilisées tant en psychothérapie que dans les interventions qui s'apparentent: l'ignorance intentionnelle, la reformulation, etc. En plus de ces interventions, les techniques d'intervention utilisées lors de l'accompagnement clinique psychoéducatif comme l'écoute, le reflet, la prise de conscience, la confrontation, etc. ne sont pas de la psychothérapie.

Voici différentes modalités d'intervention qui peuvent être proposées à la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé :

Suivi clinique : « Il consiste en des rencontres permettant l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à la personne qui présente des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires ». (Office des professions, 2018, p.14)
Par exemple : l'amélioration du potentiel adaptatif, la gestion des facteurs de protection et des facteurs de risque.

La réadaptation : « Elle vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien. » (Office des professions, 2018, p.14).

Par exemple : la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales.

Parallèlement à ces interventions, la littérature a montré l'efficacité des auto-soins qui peuvent être définis ainsi :

Auto-soins : « réfèrent à ce qu'une personne fait pour elle-même afin de 1) maintenir et promouvoir sa santé et son bien-être physique et psychologique ou 2) prévenir ou gérer ses symptômes ou ses maladies. Les auto-soins peuvent s'effectuer par soi-même ou avec le soutien d'autres personnes tel que des proches, des membres de sa communauté ou encore des professionnels. Ils peuvent se faire avec ou sans appui matériel ou technologique » (Akouamba et al., 2021 p. 24, dans INESSS, 2023).

Par exemple : un guide sur les habitudes de sommeil, sur les pensées nuisibles ou sur la gestion de ses inquiétudes, etc.

Ces différentes modalités d'intervention peuvent s'inscrire dans un accompagnement clinique psychoéducatif.

D'autres types d'interventions psychosociales ont aussi montré leur efficacité dans l'accompagnement de la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé.

Intervention cognitivo-comportementale : cette catégorie regroupe les interventions basées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale. Dans le cadre de cette intervention, un travail est effectué sur l'identification des pensées, des émotions et des comportements problématiques (INESSS, 2022).

Par exemple : exposition, relaxation, modification du comportement, activation comportementale, restructuration cognitive, etc. (INESSS, 2022).

Intervention cognitivo-comportementale de 3^e vague : « sont regroupées dans cette catégorie toutes les interventions qui s’intéressent au fonctionnement optimal de la personne et favorisent une attitude d’acceptation pour améliorer son bien-être psychologique. Ces interventions font une utilisation moindre des interventions cognitives visant la modification du contenu des pensées. Elles visent à accroître les répertoires comportementaux et la flexibilité cognitive de la personne plutôt que la disparition des symptômes » (INESSS, 2022, p.XIV).

Par exemple : intervention basée sur la pleine conscience, intervention basée sur les principes de la thérapie de l’acceptation et de l’engagement, intervention basée sur la psychologie positive, etc. (INESSS, 2022).

Éducation psychologique⁷ : Souvent traduite par l’appellation « faire de la psychoéducation » dans la littérature, « elle vise un apprentissage par l’information et l’éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s’agit de l’enseignement de connaissances et d’habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l’autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l’apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l’état mental ». (Office des professions, 2018, p.14). Il importe que cette intervention psychosociale permette à la personne de bien comprendre la nature du trouble mental, ses manifestations et ses traitements.

Par exemple : accompagner un adulte dans sa compréhension du diagnostic d’un trouble de stress post-traumatique, créer des rencontres post-diagnostic pour des parents dont l’enfant vient de recevoir un diagnostic de trouble du spectre de l’autisme, etc.



POUR ALLER PLUS LOIN

Institut national d’excellence en santé et services sociaux. (2022). [Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants.](#)

⁷ La littérature recensée réfère souvent au terme « psychoéducation » lorsqu’il est question de ce type d’intervention. Or, l’utilisation de ce terme pour parler d’éducation psychologique peut porter à confusion au Québec en raison d’une profession dont le nom est psychoéducation, et dont l’exercice va au-delà de l’éducation psychologique à laquelle réfèrent les termes anglais. En raison de ce risque de confusion pour le lecteur et du respect des lois et règlements en vigueur au Québec, le terme « psychoéducation » a été remplacé par « éducation psychologique ».

Mesure de l'impact de l'intervention

Peu importe le type d'accompagnement clinique psychoéducatif proposé, il importe de mettre en place une mesure en continu de l'impact des interventions offertes. Trop souvent, cet aspect est évalué par des éléments subjectifs seulement. Or, il a été montré que l'utilisation d'outils dont l'objectif est d'évaluer les effets de l'intervention proposée assure la qualité et l'efficacité de celle-ci (Hébert et Drapeau, 2019). Sans être un aspect prescriptif, il n'en demeure pas moins que vérifier l'efficacité de l'intervention proposée, à quelques reprises durant la relation avec le client, en tenant compte de la perception de celui-ci est considéré comme une bonne pratique.



Quels sont les moyens pris pour mesurer l'impact en continu de l'intervention? Quel genre d'outil utiliser pour cette mesure en continu de l'intervention? Est-ce que cet outil est basé sur les données probantes? Est-ce que le client participe activement à cette évaluation? À quels moments sont prises les données? Quel est le niveau d'appréciation des services rendus par le client? Est-ce que la perception de la personne est prise en compte?

Autres approches en santé mentale

Il existe plusieurs interventions possibles pour les personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Or, il appartient aux membres de l'Ordre de déterminer la validité et la pertinence au regard de la situation de celles-ci avant de les proposer à leurs clients.

L'appellation « données probantes » fait référence à des résultats de recherches issues de la méthodologie expérimentale, soit les essais contrôlés randomisés (ECR). De tels résultats sont publiés dans des revues scientifiques comportant un comité de révision par les pairs. Par ailleurs, une pratique basée sur les données probantes ne signifie pas d'appliquer intégralement une conclusion issue d'une recherche scientifique. Un accompagnement clinique psychoéducatif pertinent et efficace doit également prendre en compte l'expertise de la psychoéducatrice ou du psychoéducateur, de même que les besoins et les préférences de la personne accompagnée. Il importe alors d'impliquer la personne dans ce processus et de tenir compte de ses préférences.

Dans le domaine de la santé mentale, le modèle de soins par étapes ou encore par épisodes de services est préconisé dans différents guides de pratique clinique. Ce modèle cible les soins et les services les plus efficaces à recommander, du moins au plus intrusif, selon une hiérarchie et en fonction des caractéristiques présentées par la personne, sa famille et son entourage. « Les traitements proposés dépendent de la gravité, de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert » (MSSS, 2021, p.12).

Il est nécessaire aussi de préciser qu'il est de la responsabilité des membres de l'Ordre de ne pas préconiser des courants non théoriques et de ne pas outrepasser le champ d'exercice de la profession, par exemple de s'abstenir de faire des recommandations médicales, nutritives ou pharmacologiques. Ceci considérant que la démarche d'évaluation psychoéducative ne permet pas de statuer sur de tels aspects. Selon la situation, il est attendu d'orienter la personne vers les membres d'ordres professionnels dont le champ d'exercice permettra d'effectuer des recommandations spécifiques à ces aspects et pouvant répondre besoins de la personne.

Obligations professionnelles et éthique

Code de déontologie en contexte de santé mentale

Le *Code de déontologie* détermine les devoirs et obligations dont les membres doivent s'acquitter, quel que soit le cadre ou le mode d'exercice de leurs activités professionnelles ou la nature de la relation contractuelle avec le client.

Le *Code de déontologie* contient des obligations notamment quant à la qualité de la relation professionnelle, au consentement en lien avec la prestation de services professionnels, à la protection des renseignements confidentiels, à l'accessibilité des dossiers, à l'indépendance professionnelle, à la qualité de l'exercice. Les membres de l'Ordre ne peuvent se soustraire, même indirectement, à une obligation ou un devoir inclus dans le *Code de déontologie*. (Pour plus d'informations concernant le cadre légal, se référer à l'Annexe 1 : Cadre légal).

Analyse des enjeux éthiques

Le contexte en santé mentale peut faire en sorte que les psychoéducatrices et psychoéducateurs soient confrontés à des situations professionnelles complexes, par exemple lorsque leurs valeurs sont heurtées alors que plusieurs dispositions légales et réglementaires s'appliquent à la situation. Il peut ainsi être difficile de prendre une décision afin de maintenir une pratique sans reproche, surtout lorsque le *Code de déontologie* n'offre pas une marche à suivre explicite. Il se peut alors que la psychoéducatrice ou le psychoéducateur se retrouve face à un enjeu ou un dilemme éthique. Pour y faire face, Poulin et al. (2023) proposent une démarche d'analyse d'un enjeu éthique en 4 étapes.

Tableau 3 : Démarche d'analyse d'un enjeu éthique, selon Poulin et al. (2023)

Prendre conscience de la situation et de l'enjeu éthique

Prendre une distance de la situation :

- décrire les faits et nommer les actrices et acteurs impliqués;
- explorer les tensions ressenties dans la situation et cerner les valeurs en jeu;
- formuler une réponse spontanée;

Prendre du recul

Repérer les règles qui s'appliquent à la situation :

- repérer les normes et les règles liées à la situation;
- clarifier les valeurs en jeu pour l'ensemble des actrices et acteurs;
- remettre en perspective les valeurs présentes;

Prendre action

Cibler une action et y associer des stratégies de mise en œuvre :

- envisager les actions et en retenir une;
- justifier l'action retenue;
- structurer et concrétiser l'action retenue;

Apprendre

Prendre le temps pour une rétroaction et en tirer des leçons :

- tirer des leçons pour soi et pour les différents acteurs;
- déterminer comment ces leçons s'appliquent dans les différents contextes de sa pratique;
- communiquer aux publics concernés les apprentissages réalisés grâce à la situation.

Voici un exemple qui aborde les enjeux et les différences entre la déontologie et l'éthique:

Situation :

Une psychoéducatrice accompagne une femme victime de violence conjugale. Lors d'une rencontre, elle lui confie qu'elle veut retourner vivre avec son conjoint violent, malgré le danger.

Aspect déontologique :

La psychoéducatrice a l'obligation de respecter l'autonomie de la personne et le secret professionnel. Elle ne peut pas divulguer cette information ni intervenir sans son consentement, sauf s'il y a un risque sérieux de mort ou de blessures graves pour elle, pour ses enfants (obligation de signalement dans certains cas) ou pour autrui.

Aspect éthique :

Même si la déontologie lui impose de respecter le choix de la personne en cause, la psychoéducatrice peut se poser des questions :

- Comment assurer la sécurité de la femme sans aller à l'encontre de son autonomie?
- Est-ce qu'il est possible d'insister davantage sur les risques sans affecter la relation de confiance?
- Comment l'accompagner dans une prise de décision éclairée sans la culpabiliser ?

Dans ce cas, l'éthique pousse la psychoéducatrice à réfléchir aux meilleures stratégies pour aider sa cliente, en tenant compte de ses valeurs, de sa dignité et de sa sécurité, tout en respectant le cadre déontologique. Il pourrait s'avérer pertinent d'en discuter en équipe ou lors d'une supervision.

Cet exemple montre bien que la déontologie fixe les règles incontournables, alors que l'éthique guide les choix délicats dans la relation d'aide, teintée par des valeurs personnelles.

Tenue de dossiers

La tenue de dossiers est une activité professionnelle encadrée par diverses lois, règlements et normes d'exercice. Tout au long de la relation avec la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, il est important de consigner dans son dossier, les renseignements pertinents et nécessaires. Dans un souci de restreindre les risques de préjudice envers la personne, il est de la responsabilité des membres de l'Ordre de s'assurer que les notes évolutives et les rapports soient neutres et objectifs. Ils doivent présenter une image exacte et non complaisante de la situation sans qu'elle soit dénigrante ou vexante. (Pour plus d'informations concernant le cadre légal, se référer à l'Annexe 1 : Cadre légal).



Est-ce que ma manière de décrire l'événement traumatisant dans ma note évolutive est suffisamment objective et ne tombe pas dans le voyeurisme? Est-ce que ce renseignement est pertinent et nécessaire à la compréhension de la situation?

Conclusion

Le présent document a été produit dans le but de mieux faire connaître la réalité de la pratique des membres de l'Ordre en santé mentale et d'apporter un éclairage sur sa contribution distincte. Il se veut un document de soutien dans la pratique au quotidien des membres de l'Ordre. Considérant l'évolution des connaissances dans le domaine de la santé mentale, il est attendu que les membres de l'Ordre s'inscrivent dans un développement professionnel continu.

En outre, ce document peut guider les différents établissements à déterminer les mandats qu'ils peuvent confier aux psychoéducatrices et psychoéducateurs. Il constitue une référence importante lorsque vient le moment de déterminer les attentes sur la pratique de la psychoéducation en santé mentale.

Références

- American psychiatric Association (2016). *Practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults*.
- American psychiatric association (2022). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, texte révisé (DSM-5-TR)*. Elsevier Masson.
- Association canadienne pour la santé mentale (2020). Faits saillants sur la santé mentale. <https://cmha.ca/fr/trouver-de-linfo/sante-mentale/info-generale/faits-saillants/>
- Bélangier, S. (2016). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux : guide d'accompagnement*. Gouvernement du Québec.
- Bergeron, G. et Douville, L. (2023). *Analyse clinique et jugement professionnel au cœur de l'évaluation psychoéducative*. Presses de l'Université Laval.
- Bordeleau, M. et Joubert, K. (2017). La santé mentale des jeunes : certains consultent, d'autres pas. Qui sont-ils? *Zoom santé*, 62.
- Code des professions (chapitre C-26). <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>
- Code des professions (chapitre C-26, r. 207.2.01). *Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20207.2.01%20/>
- Code des professions (chapitre C-26, a.91). *Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et autres bureaux et la cessation d'exercice des psychoéducateurs*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20a.%2091%20/>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Commission de la santé mentale du Canada : plan stratégique 2017-2022*. Commission de la santé mentale du Canada
- Commission de la santé mentale du Canada. (2022). *Fiche d'information : les jeunes et le suicide*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Gouvernement du Québec.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the why try effect : impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8, 75-81.

- Cummings, E. M., Davies, P. T. et Campbell, S.B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process: Theory, Research and Clinical Implications*. Guilford Press
- Daigle, S., Couture, C., Renou, M., Potvin, P. et Rousseau, M. (2018). Le vécu partagé, une notion fondatrice qui appelle un consensus à actualiser. *Revue de la psychoéducation*, 47(1), 110-133. <https://doi.org/10.7202/1046774ar>
- Daigle, S. et Larivière-Durocher, G. (2019). *Processus menant au jugement clinique en psychoéducation*. [Document inédit]. Université Laval.
- Daigle, S., Renou, M., Bolduc, S. (2020). Les opérations professionnelles en psychoéducation. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé & V. Lafantaisie (dirs.), *L'ABC de la psychoéducation* (pp. 81-104). Presses de l'Université du Québec.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2016). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. Dans Y. Paquet, N. Carbonneau et R.J. Vallerand (dir). *La théorie de l'autodétermination : aspects théoriques et appliqués*, (p. 15-32). De Boeck Supérieur.
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Revue santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être.
- Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, Cheyne H, Coles E, Pollock A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One* 13(10):e0204890. [10.1371/journal.pone.0204890](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890)
- Gendreau, G. et collaborateurs (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Éditions Sciences et culture.
- Gouin, J.-S., Trépanier, N. S., Kenny, A. et Daigle, S. (2021). Le développement professionnel : sa nature ses objectifs et ses clés de déploiement tout au long d'une carrière en milieu éducatif. Dans N. Gaudreau, N. S. Trépanier & S. Daigle (dirs.), *Le développement professionnel en milieu éducatif : des pratiques favorisant la réussite et le bien-être* (pp. 25-55). Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/developpement-professionnel-milieu-educatif-3271.html>
- Habib, R., Gariépy, J., Vilatte, A. et Piché, G. (2023). Devenir adulte : une période de défis et d'opportunités. *La pratique en mouvement, automne 2023*, 7-10.

- Hannan, R., Thompson, R., Worthington, A. et Rooney, P. (2016). *The triangle of care. Carers included : a guide to best practice for dementia care*. Carers trust.
- Hébert, C. et Drapeau, M. (2019). Le suivi en continu en psychothérapie. *Quintessence*, 10(9).
- Hurtubise, R., Roy, L., Trudel, L., Rose, M.-C. et Pearson, A. (2021). Guide des bonnes pratiques en itinérance. Centre de recherche de Montréal sur l'inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté.
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M.-J., Kisely, S. et Lesage, A. (2020). Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2017). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Institut national d'excellence en santé et services sociaux.
- Institut national d'excellence en santé mentale et en services sociaux. (2022). *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants*. Rapport rédigé par Sophie Bernard, Joëlle Brassard, Émilie Proteau-Dupont, Sophie Léveillé et Micheline Lapalme. INESSS.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. État des connaissances*. Gouvernement du Québec
- Jones, L. E., Clarke, W. et Carney, C. P. (2004). Receipt of diabetes services by insured adults with and without claims for mental disorders. *Medical Care*, 42(12), 1167-1175.
- Lévesque, P. et Perron, P.-A. (2024). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024*. Institut national de santé publique du Québec.
- Keyes, C. L. et Simoes, E. J. (2012). To flourish or not : positive mental health and all cause mortality. *American journal of public health*, 102(11), 2164-2172.
- Korthagen, F.A.J. et Nuijten, E.E. (2017). Core reflection : nurturing the human potential in students and teachers. Dans J.P. Miller, K. Nigh, M. Binder, B. Novak et S. Crowell (dir.), *International handbook of holistic education* (p. 89-99). Routledge : Taylor & Francis Group.
- Latimer, E. et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. Gouvernement du Québec.

- Le Bortef, G. (2010). *Professionaliser : construire des parcours personnalisés de professionnalisation* (6^e éd). Éditions Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2017). Agir en professionnel compétent et avec éthique. Halte au « tout compétences »!. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2934>
- Lebrun-Paré, F., Mantoura, P., Roberge, M.-C. et Direction du développement des individus et des communautés. (2023). *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec : état des connaissances*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lecomte, T., Addington, J., Bowie, C., Lepage, M., Potvin, S., ahah, J., Summerville, C. et Tibbo, P. (2022). The canadian network for research in schizophrenia and psychoses : a nationally focused approach to psychosis and schizophrenia research. *The canadian journal of psychiatry*, 67(3), 172-175. <https://doi.org/10.1177/07067437211009122>
- Lemieux, V. (2014). *Pour qu'on se comprenne : guide de littératie en santé*. Gouvernement du Québec.
- Masciotra, D. (2017). La compétence: entre le savoir agir et l'agir réel. Perspective de l'énonciation. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2888>
- Massé, L., Lanaris, C., Nadeau, M.-F., Bégin, J.-Y., Bluteau, J., Verret, C. et Beaudry, C. (2020). Les difficultés d'adaptation socioaffectives et comportementales. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école*, (3^e éd., p. 6-36). Chenelière Éducation.
- McGrath, J.J., Lim, C.C.W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Nomen, N.C., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J.M.C., de Firolamo, G., De Vries, Y.A., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., ... de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders : a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29(e153), 1-9.
- Miller, W. R. et Rolnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le change* (2^e éd). INTER EDITIONS. (Traduction Michaud, P. et Lécallier, D.)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux : guide d'accompagnement*. Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023, 14 septembre). Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec – rapport de l'exercice du 11 octobre 2022 : fiche technique. [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Fiche technique Resultats denombrement 2022 23-09-01 VF.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Fiche_technique_Resultats_denombrement_2022_23-09-01_VF.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Document d'information à l'intention des établissements – soins et services en santé mentale des jeunes : programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des services sociaux. (2025, 3 mars). *Les troubles de l'humeur*. Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes.
- Morin, M.-H., Moreau, A., Proulx, M., Levasseur, M. A., Vigneault, L., Gilbert, M. et Roy, M.-A. (2023). Partage d'informations et respect de la confidentialité : repères pour améliorer la qualité des services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 151-177. <https://doi.org/10.7202/1109837ar>
- Naughton, J. N. L., Maybery, D., Sutton, K., Basu, S. et Carroll, M. (2020). Is self-directed mental health recovery relevant for children and young people? *International journal of mental health nursing*, 29(4), 661-673. <https://doi.org/10.1111/inm.12699>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Common mental health disorders : identification and pathways to care: full guideline*.
- Office des professions du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2018). *Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001*. OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) et World Organization of Family Doctors (WONCA). (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Organisation mondiale de la santé et World organization of family doctors.
- Organisation mondiale de la santé (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. OMS.
- Organisation mondiale de la santé et Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.

- Organisation mondiale de la santé (2022). *Classification internationale des maladies (CIM)*. OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous : vue d'ensemble*. OMS.
- Paquette, G., Plourde, C. et Gagné, K. (2015). *Au cœur de l'intervention de groupe : nouvelles pratiques psychoéducatives*. Béliveau éditeur.
- Poulin, M.-H., Trudel, D. et Caouette, M. (2023). *Analyse d'un enjeu éthique en psychoéducation: pour une conduite compétente*. Béliveau éditeur.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Puskas, D., Caouette, M., Dessureault, D. et Mailloux, C. (2012). *L'accompagnement psychoéducatif*. Béliveau Éditeur.
- Rapp, C. A. (2004). Le suivi communautaire : approche axée sur les forces. Dans R. Émard & T. Aubry (dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (pp. 31-65). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Roy, L., Leclair, M. C., Côté, M. et Crocker, A. G. (2020). Itinérance, santé mentale, justice : expérience et perceptions des utilisateurs de services à Montréal. *Criminologie*, 53(2), 359-383.

Annexe 1 : Cadre légal

Les membres de l'Ordre exerçant auprès de personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé doivent tenir compte d'un ensemble de règles, normes, lois et règlements dans l'exercice de leur jugement professionnel. La présente annexe vise à compléter les informations à caractère juridique abordées dans ce cadre de référence, afin de sensibiliser les membres à l'impact de ces règles sur leur pratique.

Garde en établissement

Le Code Civil du Québec prévoit que nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise. Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire ou son tuteur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

S'il y a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé⁸, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

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

La personne sous garde doit, cependant, être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée par le tribunal n'est pas expirée. Toute garde requise au-delà de la durée fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal.

Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y recevoir des soins doit être informée par l'établissement, du plan de soins établi à son égard ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie. Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle, par exemple ses parents ou le titulaire de l'autorité parentale s'il s'agit d'une personne de moins de 14 ans, ou dans le cas d'une personne inapte à consentir, le tuteur, le mandataire, le conjoint ou un autre proche.

⁸ Il pourrait s'agir, par exemple, d'un membre de la famille, du conjoint ou d'un autre proche de la personne

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

Les dispositions de cette Loi complètent celles du Code Civil portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde.

Cette loi prévoit les modalités de l'évaluation psychiatrique et la divulgation du rapport du médecin par l'établissement. Cette divulgation se fait conformément aux dispositions de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (chapitre R-22.1), sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation du Tribunal prévue au *Code Civil du Québec*.

La Loi prévoit aussi les modalités applicables à la garde préventive et à la garde provisoire. En vertu de cette Loi, un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé, notamment à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (SASC) qui estime que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même et pour autrui. On entend par « service d'aide en situation de crise » un service destiné à intervenir dans des situations de crise, suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

Les membres de l'Ordre exerçant au sein d'un service d'aide en situation de crise, qui procèdent à cette estimation doivent agir avec prudence, discernement et diligence et maîtriser les outils d'estimation de la dangerosité nécessaires, pour lesquels ils devraient être formés.

Les membres de l'Ordre peuvent aussi être appelés à soutenir la famille ou l'entourage dans ces démarches ou à les guider vers des organismes spécialisés venant en aide aux proches des personnes atteintes d'un trouble mental.

Code criminel

Lorsque le Tribunal administratif du Québec (TAQ) agit à titre de Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), il rend des décisions en fonction du Code criminel, notamment en matière de non-responsabilité criminelle. Ses décisions ont une force obligatoire, tout comme celles d'un tribunal judiciaire.

Le rôle de la CETM comprend deux volets :

- **Verdict d'inaptitude à subir son procès**
Évaluer l'état mental de la personne accusée et déterminer si elle est devenue apte à subir son procès criminel. Dans ce cas, la CETM ordonne son retour devant la cour criminelle.
- **Verdict de non-responsabilité criminelle**
Évaluer l'importance du risque que représente une personne accusée d'avoir commis une infraction criminelle pour la sécurité du public, en fonction, notamment, de son état mental. La CETM décide si la personne doit être libérée, avec ou sans condition. Si elle décide que la personne doit être détenue dans un hôpital, elle fixe les mesures qui doivent être prises pour assurer la sécurité du public.

Les membres de l'Ordre peuvent intervenir auprès de personnes ayant été jugées non criminellement responsables d'un acte qu'elles auraient commis en raison de leur état mental. De plus, lorsqu'une personne à qui la psychoéducatrice ou le psychoéducateur offre des services est convoquée devant la CETM, les membres de l'Ordre pourraient être appelés à se présenter devant la CETM et à donner leur avis professionnel au juge.



POUR ALLER PLUS LOIN

Tribunal administratif du Québec. (2021). [La Commission d'examen des troubles mentaux du Québec : guide.](#)

[Guide du témoin à la cour](#)

Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité

La *Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité* est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2022.

Cette loi permet une meilleure protection des personnes en situation de vulnérabilité. En adaptant la mesure de protection à chaque situation, elle permet de valoriser l'autonomie de ces personnes, d'encourager davantage la prise en compte de leurs volontés et préférences, de préserver autant que possible l'exercice de leurs droits et d'encadrer la gestion du patrimoine des mineurs.

Code des professions

Dans le but de protéger le public, le *Code des professions* définit le champ d'exercice des professionnels exerçant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, réserve à certains professionnels l'exercice d'activités préjudiciables auprès de clientèles particulièrement vulnérables et encadre la pratique de la psychothérapie dont, notamment, celle des membres de l'Ordre.

En raison du risque qu'elles comportent pour les clientèles visées, seuls les professionnels autorisés par le *Code des professions* peuvent exercer les activités réservées. La section : Activités réservées du présent cadre de référence présente les activités réservées aux membres de l'Ordre, incluant les activités spécifiques à la pratique en santé mentale. Pour plus d'informations s'y référer.



POUR ALLER PLUS LOIN

[Office des professions. \(2021\). *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.*](#)

Code de déontologie

Peu importe le milieu dans lequel ils exercent, les membres doivent respecter les différents articles du Code de déontologie.

En vertu du Code de déontologie, le membre exerce sa profession dans le respect de la dignité et de la liberté de la personne et s'abstient de toute forme de discrimination. Il évite toute conduite pouvant porter atteinte à l'intégrité physique, mentale ou affective de la personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession. Il agit avec diligence et disponibilité et cherche à établir et à maintenir une relation de confiance avec son client.

La psychoéducatrice ou le psychoéducateur doit, sauf urgence, obtenir de son client, de son représentant ou de ses parents, s'il s'agit d'un enfant de moins de 14 ans, un consentement libre et éclairé avant d'entreprendre toute prestation de services professionnels. Il respecte le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il n'est relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse. Il peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

La psychoéducatrice ou le psychoéducateur fait preuve d'objectivité et évite toute situation de conflit d'intérêts réel ou apparent. Il sauvegarde en tout temps son indépendance professionnelle. Il s'acquitte de ses obligations professionnelles avec compétence, loyauté et intégrité.

Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et autres bureaux et la cessation d'exercice des psychoéducateurs

Le Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et autres bureaux et la cessation d'exercice des psychoéducateurs prévoit les modalités relatives à l'ouverture et à la tenue des dossiers ainsi qu'aux renseignements qui doivent y être consignés. Les membres de l'Ordre doivent assurer la mise à jour régulière de leurs dossiers jusqu'à la fin des services auprès des clients. L'Ordre a de plus élaboré des normes d'exercice portant sur la tenue de dossiers en psychoéducation. Les normes d'exercice élaborées par l'Ordre ont pour objectif d'éclairer les psychoéducateurs dans l'application des règlements. Elles ne remplacent pas les politiques en vigueur dans les milieux de pratique mais les complètent. Les membres de l'Ordre sont invités à s'y référer.

Protection des renseignements personnels

De plus, les lois suivantes incluent des dispositions auxquelles les membres de l'Ordre doivent se référer dans leur pratique selon le cas :

- *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux;*
- *Loi sur l'instruction publique;*
- *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels;*
- *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.*

Ces lois visent notamment à assurer la protection des renseignements personnels et à en encadrer l'accès.

Par ailleurs, la Loi 25, *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, a apporté des modifications importantes aux lois concernant la protection des renseignements personnels, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Elle a introduit de nouvelles obligations en vue de favoriser la transparence et une protection de la vie privée accrue, en tenant compte des réalités technologiques actuelles. La Loi 25 s'applique aux organismes et entreprises tant du secteur public que du secteur privé. Elle concerne également les membres des ordres professionnels.

La Loi 5, *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, encadre l'accès et l'utilisation des renseignements permettant d'identifier un usager, concernant notamment sa santé physique ou mentale, ainsi que les services de santé ou les services sociaux offerts à cette personne. La loi s'applique à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Elle vise tant les établissements du réseau public que les cabinets privés de professionnels, incluant les psychoéducatrices et les psychoéducateurs. Elle établit notamment l'accès aux renseignements par des intervenantes et intervenants et le droit de la personne concernée d'accéder aux renseignements qui la concernent. Les modalités de collecte, de conservation et de destruction des renseignements contenus au dossier du client sont aussi encadrées par cette Loi.

Selon leur milieu de travail, au sein d'un organisme public, dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans le réseau scolaire ou dans le secteur privé, les membres de l'Ordre sont soumis à l'une et/ou l'autre de ces lois. Ils sont donc invités à s'y référer.

Annexe 2 : Illustration de la définition de la psychothérapie à l'aide du modèle théorique cognitivo-comportemental

Le modèle théorique cognitivo-comportemental

Pour mieux saisir le point de « bascule » entre la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent, le modèle théorique cognitivo-comportemental sera utilisé. Ce dernier est reconnu comme efficace pour prévenir ou traiter les problèmes d'adaptation ou de trouble mental de l'enfance à l'âge adulte et ce, qu'ils soient intériorisés ou extériorisés (Massé et al., 2020). Ce modèle s'attarde aux processus cognitifs et à leur influence sur les comportements. Il s'intéresse au caractère rationnel et réaliste des pensées, à la régulation des émotions, à la gestion du stress et au développement de stratégies adaptatives et comportementales efficaces.

Voici quelques éléments représentatifs de ce modèle :

- « les processus cognitifs, y inclus la distorsion cognitive, qui servent à traiter l'information, à la comprendre et à l'interpréter, qui sont à la source notamment des pensées automatiques et des comportements, lesquels sont en interaction et en interrelation avec les cognitions, les sensations (ressentis) et les émotions »;
- « les croyances fondamentales et les schémas cognitifs qui conditionnent les pensées automatiques, les réactions émotionnelles, les sensations et les comportements qui sont à la source de la souffrance et qui la maintiennent ». (Office des professions, 2018, p. 9)

Croyances fondamentales

Selon le modèle cognitivo-comportemental, les croyances fondamentales d'une personne font partie intégrante de l'organisation et la régulation de son fonctionnement psychologique et mental. En ce sens, les membres de l'Ordre, ne détenant pas un permis d'exercice de psychothérapeute, ne peuvent pas avoir pour cible d'intervention de tenter de remettre en question ou de modifier les croyances fondamentales de la personne. Les membres de l'Ordre doivent donc demeurer vigilants à cet effet tout au long de la démarche d'évaluation psychoéducative et de l'accompagnement clinique psychoéducatif. En effet, si un besoin de travailler les croyances fondamentales de la personne se manifeste, ceci est un indice qu'une orientation vers un(e) professionnel(le) habilité(e) à exercer la psychothérapie est à privilégier. Parfois, le travail des membres de l'Ordre peut être une étape préalable au service de la psychothérapie, notamment en accompagnant la personne à développer ses ressources personnelles pour être prête à recevoir un tel service.



Est-ce que les objectifs de l'accompagnement psychoéducatif visent une modification des croyances fondamentales d'une personne? Ou plutôt une prise de conscience de celles-ci? Si vous utilisez le terme « croyance fondamentale » dans vos notes évolutives, est-ce que vous expliquez bien les raisons pour lesquelles vous l'utilisez?

Restructuration cognitive

Un autre concept important dans le modèle cognitivo-comportemental est la restructuration cognitive. Lorsque cette dernière se limite à guider et accompagner la personne afin de reconnaître ses émotions et ses sensations associées aux comportements problématiques; reconnaître les situations les ayant déclenchées; remettre en question les pensées erronées et remplacer celles-ci par d'autres, plus adaptées ou prosociales, ne constitue pas l'exercice de la psychothérapie, puisque l'intervention ne vise pas à remettre en question ni modifier les croyances fondamentales de la personne. (Office des professions, 2018).



Quel est votre niveau de compétence pour effectuer cette stratégie d'intervention?

Exposition

L'exposition est une autre technique issue du modèle cognitivo-comportemental. Voici quelques contextes où l'exposition peut être utilisée sans traverser le point de bascule de la psychothérapie pour:

- consolider, sur le terrain, certains acquis;
- s'assurer de l'application adéquate de stratégies adaptatives;
- soutenir le développement de nouvelles stratégies et les mettre en pratique; tolérer l'expérience vécue;
- guider et soutenir la personne dans la gestion de ses symptômes, en vue d'un retour aux activités quotidiennes.



Quel est l'objectif poursuivi par l'exposition? Est-ce que l'exposition peut répondre aux besoins de la personne?

Annexe 3 : Listes de ressources

Tout au long du cadre de référence, des documents sont proposés. Cette annexe présente d'autres ressources qui peuvent être pertinentes à la pratique en santé mentale.

Info-Social 811 : service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel

1-866-APPELLE : ligne d'aide et de prévention du suicide

Tel-jeunes : pour les moins de 20 ans

Service d'urgence 9-1-1 : situation d'urgence qui menace votre sécurité, celle des autres, vos biens ou l'environnement

Programme québécois pour les troubles mentaux

Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques

CAP santé mentale

Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale

Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

Commission de la santé mentale du Canada

Institut universitaire sur les dépendances

L'approche : quand ton parent à un trouble mental : guide web pour les jeunes

Le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté