

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Guide de rédaction du rapport d'évaluation psychoéducative - Usagers ayant une DI ou un TSA

Septembre 2018

Édition

Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire (DSMEU)

Rédaction

Henrik Maeng, ps.éd et agent de planification, de programmation et de recherche, volet Innovation et développement des outils cliniques, DSMEU

Marie-Eve Giguère, agente de planification, programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMEU

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et participation des personnes mentionnées ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement de pratiques cliniques s'inspirant des meilleures pratiques.

Professionnels responsables du soutien clinique :

Catherine Joly, Programme spécialisé DI 7 ans et plus, Secteur Est

Catherine St-Jean, Programme spécialisé TC-TGC

Chloé Lefebvre, Programme spécialisé TSA 7 ans et plus, Secteur Est

Christine Moulard, Programme spécialisé TSA 7 ans et plus, Secteur Centre Ouest

Elaine Commerford, Programme spécialisé TSA 7 ans et plus, Secteur Est

Isabelle Rioux, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans

Jean-François Bouffard, Programme spécialisé TSA 7 ans et plus, Secteur Ouest

Joannie-Anabel Sirois, Programme spécialisé Intégration scolaire et communautaire

Johanne Dumas, Programme spécialisé DI 7 ans et plus, Secteur Estrie

Josée De Courval, Programme spécialisé TSA 7 ans et plus, Secteur Centre

Marie-Eve Jacques, Programme spécialisé DI 7 ans et plus, Secteur Ouest

Renée Landry, Programme spécialisé TSA 7 ans et plus, Secteur Estrie

Mise en pages

Paméla Déry, agente administrative, DSMEU

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, septembre 2018.

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Document adopté au le .

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE	5
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	7
1. ASSISES.....	8
2. OBJECTIFS	8
3. PROFESSION(S) OU PROFESSIONNEL(S) VISÉ(S)	8
4. ÉTAPES.....	9
4.1. Identification supplémentaire.....	9
4.2. Motif de la demande de services spécialisés	9
4.3. Anamnèse	9
4.3.1. Antécédents prénataux, périnataux et postnataux (si pertinents et en lien avec le projet personnel et la/les situations de handicap identifiées)	9
4.3.2. Synthèse de l'histoire personnelle et familiale (séparation, déménagement, deuil, si pertinent et en lien avec le projet personnel et la ou les situations de handicap identifiées)	9
4.3.3. Historique du problème	9
4.3.4. Évaluations antérieures et diagnostics posés.....	10
4.3.5. Synthèse des interventions et services reçus.....	10
4.4. Résumé des étapes de l'évaluation	10
4.5. Observations comportementales et contextuelles	10
4.6. Résultats d'évaluations effectuées à l'aide d'instruments de mesures validés ou cliniquement reconnus : outils d'évaluation standardisés, outils d'observation, outils de dépistage	10
4.7. Analyse clinique.....	11
4.8. Jugement clinique.....	11
4.9. Recommandations.....	11
5. RESSOURCES NÉCESSAIRES.....	12
6. CONCLUSION	12
7. ANNEXES	12
8. RÉFÉRENCES.....	13

Liste des abréviations et des acronymes

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Lexique

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation.

À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Sa vision se présente comme suit : des soins de santé et des services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été établies dans le but de partager une compréhension commune de sa mission ainsi que de s'approprier et d'actualiser la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique 2015-2020. Le CISSS de la Montérégie-Ouest réalise donc ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire et ainsi, il se démarque et rayonne par :

- L'excellence de son offre de soins et services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- Son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- La reconnaissance de la contribution de son personnel et de la mise en place de pratiques de gestions humaines;
- La force de ses liens avec ses partenaires.

Il est constitué des directions suivantes :

- Direction des programmes jeunesse et des activités de santé publique (DPJASP);
- Direction des programmes déficiences (incluant DI-TSA et DP) (DPD);
- Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD);
- Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU);
- Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM);
- Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire (DSMEU);
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE);
- Direction des services techniques (DST);
- Direction de la logistique (DL);
- Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ);
- Direction des ressources financières (DRF).

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

De la réorganisation clinique survenue au sein de la Direction des programmes déficiences (DPD) du CISSS de la Montérégie-Ouest en avril 2018 est issu le besoin d'harmoniser certaines pratiques cliniques, dont l'évaluation psychoéducative.

Ce besoin est également soutenu par le **rôle de référent** que sont souvent appelé à jouer les psychoéducateurs au sein de la DPD. En effet, la plupart des programmes de la DPD exigent un rapport d'évaluation psychoéducative (anciennement nommé rapport d'analyse) comme critère d'admission.

Finalement, depuis la modernisation de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi n°21), le Code des Professions du Québec exige que les **activités d'évaluation à risque de préjudice** soient effectuées par des professionnels détenant une formation initiale et continue adéquate. Un professionnel membre d'un ordre est, de plus, responsable de ses actes.

Exemples de situations préjudiciables :

- Peut entraîner la perte d'un droit;
- Risque d'atteinte à l'intégrité physique ou morale (blessure, dépendance, détresse psychologique);
- Comporte un potentiel d'abus;
- Situation complexe nécessitant une expertise et des connaissances approfondies.

Le risque de préjudice est d'autant plus grand lorsque l'évaluation concerne des clientèles vulnérables, comme la personne « atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » (Office des professions du Québec, Guide explicatif 2013). Ce guide inclut la déficience intellectuelle (DI) (citée comme « retard mental ²») et le trouble du spectre de l'autisme (TSA) dans les troubles mentaux³. Il est noté qu'au sens large, le MSSS considère que les personnes ayant des diagnostics provisoires d'hypothèse TSA et de retard significatif du développement ainsi que le diagnostic de trouble de communication sociale puissent avoir accès aux services d'un programme-services équivalent à la DPD sur la base de la reconnaissance de leurs besoins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, p. 5) Comme ces diagnostics peuvent générer une ou des incapacités, cela place la personne en situation de vulnérabilité quant à sa participation sociale.

Ce ne sont pas tous les types d'évaluation qui sont réservés, mais bien lorsque l'évaluation est **additionnelle, différentielle ou multifactorielle à valeur diagnostique**, demandée par un tiers et que le jugement clinique porté sur la situation d'une personne présente un risque élevé de **préjudice** et que la communication de ce jugement peut avoir des **conséquences irrémédiables**.

Exemples d'évaluation réservée multifactorielle, différentielle à valeur diagnostique :

- Utilisation d'outil d'évaluation standardisé et risque que les résultats de cette évaluation influencent la trajectoire développementale de l'usager et/ou la trajectoire de services;
- Interprétation globale des différents facteurs ayant un impact sur la situation de la personne;
- Anticipation des conséquences, à moyen ou long terme, des diverses interventions qui pourraient être ou ne pas être effectuées;
- Recommandations professionnelles quant aux services et ressources nécessaires.

² Le DSM-5 utilise l'appellation « Déficience intellectuelle » ou « Trouble du développement intellectuel ». Inclut également le retard global de développement

³ Le DSM-5 inclut la DI et le TSA dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux.

1. Assises

Tout processus d'intervention nécessite un enchaînement d'étapes, dont l'évaluation qui est une composante essentielle afin de planifier des interventions personnalisées. Bien que des particularités puissent émerger des facteurs personnels et/ou environnementaux de la personne évaluée, les bases d'une évaluation psychoéducative demeurent et elles sont présentées dans ce document.

Même si le rapport d'évaluation psychoéducative n'est pas requis dans l'ensemble des situations, il peut favoriser la rigueur professionnelle par le travail réflexif qu'il demande et favoriser la pérennité des analyses et recommandations émises. Finalement, à la DPD, le rapport d'évaluation psychoéducative constitue fréquemment un critère d'accès des programmes-clientèles.

Ce guide s'utilise en complément avec le **rapport d'évaluation psychoéducative pour des usagers ayant une DI ou un TSA (formulaire clinique n°CLI 60179)**.

2. Objectifs

Le rapport d'évaluation psychoéducative permet au professionnel d'effectuer une évaluation dans son **champ d'exercice** qui consiste à :

« Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives [de la personne], 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.

L'information, la promotion de la santé, la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.» (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2013)

3. Profession(s) ou professionnel(s) visé(s)

Ce document s'adresse aux membres de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

Pour les détenteurs de droits acquis inscrits au registre à l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'activité réservée d'évaluer une personne « atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité (...) et conséquemment la rédaction d'un rapport sont conditionnels à ce que l'intervenant ait suivi au moins six heures de formations admissibles, sur deux ans » (Office des professions du Québec, 2013, p. 71).

Les intervenants n'étant pas membres de l'Ordre, ni inscrit au registre des droits acquis pour l'activité réservée d'évaluer une personne, ne peuvent procéder aux évaluations réservées citées en introduction.

4. Étapes

Voici des indicateurs du type d'informations à retrouver dans chacune des parties du gabarit de rapport.

4.1. Identification supplémentaire

- Date du rapport;
- Prénom et nom de l'utilisateur, date de naissance, sexe, âge au moment de l'évaluation, état civil, occupation;
- S'il s'agit d'un enfant, prénoms et noms des parents ou du représentant, rang dans la fratrie, contexte de garde (partagée, exclusive).

4.2. Motif de la demande de services spécialisés

Motifs de la référence : ils constituent les besoins identifiés lors du traitement de la demande au Guichet d'accès DI-TSA-DP et lors de la validation de la demande auprès de l'utilisateur et ses proches.

Si vous n'êtes pas à l'origine de la demande de service, nommer cette personne (inclure titre, organisme et date de la demande initiale).

- Contexte légal (ex : Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi sur la protection de la jeunesse, Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, mesures volontaires ou mesures ordonnées), régime de protection;
- Identification du projet personnel de la personne;
- Synthèse des comportements ou des situations particulières qui ont suscité la référence, dont les difficultés adaptatives observées au niveau des habitudes de vie de la personne, nommées en terme de situation de handicap (vie communautaire, loisirs, éducation, travail, communication, habitation, relations interpersonnelles, responsabilités, soins personnels, condition corporelle, déplacement, nutrition).

4.3. Anamnèse

4.3.1. Antécédents prénataux, périnataux et postnataux (si pertinents et en lien avec le projet personnel et la/les situations de handicap identifiées)

4.3.2. Synthèse de l'histoire personnelle et familiale (séparation, déménagement, deuil, si pertinent et en lien avec le projet personnel et la ou les situations de handicap identifiées)

4.3.3. Historique du problème

- Origine, moment et contexte d'apparition du problème. Description de la situation problématique en termes mesurables et observables (inclure fréquence, intensité et durée, endroit (où le problème a lieu), avec qui, dans quelle situation);
- Antécédents à l'apparition des comportements;

- Facteurs ayant influencé l'évolution ou la fluctuation de la situation problématique (facteurs qui augmentent, maintiennent ou diminuent les comportements problématiques);
- Réaction de l'entourage de la personne aux difficultés de cette dernière;
- Toute autre information ayant un impact sur la situation problématique.

4.3.4. Évaluations antérieures et diagnostics posés

- Indiquer le titre du rapport ou document consulté, la date de l'évaluation, le nom du professionnel ayant fait l'évaluation et les grandes lignes des conclusions diagnostiques, qui sont pertinentes à la présente évaluation.

4.3.5. Synthèse des interventions et services reçus

- Interventions mises en place (adaptation-réadaptation-soutien, médication) et résultats;
- Application de mesures de contrôle (identifier le type de mesure et les résultats obtenus).

4.4. Résumé des étapes de l'évaluation

- Lecture des rapports antérieurs (nommer le nom et la date du ou des rapports consultés);
- Dates des entrevues ou des observations, noms des personnes rencontrées, objectifs de ces évaluations;
- Méthodes d'entrevue ou d'observation (observations directes dans les milieux de vie, observations participatives dans les milieux de vie), instruments de mesure utilisés, le cas échéant.

4.5. Observations comportementales et contextuelles

- Synthèse des observations faites au cours des rencontres ou des moments de vécu partagé avec la personne dans différents contextes;
- Synthèse des renseignements contributifs à l'analyse clinique recueillis dans les notes évolutives et renseignements complémentaires résultant de la consultation des partenaires ou des dossiers antérieurs;
- Perception et interprétation de la problématique provenant de la personne et des autres acteurs concernés dont, les impacts sur la personne, sa qualité de vie et sur autrui.

4.6. Résultats d'évaluations effectuées à l'aide d'instruments de mesures validés ou cliniquement reconnus : outils d'évaluation standardisés, outils d'observation, outils de dépistage

- Brève présentation de l'outil (si pertinent) : nom de l'outil, ce qu'il mesure, nombre d'items, etc.;
- Synthèse des résultats du ou des instruments de mesure (émettre une mise en garde pour l'interprétation des résultats si l'outil n'est pas utilisé pour la clientèle pour laquelle il a été créé).

4.7. Analyse clinique

- Bilan des habitudes de vie (en terme de situation de handicap, lorsque nécessaire), facteurs personnels et facteurs environnementaux, forces et ressources, incapacités et vulnérabilité en lien avec le projet personnel de la personne. Considération des facteurs de risque et des facteurs de protection sur le plan individuel et environnemental (selon les modèles conceptuels du MDH-PPH et écosystémique). Il peuvent être présentés sous forme de tableaux (si pertinent);
- Identification des stressseurs;
- Analyse fonctionnelle des comportements observés dans les interactions personne-environnement :
 - Manifestations observables de la situation de handicap;
 - Identification des facteurs engendrant la situation de handicap;
 - Mise en valeur des forces et aptitudes de la personne;
 - Identification des ressources disponibles dans l'environnement.
- Détermination des besoins en lien avec la participation sociale et le projet personnel de la personne.

4.8. Jugement clinique

- Jugement posé sur l'état de la situation en lien avec le degré de sévérité de la situation de handicap de la personne et, s'il y a lieu, le danger de compromission sur son développement;
- Incidence de la situation de handicap dans la vie actuelle de la personne et de l'entourage en lien avec le projet personnel de la personne;
- Incidence de la situation sur la trajectoire développementale future de la personne (pronostic de participation sociale dans une perspective probabiliste);
- Hypothèses cliniques et interprétations appuyées sur l'analyse clinique du psychoéducateur, éventuellement soutenues par des fondements théoriques (selon un point de vue comportemental, développemental, cognitivo-comportemental, écosystémique, etc.).

4.9. Recommandations

- Objectifs généraux ciblés;
- Justification quant à la priorisation des objectifs;
- Pertinence de la tenue d'un PSI;
- Stratégies d'intervention à privilégier ou à éviter;
- Incidence prévue des interventions;
- Évaluations complémentaires suggérées ou nécessaires (s'il y a lieu);
- Recommandation de référence à un programme DPD, une autre direction du CISSSMO ou à un autre organisme (si pertinent).

Le consentement de l'utilisateur quant aux recommandations doit transparaître clairement, c'est-à-dire qu'il est nommé que l'utilisateur, et/ou son représentant, s'il y a lieu, a été informé des résultats de la démarche et accepte les recommandations.

5. Ressources nécessaires

L'appropriation d'un nouveau gabarit ou la maîtrise d'une compétence professionnelle peut requérir la mise à l'essai et la consultation auprès des pairs, notamment dans le cadre de rencontres de codéveloppement.

6. Conclusion

C'est dans un effort d'harmoniser les pratiques évaluatives en psychoéducation et de mettre de l'avant les compétences en analyse des psychoéducateurs qu'ont été conçu le gabarit et les balises de rédaction. Il est souhaité que ces documents puissent concrètement soutenir la pratique professionnelle des psychoéducateurs.

7. Annexes

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2018-XX*XX).
Rapport d'évaluation psychoéducative pour des usagers ayant une DI ou un TSA (Formulaire clinique n° CLI 60179). Châteauguay : CISSS Montérégie-Ouest.

8. Références

- CRDITED Montérégie-Est (2015). Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire (DSMEU) *Guide explicatif – rapport d'analyse clinique*.
- CRDITED SRSOR (2015). *Rapport d'évaluation spécialisée – PRO-128 (2015v2). Document de travail*.
- Fédération des Cegeps (2014), *Les techniciennes et les techniciens en éducation spécialisée : toujours indispensables*, Document consulté le 13 juin 2018 à l'adresse : http://www.fedeccegeps.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/TESVF_depliant_web.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. Québec.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2013). Informations sur le projet de loi 21. Retrieved March 23, 2018, from <http://www.ordrepsed.qc.ca/fr/grand-public/pl21/>
- Office des professions du Québec (Décembre 2013) *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines; Guide explicatif*.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2013). *Informations sur le projet de loi 21*. Document consulté le 13 juin 2018 à l'adresse : <http://www.ordrepsed.qc.ca/fr/grand-public/pl21/>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Montréal.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

