

# OUTIL DE COLLECTE D'INFORMATIONS RELATIVES À LA FAMILLE

Référence : Lu, Sophy, Jacques, Nathalie, Richer, Marie-Claude, Bourassa, Jacinthe et Ouellette, Roxanne (2018). CIUSSS MCQ. *Outil de collecte d'informations relatives à la famille*. Trois-Rivières (Canada), Collections de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, 20 pages.

Cet outil a été développé avec la contribution des membres d'une communauté de pratique pour les intervenants œuvrant auprès de la clientèle ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), âgée entre 6 et 12 ans, mise en place par le Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme (RNETSA) et l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. Nous tenons donc à remercier l'ensemble des membres de cette communauté, provenant des établissements suivants :

- CISSS du Bas-Saint-Laurent
- CISSS de la Gaspésie
- CISSS des Laurentides
- CISSS de Laval
- CISSS de la Montérégie-Est
- CISSS de l'Outaouais
- CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean
- CIUSSS de Chaudière-Appalaches
- CIUSSS de la Capitale-Nationale – Charlevoix
- Cree Board of Health and Social Services of James Bay
- CRSSS de la Baie-James – Chibougamau
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

# OUTIL DE COLLECTE D'INFORMATIONS RELATIVES À LA FAMILLE

## SECTION 1 : COLLECTE D'INFORMATIONS

### DONNÉES NOMINATIVES

<b>Nom de l'enfant</b>		<b>No de dossier</b>		<b>Date de naissance</b>	
------------------------	--	----------------------	--	--------------------------	--

<b>Profil clinique de l'enfant (dx)</b>	
---	--

<b>Milieus fréquents</b>	<input type="checkbox"/> Milieu de garde Précisez :	<b>Personnes interagissant avec l'enfant</b>																																																						
	<input type="checkbox"/> Milieu scolaire Précisez :																																																							
<b>Contexte familial</b>	<input type="checkbox"/> Autre Précisez :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Au quotidien</th> <th>À l'occasion</th> <th>Précision</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Mère</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Père</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Conjoint du parent</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Conjointe du parent</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Frère et demi-frère</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Sœur et demie-sœur</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Grand-père</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Grand-mère</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Oncle</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Tante</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Intervenant de la ressource</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Autres (gardien, amis, etc.)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Au quotidien	À l'occasion	Précision	Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Conjoint du parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Conjointe du parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Frère et demi-frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sœur et demie-sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Intervenant de la ressource	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (gardien, amis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Au quotidien	À l'occasion	Précision																																																	
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Conjoint du parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Conjointe du parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Frère et demi-frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Sœur et demie-sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Intervenant de la ressource	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Autres (gardien, amis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
<input type="checkbox"/> Famille nucléaire <input type="checkbox"/> Monoparentale sans garde partagée <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Séparée avec garde partagée Précisez : <input type="checkbox"/> Recomposée <input type="checkbox"/> du côté du père <input type="checkbox"/> du côté de la mère Précisez : <input type="checkbox"/> Vit dans une ressource Précisez : <input type="checkbox"/> Autre particularité familiale Précisez : Nbre de frères et sœurs : Rang dans la fratrie : Besoins spéciaux fratrie ou personnes à charge :																																																								

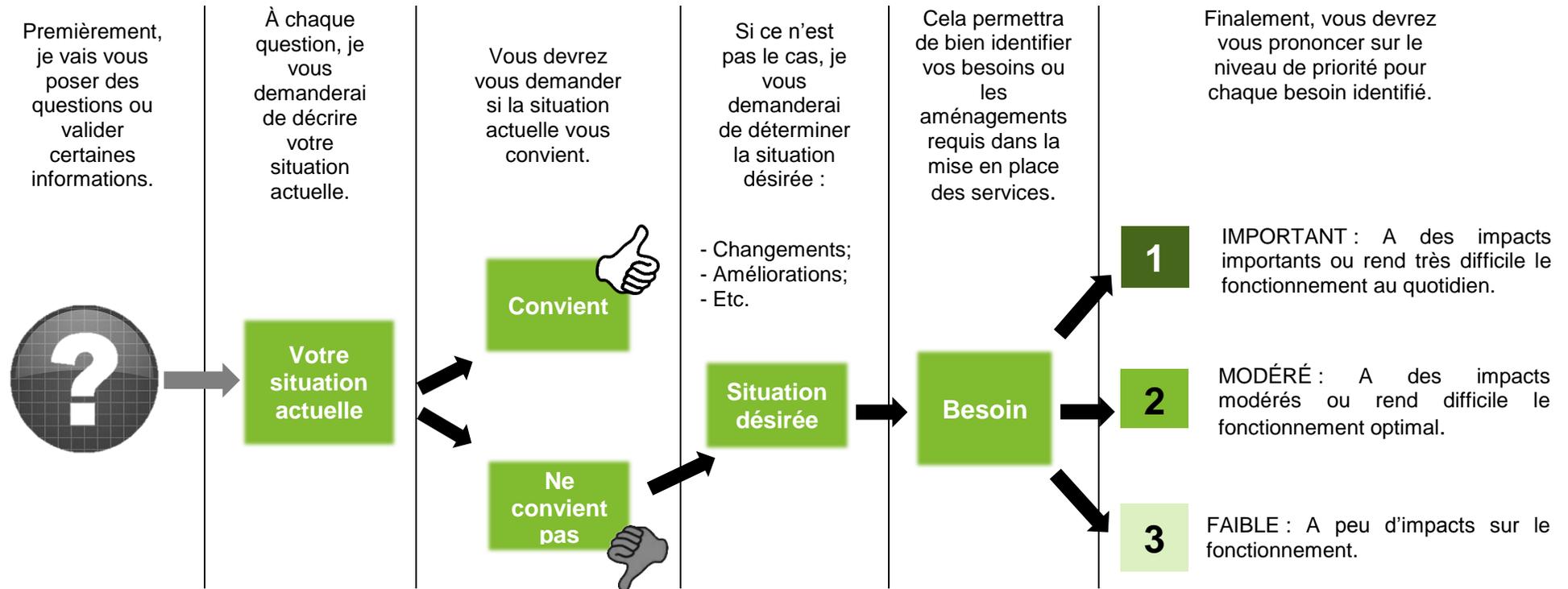
<b>Nom du répondant 1</b>		<b>Lien avec l'enfant</b>		<b>Date de l'entrevue</b>	
---------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--

<b>Nom du répondant 2</b>		<b>Lien avec l'enfant</b>		<b>Date de l'entrevue</b>	
---------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--

<b>Motif de l'évaluation</b>	
------------------------------	--

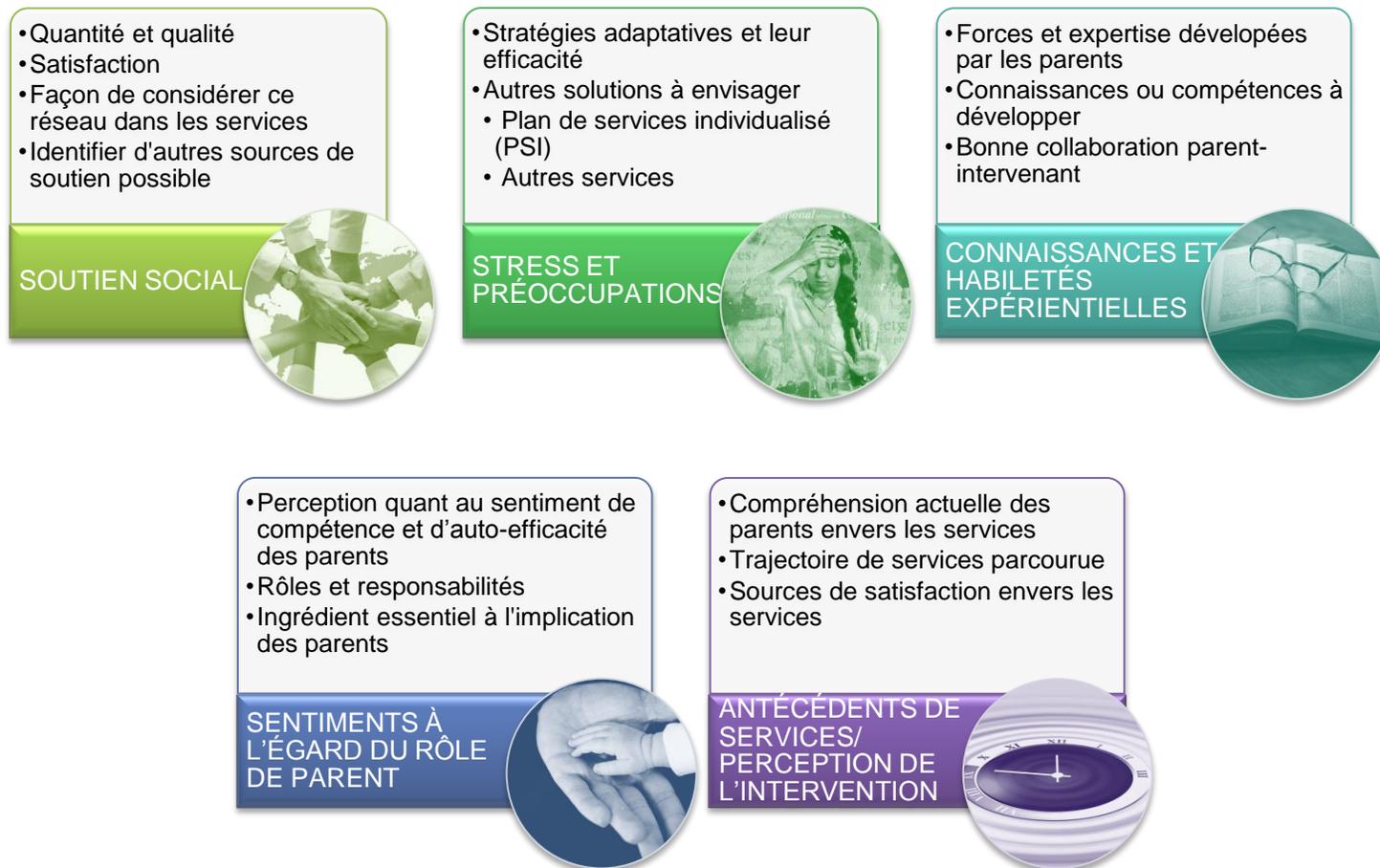
## EXPLICATIONS DE LA DÉMARCHE

L'entrevue qui suit consiste à recueillir des informations quant à votre famille afin de mieux comprendre votre situation familiale. Nous pourrons ainsi ajuster l'ensemble des interventions qui seront mises en place auprès de votre enfant afin de vous proposer des stratégies et moyens qui correspondent davantage à votre réalité familiale.



## PRÉSENTATION DES DOMAINES

Il est important de considérer et d'impliquer la famille au processus clinique. Il s'agit alors de s'attarder non seulement sur la nature des comportements de l'enfant, mais également à l'ensemble du système familial et aux interactions réciproques. C'est dans cette optique que l'outil de collecte d'informations relatives à la famille (OCIRF) a été développé afin de documenter le système familial en abordant les 5 domaines suivants :



## A) RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL DE LA FAMILLE (QUANTITÉ ET QUALITÉ)

Idée de phrase type pour introduire la section :

« Parlez-moi du soutien que vous avez au quotidien pour vous aider à réaliser vos tâches, pour vous donner un peu de répit, pour vous permettre de discuter. »

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
						Parent	Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
						Parent	Interv.

## B) NIVEAU DE STRESS PERÇU ET PRÉOCCUPATIONS

Idée de phrase type pour introduire la section :

« Parlez-moi des éléments de votre quotidien qui engendrent soit un stress, de la fatigue ou un épuisement ainsi que des stratégies que vous utilisez pour les gérer. »

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.

## C) CONNAISSANCES ET HABILITÉS EXPÉRIENTIELLES DE LA FAMILLE

Idée de phrase type pour introduire la section :

« Parlez-moi de votre enfant, de son diagnostic de TSA, des « façons de faire » spécifiques que vous avez développées pour faciliter son fonctionnement au quotidien. »

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
							
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
						Parent	Interv.

## D) SENTIMENTS À L'ÉGARD DU RÔLE DE PARENT

Idée de phrase type pour introduire la section :

« Parlez-moi de votre satisfaction quant à votre rôle de parent et la façon dont vous vivez ce rôle auprès de votre enfant. »

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
							
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.

Informations connues ou suggestions de questions	Situation actuelle			Situation désirée	Besoins	Niveau de priorité	
						Parent	Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.
							Parent
							Interv.

## E) ANTÉCÉDENTS DE SERVICES ET PERCEPTION DE L'INTERVENTION

Idée de phrase type pour introduire la section :

« Parlez-moi de vos expériences en lien avec les services  
que vous avez reçus précédemment. »

ANTÉCÉDENTS DE SERVICES		PERCEPTION DE L'INTERVENANT	
Informations connues ou suggestions de questions	Réponses ou commentaires du parent	Informations connues ou suggestions de questions	Réponses ou commentaires du parent

## BESOINS PRIORITAIRES SELON LE RÉPONDANT

Vous pouvez utiliser l'annexe 3 du guide pour soutenir l'analyse, soit la « Méthode d'analyse des 5 pourquoi ».

1.

2.

3.

### QUESTIONS POUR L'INTERVENANT À LA SUITE DE L'ENTREVUE

Veuillez indiquer votre niveau d'accord avec l'énoncé :	Fortement d'accord	En accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
Le répondant a démontré un niveau de participation/collaboration adéquat lors de l'entrevue.	<input type="checkbox"/>				
Le répondant a semblé avoir compris l'ensemble des questions.	<input type="checkbox"/>				
Le répondant a semblé satisfait à la fin de l'entrevue.	<input type="checkbox"/>				
En tant qu'administrateur, j'ai su m'ajuster au répondant pendant l'entrevue.	<input type="checkbox"/>				

### BESOINS PRIORITAIRES SELON L'INTERVENANT ET PROFESSIONNEL

Après avoir identifié un niveau de priorité pour chaque besoin identifié par le répondant, selon votre perception d'intervenant et de professionnel, veuillez indiquer celles prioritaires (max. 3).

1.

2.

3.

Commentaires de l'intervenant

**FIN DE LA PASSATION. VEUILLEZ FAIRE L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES EN COMPLÉTANT L'ANALYSE DES BESOINS.**  
(fiche synthèse)

Les informations recueillies à l'intérieur de cet outil de collecte devraient faire l'objet d'une discussion en rencontre d'équipe clinique ou en supervision clinique.

# FICHE SYNTHÈSE DE L'OUTIL DE COLLECTE D'INFORMATIONS RELATIVES À LA FAMILLE

## ANALYSE DES BESOIN

<b>Nom de l'enfant</b>		<b>No de dossier</b>		<b>Date de naissance</b>	
<b>Profil clinique de l'enfant (dx)</b>					
<b>Milieus fréquentés</b>					
<b>Contexte familial</b>					
<b>Personnes interagissant avec l'enfant</b>	<b>Au quotidien</b>				
	<b>À l'occasion</b>				
<b>Motif de l'évaluation</b>					
	<b>Répondant 1</b>	<b>Répondant 2</b>			
<b>Nom du répondant</b>					
<b>Lien avec l'enfant</b>					
<b>Date de l'entrevue</b>					<input type="checkbox"/> Simultanément
<b>Antécédents de services</b>					
<b>Perception de l'intervention</b>					
<b>Besoins prioritaires</b>	1. 2. 3.			1. 2. 3.	

## ANALYSE DE LA SITUATION

	Obstacles	Facilitateurs
En lien avec les besoins prioritaires ciblés, quels éléments ont/pourraient avoir de l'impact sur la situation?		
Quels sont les impacts possibles sur les habitudes de vie de l'enfant, des parents, de la famille, du couple, etc.?		
Sur la situation de handicap?		
Jugement ou hypothèse clinique		
Moyens envisagés pour la situation familiale et recommandations		
Quels sont les intervenants et les partenaires concernés?		
Quelles sont les actions à réaliser?		
Quel est le mode de suivi convenu auprès de la famille?		
Quelle est la fréquence du suivi avec la famille en lien à ces priorités?		

Transmission des résultats		Identification des membres de l'équipe ayant contribué à la complétion de la fiche synthèse		
Date	Par	Noms	Signatures	Dates
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			

## SUGGESTION DE QUESTIONS

### A) RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL DE LA FAMILLE (QUANTITÉ ET QUALITÉ)

#### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – SOUTIEN ÉNÉRAL

Au quotidien, comment percevez-vous le soutien reçu? L'aide reçu?

Au quotidien, pouvez-vous compter sur des gens pour vous soutenir, vous aider? Si oui, de quelle façon?

Est-ce possible pour vous de demander de l'aide? Si oui, à qui? (homme, femme, professionnel, etc.)

Aimeriez-vous discuter de votre enfant avec votre entourage? Avec d'autres personnes?

Votre réseau social vous semble-t-il suffisant? Et pourquoi?

Quels types de soutien vous sont apportés et à quelle fréquence?

Quels sont les éléments qui pourraient améliorer votre situation actuelle?

#### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – SOUTIEN PROFESSIONNEL

Avez-vous l'impression de recevoir du soutien de la part des différents intervenants? Si oui, de quelle façon et par qui?

Connaissez-vous les différentes ressources disponibles dans la communauté?

Utilisez-vous des ressources dans la communauté? Si oui, lesquelles?

#### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – SOUTIEN DE L'ENTOURAGE

Avez-vous du soutien et de l'aide de la part de votre famille immédiate et élargie? Vos amis, vos collègues, ou autres?

Quelle est la perception de votre entourage en rapport au diagnostic de votre enfant?

Selon vous, votre entourage comprend-il suffisamment l'impact du diagnostic de votre enfant au quotidien? Et pourquoi?

## B) NIVEAU DE STRESS PERÇU ET PRÉOCCUPATIONS

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – STRESS

Comment qualifieriez-vous votre stress par rapport à votre situation de vie en général?

Comment qualifieriez-vous votre stress par rapport au fait d'avoir un enfant ayant un TSA?

Quels sont les éléments spécifiques causant ce stress?

Est-ce que des événements significatifs récents ou ayant eu lieu au cours des dernières années ont un impact sur votre stress au quotidien?

Quelles sont vos préoccupations par rapport à votre enfant? Aux membres de votre famille?

Sur une échelle de 0 (aucun stress) à 10 (stress maximal), comment quantifiez-vous votre stress? Pour quelles raisons?

Sur une échelle de 0 (aucun stress) à 10 (stress maximal), comment quantifiez-vous le stress de votre famille? Pour quelles raisons?

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – STRESS LIÉ AUX SERVICES

Est-ce que faire appel à nos services génère des préoccupations ou des émotions particulières? Si oui, lesquelles?

Sur une échelle de 0 (aucun stress) à 10 (stress maximal), comment quantifiez-vous le stress occasionné par les demandes des intervenants? Ou votre implication dans les services?

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – FATIGUE ET ÉPUISEMENT

Ressentez-vous un état de fatigue ou d'épuisement par rapport à votre situation en général? Ou le fait d'avoir un enfant ayant un TSA? Quels sont les éléments spécifiques causant cette fatigue ou cet épuisement?

Sur une échelle de 0 (aucun) à 10 (maximal), comment quantifiez-vous votre fatigue? Pour quelles raisons?

Sur une échelle de 0 (aucun) à 10 (maximal), comment quantifiez-vous la fatigue de votre famille? Pour quelles raisons?

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – GESTION DE LA SITUATION

Actuellement, quels moyens ou stratégies utilisez-vous pour gérer votre état de stress? Ou votre fatigue?

Actuellement, quels sont vos moyens pour changer votre situation? Pour vous aider dans la situation?

Quels sont les éléments qui améliorent (ou amélioreraient) votre qualité de vie? Ou la qualité de vie de votre famille?

## C) CONNAISSANCES ET HABILITÉS EXPÉRIENTIELLES DE LA FAMILLE

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS - CONNAISSANCES

Avez-vous eu accès à de l'information concernant le diagnostic de TSA de votre enfant? Si oui, sous quelles formes? Avec quels moyens?

Quelles connaissances avez-vous par rapport au TSA? Quels thèmes ou sujets auriez-vous besoin de développer?

Comment percevez-vous les connaissances des membres de votre famille par rapport au TSA?

Connaissez-vous des techniques ou des stratégies d'intervention pour aider votre enfant? Utilisez-vous une approche ou une méthode spécifique? Pouvez-vous la décrire?

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – EXPÉRIENCE FAMILIALE

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à vos compétences ou vos habiletés parentales?

Comment organisez-vous votre vie familiale pour faciliter l'interaction de votre enfant avec les autres membres de la famille?

Selon vous, quel est le niveau d'acceptation des autres membres de la famille par rapport au TSA? Et pourquoi?

Quelles sont les contributions positives perçues de la présence de l'enfant à la situation parentale et familiale?

## D) SENTIMENTS À L'ÉGARD DU RÔLE DE PARENT

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – RÔLE PERSONNEL

Vous sentez-vous efficace dans votre rôle de parent auprès de votre enfant ayant un TSA? Pourquoi?

Sur une échelle de 0 (aucun, pas du tout satisfait) à 10 (maximal, entièrement satisfait), comment quantifiez-vous votre niveau de satisfaction par rapport à vos compétences et habiletés parentales? Pourquoi?

Dans votre rôle de parent, quelles sont vos forces? Vos limites?

Concernant l'éducation de votre enfant, dans quels types d'interventions ou d'activités êtes-vous le plus à l'aise?

Sur une échelle de 0 (aucun, pas du tout motivé) à 10 (maximal, très motivé), comment quantifiez-vous votre niveau de motivation par rapport à votre implication? Ou pour l'implantation d'interventions? Et pourquoi?

Pouvez-vous identifier la phrase qui correspond le mieux à vos pensées et émotions en ce moment, en lien avec le diagnostic de votre enfant : Je souffre; Je refuse d'y croire; Je suis découragé; Le pire est derrière moi; Je me sens bien dans mon rôle de parent auprès de mon enfant ayant un TSA.

Avec votre conjoint/e, comment arrivez-vous à faire équipe comme parents, comment les responsabilités sont partagées?

Quels sont les éléments qui vous permettraient de vous sentir mieux dans votre rôle de parent?

Comment qualifieriez-vous vos habiletés à intervenir lors des situations de crise? Ou lors des routines quotidiennes? Ou lors des imprévus? Ou lors des fêtes ou évènements?

Comment qualifieriez-vous les habiletés à intervenir des autres membres de la famille) lors des situations de crise? Ou lors des routines quotidiennes? Ou lors des imprévus? Ou lors des fêtes ou évènements?

## E) ANTÉCÉDENTS DE SERVICES ET PERCEPTION DE L'INTERVENTION

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – ANTÉCÉDENTS DE SERVICES

Avez-vous déjà reçu des services pour votre enfant ou pour vous-même concernant le diagnostic de TSA? Si oui, lesquels?

Avez-vous déjà reçu des services pour d'autres motifs pour votre enfant ou pour vous-même? Si oui, lesquels?

### SUGGESTIONS DE QUESTIONS – PERCEPTION DE L'INTERVENTION

Quelle compréhension aviez-vous des services concernant l'accès et le fonctionnement? Concernant les professionnels impliqués? Concernant le niveau d'implication exigé?

Dans les services précédents, pouvez-vous identifier les moyens utilisés auprès de votre enfant qui ont été efficaces ou inefficaces?

Qu'avez-vous aimé et moins aimé quant à vos expériences en lien avec les services reçus jusqu'ici?

Avez-vous des questionnements ou des préoccupations quant aux services qui peuvent vous être offerts à l'intérieur de notre établissement?

Avez-vous des attentes quant aux services que vous recevez ou que vous pourriez recevoir de manière simultanée?

En vous référant à vos expériences passées, comment entrevoyez-vous la collaboration avec les intervenants?

Comment percevez-vous votre rôle et celui des intervenants et professionnels dans les services pour votre enfant?