

Guide

Processus clinique de services spécialisés de la
Direction des programmes Déficiences

Janvier 2021

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.

Comité consultatif

Anika Pratte, psychologue, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et +
Anne-Marie Delmas, orthophoniste, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans
Annie Richard, chef, Programmes régionaux
Caroline Blais, chef, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et +
Catherine LeGentil, orthophoniste, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans
Catherine St-Jean, psychoéducatrice, Programme spécialisé TC-TGC
Dominique Moquin, chef, Programme spécialisé DI-TSA DM-DL 0-6 ans
Édith Tremblay, agente de formation, DSMREU
Émilie Turcotte, orthophoniste, Programmes spécialisées DM-DL 7 ans et +
Isabelle Faucher, APPR, équipe Développement et évolution des pratiques, DSMREU
Isabelle Rioux, psychoéducatrice, Programme spécialisé DI-TSA DM-DL 0-6 ans
Jacynthe Ste-Marie, agente de formation, DSMREU
Jean-François Bouffard, spécialiste en activités cliniques, Programme spécialisé TSA 7 ans et +
Jennifer Wenning, physiothérapeute, Programme spécialisé DI-TSA DM-DL 0-6 ans
Joannie Anabel Sirois, psychoéducatrice, Programme spécialisé intégration communautaire / DIS-DIP
Déficiences multiples
Joannie Angers-Ste-Marie, éducatrice, Programme spécialisé TC-TGC
Julie Lanno, orthophoniste, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans
Karine Marion, éducatrice, Programme spécialisé Intégration au travail et Logement à soutien gradué
Laura-Hélène Roy, chef, Programme spécialisé TSA 7 ans et +
Louise Harvey, conseillère à la qualité de la pratique clinique, DSMREU
Lyne Archambault, chef, Programmes régionaux
Marie-Soleil Petit, éducatrice, Programme spécialisé TC-TGC
Mélanie Sirois, neuropsychologue, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans
Mélissa Robitaille, chef, Programme spécialisé intégration communautaire / DIS-DIP Déficiences multiples
Michelle Crispo, chef, Programme spécialisé Intégration au travail et Logement à soutien gradué
Nancy Leblanc, éducatrice, Programme spécialisé Intégration au travail et Logement à soutien gradué
Nathalie Falardeau, coordonnatrice clinique, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et +
Pascale Choquette, APPR, équipe Développement et évolution des pratiques, DSMREU
Patricia Pepper, chef, Programme spécialisé TC-TGC
Renée Landry, spécialiste en activités cliniques, Programme spécialisé TSA 7 ans et +
Sophie Chalifoux, chef, Programme spécialisé TC-TGC
Stéphanie Blouin, coordonnatrice clinique, Programme spécialisé intégration communautaire / DIS-DIP
Déficiences multiples
Sylvain Larouche, infirmier, Programme spécialisé TC-TGC
Sylvain Tétreault, psychologue, Programme régional des maladies dégénératives
Véronique Charron, ergothérapeute, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et +
Véronique Gingras, éducatrice, Programme spécialisé DI-TSA DM-DL 0-6 ans
Vickie Delisle, ergothérapeute, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans
Virginie Gagnon, coordonnatrice clinique, Programme spécialisé DI-TSA DM-DL 0-6 ans

Comité stratégique

Annie Couture, directrice adjointe Programmes DI-TSA et Hébergement, DPD
Jean-Marc Ricard, directeur des Programmes DI-TSA et DP, DPD
Jennifer Mascitto, chef de service, Développement et évolution des pratiques, DSMREU
Marie-Josée Roy, directrice adjointe, Programmes DI-TSA et DP, DPD
Ysabelle Marleau, directrice adjointe des programmes DI-TSA et DP, DPD

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, janvier 2021.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Document adopté à la rencontre exécutive de la DPD le 7 janvier 2021.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	5
LEXIQUE.....	6
AVANT-PROPOS.....	8
INTRODUCTION	9
1. BUTS DU PROCESSUS CLINIQUE.....	11
2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DES PROGRAMMES SPÉCIALISÉS À LA DPD	11
3. ASSISES.....	11
3.1. Principes directeurs	12
3.1.1. Participation active de l'utilisateur et de ses proches	12
3.1.2. Consentement	12
3.1.3. Coordination des services par un intervenant pivot	13
3.1.4. Code des professions et activités réservées	13
3.1.5. Partage des responsabilités	14
3.1.6. Collaboration avec les partenaires	14
3.2. Cadre conceptuel.....	16
3.2.1. Concepts théoriques.....	16
3.2.2. Modèles conceptuels	17
3.2.3. Approches.....	20
4. ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE	22
5. ACCUEIL AU PROGRAMME.....	23
5.1. Analyser la demande	23
5.2. Contacter l'utilisateur et ses proches	23
5.3. Contacter le référent et les partenaires pertinents.....	23
5.4. Effectuer la ou les premières rencontres (1 à 3).....	23
5.5. Évaluation et analyse	24
5.5.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents	24
5.5.2. Faire une analyse multidimensionnelle des besoins pour expliquer la situation de handicap	25
5.5.3. Élaborer un pronostic de participation sociale.....	25
5.5.4. Partager les résultats de l'analyse et le pronostic à l'utilisateur et ses proches.....	25
5.6. Élaboration du plan d'intervention (PI) et mise en œuvre des interventions	26
5.6.1. Préparer l'utilisateur et ses proches à la rencontre de PI	26
5.6.2. Préparer la rencontre de PI	27
5.6.3. Élaborer le PI avec l'utilisateur/son représentant et ses proches	27
5.6.4. Rédiger le PI	28
5.6.5. Effectuer les interventions, au plus tard 90 jours après la rencontre d'élaboration du PI	28
5.7. Mesure des résultats.....	30
5.7.1. Compiler les données cliniques.....	30
5.7.2. Discuter avec l'utilisateur et ses proches des interventions effectuées et de leurs résultats ...	31
5.7.3. Réviser le PI	31
5.7.4. Prendre une décision sur la poursuite des interventions, avec l'utilisateur et ses proches.....	31
5.8. Fermeture de l'épisode, recommandations et orientation.....	32
5.8.1. Préparer l'utilisateur et ses proches à la rencontre du PI de fermeture	32

5.8.2. Élaborer le PI de fermeture avec l'utilisateur, ses proches.....	33
5.8.3. Rédiger le PI de fermeture	33
6. RESSOURCES NÉCESSAIRES	34
7. CONCLUSION	35
8. LISTE DES ANNEXES	36
9. RÉFÉRENCES	37
ANNEXE A INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE CONSENTEMENT.....	41
ANNEXE B INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE PRONOSTIC DE PARTICIPATION SOCIALE (PPS)	42
ANNEXE C CRITÈRES D'ÉLABORATION D'OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	43
ANNEXE D RÉSUMÉ DES 5 ÉTAPES D'UN PROCESSUS D'ADAPTATION	44

Liste des abréviations et des acronymes

CA	Conduite automobile
CASA	Comptoir des aides de suppléance à l'audition
CÉ TSA	Clinique d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITEDME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement de la Montérégie-Est
CRETCD	Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement
DI	Déficience intellectuelle
DIS-DIP	Déficience intellectuelle sévère et profonde
DL	Déficience du langage
DM	Déficience motrice
DP	Déficience physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
LSG	Logement à soutien gradué
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDH-PPH	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PATCOM	Programme d'accès aux technologies et à la communication
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PIT	Programme d'intégration au travail
PPS	Pronostic de participation sociale
PSI	Plan de services individualisé
PT	Plan de traitement
PTI	Plan de traitement infirmier
RIPPH	Réseau international sur le processus de production du handicap
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources de type familial
SAT	Services d'aides techniques à la posture et à la mobilité
SRSOR	Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TC	Trouble du comportement
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Lexique

Facteurs environnementaux	« Dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société » (RIPPH, 2020).
Facteurs personnels	« Caractéristiques appartenant à la personne, telles que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes » (RIPPH, 2020).
Habitudes de vie	« Activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. Les habitudes de vie s'apprécient sur une échelle allant de la « situation de participation sociale optimale » à la « situation de handicap complète. » (RIPPH, 2020).
Intervenants	Ensemble des salariés incluant professionnels et techniciens, préposés, assistants et gestionnaires.
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur l'utilisateur, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de l'utilisateur et du contexte. Il est nécessaire tout au long du processus clinique et est posé par l'ensemble des intervenants à la DPD.
Participation sociale	« Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). » (RIPPH, 2020)
Plan d'intervention	Englobe les termes plan de services individualisés, plan d'intervention interdisciplinaire, plan d'intervention disciplinaire, plan de traitement infirmier et note médicale.
Proches	Personnes significatives pour l'utilisateur et qu'il souhaite voir participer au processus d'intervention. Il peut s'agir de membres de sa famille ou d'amis.
Professionnel	Membre d'un ordre professionnel.
Progrès significatif	« Un progrès est dit significatif lorsqu'il apporte un changement mesurable du fonctionnement de la personne ou de son environnement, et que les résultats obtenus se font dans un laps de temps relativement court. » (MSSS, 2017)
Projet personnel de réadaptation	Réfère à ce que souhaite l'utilisateur, aux changements qu'il espère réaliser dans son fonctionnement quotidien (occuper un emploi, élargir son réseau social, participer à des activités dans la communauté, cuisiner un repas, etc.) (SRSOR, 2015 ; CMR, 2015). Il détermine les cibles que l'utilisateur souhaite atteindre à la fin du processus de réadaptation (CMR, 2015).

Pronostic de participation sociale	Prévision du niveau probable de réalisation des habitudes de vie, en fonction des facteurs personnels et environnementaux de l'usager, dans le présent épisode de service.
Représentant de l'usager	Personne ayant le droit de représenter l'usager: curateur, tuteur, mandataire, conseiller au majeur, titulaire de l'autorité parentale, ou représentant de l'usager déterminé en application de l'article 15 du Code civil du Québec, soit le « conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier » (RLRQL, 1991, c. 64).
Situation de handicap	« Réduction de la réalisation ou incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (RIPPH, 2020).
Usager	Désigne la personne recevant des services offerts par la DPD.

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), consiste à 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.

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

Introduction

La **Direction des programmes Déficiences (DPD)** est la direction qui regroupe le plus grand nombre d'employés du CISSS de la Montérégie-Ouest avec ses 1 700 employés. Elle offre des services d'adaptation et de réadaptation aux personnes de tous âges qui présentent une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP), motrice, auditive ou langagière.

Cette direction regroupe les intervenants et gestionnaires provenant des anciens établissements en réadaptation, soit le Centre montréalais de réadaptation (CMR), le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement de la Montérégie-Est (CRDITEDME) et les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR).

Organisation des services

Outre la présence d'un **diagnostic** lié à une DI, un TSA ou une DP, les services spécialisés sont offerts relativement à la présence de **situation(s) de handicap qui entrave(nt) la participation sociale ou l'autonomie**.

L'offre de service pour les personnes présentant une déficience est composée de deux types de services, tels que définis par le MSSS :

1. Les services spécifiques : visent à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté qui, pour la plupart, doivent recevoir à moyen ou long terme, de façon continue, des services qui leur sont propres. Ils nécessitent, de la part des intervenants qui les offrent, des connaissances cliniques générales de la déficience, des besoins de la personne et de ses proches ainsi que des ressources disponibles pour y répondre.

Ils se retrouvent ici :

- La Clinique d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (CÉ TSA);
- Les services spécifiques en DI, TSA et DP des CISSS de la Montérégie-Est, Montérégie-Centre, Montérégie-Ouest et du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Ces services se déploient sous forme de soutien aux familles, aide à domicile, activités de stimulation, services de nutrition, maintien des capacités et soutien à la participation sociale.

2. Les services spécialisés : visent à répondre à des besoins résultant de problématiques complexes, mais répandues, exigeant une expertise spécialisée. Ils s'inscrivent en réponse à un besoin d'adaptation ou de réadaptation pour lequel des progrès significatifs sont attendus. Ces services sont circonscrits dans le temps et prennent fin à la reprise des habitudes de vie ou dès l'atteinte des objectifs de participation sociale.

Au CISSS de la Montérégie-Ouest, la DPD offre les programmes spécialisés suivants :

- Déficience intellectuelle (DI) – trouble du spectre de l'autisme (TSA) – déficience motrice (DM) – déficience du langage (DL) pour la clientèle 0 à 6 ans;
- Déficience intellectuelle (DI) 7 ans et plus;
- Déficience motrice (DM) et déficience du langage (DL) 7 ans et plus;
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) 7 ans et plus;
- Déficience auditive (DA) 0-100 ans;
- Intégration au travail (PIT) et logement à soutien gradué (LSG);
- Trouble du comportement (TC) et du trouble grave du comportement (TGC);
- Nexus (comportements antisociaux);
- Intégration scolaire et communautaire – déficience intellectuelle sévère et profonde (DIS-DIP) et déficiences multiples;
- Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (déficience motrice) (URFI);
- Accès aux technologies et aux communications (déficience physique) (PATCOM);
- Conduite automobile et adaptation des véhicules (déficience physique);
- Maladies dégénératives;
- Douleurs chroniques.

D'autres services spécialisés sont aussi offerts :

- Service d'aides techniques à la posture et à la mobilité (volet clinique) (SAT);
- Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement (CRETCD);
- Services résidentiels : ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF);
- Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA);
- Cliniques médicales spécialisées (incluant la dysphagie);
- Service de soutien spécialisé aux partenaires.

Destinataires de ce document

Ce document se veut un outil de référence pour tous les intervenants et gestionnaires des services spécialisés de la DPD, lorsqu'un plan d'intervention est requis².

Raison d'être

La DPD regroupe diverses clientèles aux besoins particuliers et plusieurs catégories d'intervenants. Ainsi, les pratiques d'intervention diffèrent d'un programme à l'autre. Toutefois, dans un souci de faciliter la collaboration interdisciplinaire et de mettre de l'avant les concepts phares en services spécialisés, la mise en commun des concepts théoriques, modèles conceptuels et approches similaires aux différentes clientèles s'est avérée pertinente.

En contrepartie, les particularités relatives aux différentes clientèles sont précisées dans les programmes qui leur sont dédiés.

Ce processus clinique s'appuie sur différents documents de référence, dont le *Cadre de référence pour l'organisation des services en DP, DI et TSA* (MSSS, 2017) ainsi que sur les processus cliniques créés dans les anciennes composantes de réadaptation du CISSS de la Montérégie-Ouest (CMR, CRDITEDME, SRSOR).

Plusieurs informations présentées dans ce processus sont connues et mises en place par la majorité des intervenants à la DPD. Par contre, certains concepts nécessiteront des apprentissages et une période d'appropriation.

Finalement, le processus clinique devrait se faire dans le respect des **valeurs organisationnelles** du CISSS de la Montérégie-Ouest, soit :


Bienveillance
Démontrer un souci pour les autres et entretenir des relations basées sur l'écoute et des échanges courtois qui témoignent du respect de tous.


Collaboration
Travailler ensemble, communiquer nos idées et encourager le partage d'expertise entre nous tous dans le but d'atteindre nos résultats collectifs


Engagement
S'impliquer et contribuer activement pour concrétiser nos ambitions, respecter nos obligations professionnelles et développer un sentiment d'appartenance fort


Audace
Se donner un espace pour innover dans nos façons de faire, afin de réaliser nos ambitions.


Cohérence
Décider et agir avec pertinence et équité et être solidaire envers nos orientations communes.

². Bien que les programmes suivants ne nécessitent pas de plan d'intervention, les principes directeurs, les concepts théoriques, les modèles conceptuels et les approches du présent processus clinique demeurent pertinents : *Service d'aides techniques à la posture et à la mobilité (volet clinique) (SAT)*, *Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement (CRETCD)*, *Comptoir d'aides de suppléance à l'audition (CASA)*, *Cliniques médicales spécialisées*, *Programme d'attribution d'équipements pour les aides à la vie quotidienne (AVQ) et à la vie domestique (AVD)*.

1. Buts du processus clinique

- Guider et soutenir les pratiques cliniques du personnel de la DPD qui offre des services spécialisés, adaptés au projet personnel de réadaptation de l'utilisateur;
- Harmoniser les pratiques cliniques.

2. Objectifs généraux des programmes spécialisés à la DPD

1. Favoriser l'autonomie et la participation sociale de l'utilisateur en réduisant ou compensant la situation de handicap liée à son projet personnel de réadaptation;
2. Favoriser la participation active et l'autodétermination de l'utilisateur et ses proches;
3. Favoriser la qualité, la pertinence et la rigueur des interventions;
4. Doter les intervenants d'une vision commune de l'intervention spécialisée.

3. Assises

Ce processus clinique est balisé par un **épisode de service** qui représente la « période de temps nécessaire au déploiement des interventions spécialisées d'un ou des programmes afin de réduire ou compenser les situations de handicap de l'utilisateur en lien avec une habitude de vie » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2017).

La **situation de handicap** provient du fait que les caractéristiques de la déficience entraînent, ou risquent d'entraîner, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques), susceptibles de réduire la réalisation des habitudes de vie, ce qui entrave l'actualisation d'un projet personnel de réadaptation.

Le terme projet personnel de réadaptation est une combinaison de deux appellations, soit le projet personnel et le projet de réadaptation. Ce terme met en lumière deux éléments importants du processus clinique aux services spécialisés à la DPD, soit l'autodétermination de l'utilisateur et la notion de progrès significatif.



Chez les enfants, le projet personnel de réadaptation est généralement formulé par les parents.

Un progrès est jugé significatif « lorsqu'il apporte un changement mesurable du fonctionnement de la personne ou de son environnement, et que les résultats se font dans un laps de temps relativement court » (MSSS, 2017).

Les progrès sont mesurés en fonction des objectifs au PI lesquels découlent du pronostic de participation sociale (PPS) élaboré en début de service et révisé régulièrement.

Le **pronostic de participation sociale (PPS)** réfère à la prévision du niveau probable d'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie perturbées, en fonction des facteurs personnels et environnementaux de l'utilisateur, dans le présent épisode de service. Il précise également le soutien (type d'aide) qui sera requis (Guillemette, 2017).

Cette prévision du potentiel de réadaptation est pertinente, car elle permet :

- De cibler et faciliter le choix des modalités cliniques et la priorisation des objectifs d'intervention au PI;
- D'ajuster, pour l'utilisateur et ses proches, le projet personnel de réadaptation aux capacités de l'utilisateur et celles de son environnement (processus d'adaptation);
- D'identifier dans quelles conditions la participation sociale de l'utilisateur peut être optimisée de façon à limiter sa situation de handicap (CMR, 2015).

3.1. Principes directeurs

3.1.1. Participation active de l'utilisateur et de ses proches

Outre la présence requise de l'utilisateur, ou son représentant, et ses proches lors des rencontres d'élaboration et de révision du PI (LSSSS, art.104), l'intervenant doit favoriser leur participation active en ayant une approche collaborative, en les considérant comme experts de leur situation et en favorisant une communication efficace.

- ➡ C'est en soutenant leur participation et leur autodétermination que le processus de réadaptation aura un sens pour l'utilisateur et ses proches et qu'ainsi, l'atteinte des objectifs sera favorisée.

3.1.2. Consentement

Selon le Code civil du Québec, nul ne peut être soumis à des soins et services sans son consentement. Cela veut dire que tout service offert à une personne doit se faire sur une base volontaire, avec un consentement libre et éclairé, et ce, avant chaque soin ou service.

Cette décision doit être prise librement, c'est-à-dire en l'absence de contrainte ou de pression. De plus, l'intervenant doit s'assurer que l'utilisateur ou son représentant soit en possession de toutes les informations nécessaires pour prendre une décision (analyse faite de la situation, approches cliniques utilisées, nature et but du service proposé, risques et effets, avantages et désavantages des interventions, responsabilités qui les concernent, pronostic de participation sociale, etc.).

Il est possible que l'utilisateur ou ses proches ne soient pas volontaires à l'intervention, comme dans les cas d'ordonnance de traitement ou d'hébergement provenant de la Direction de la protection de la jeunesse, du Curateur public ou d'un juge. Dans un tel cas, se référer à l'ordonnance et à un professionnel responsable du soutien clinique afin d'identifier si la signature d'un consentement est nécessaire.

- ➡ Le consentement à recevoir des services est nécessaire :
 - À chaque étape du processus clinique et avant chaque soin ou service. Il est important de distinguer le consentement émis par l'utilisateur lors de la signature de l'offre de service générale, du consentement aux différents services offerts. En effet, chaque intervenant impliqué auprès de l'utilisateur doit obtenir son consentement pour le service qu'il propose.
 - Lors d'une situation nouvelle affectant la situation de handicap ou le projet personnel de réadaptation de l'utilisateur (par exemple : déménagement, nouvel emploi, expulsion scolaire, perte de mobilité etc.).

Aptitude à consentir

À moins d'une attestation à cet effet, tout usager est considéré apte à consentir à recevoir des soins et services. L'annexe A présente des éléments supplémentaires à ce sujet.

Refus de services

Le droit de refuser les services est fondamental pour toute personne et le consentement peut ainsi être retiré à tout moment lors de la prestation de services.

- ➡ Chez la clientèle desservie par la DPD, ce refus peut parfois s'exprimer de façon non verbale, ce qui demande une attention particulière de la part des intervenants.

Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés

3.1.3. Coordination des services par un intervenant pivot

La coordination des services par un intervenant pivot est nécessaire au sein de l'établissement, afin d'assurer à l'usager un parcours de service fluide et sans embûches et d'éviter les dédoublements et les ruptures de services (MSSS, 2017).

- ➡ Préalablement à la planification des services, un intervenant pivot est désigné pour chaque personne qui s'apprête à recevoir des services à la DPD.

À la DPD, la **fonction d'intervenant pivot peut être assumée par des intervenants de diverses disciplines**. Cette fonction est assumée par la personne la mieux placée pour le faire, selon le niveau de complexité de la situation de handicap de la personne et des connaissances et compétences exigées par celle-ci. La décision se fait en équipe avec l'apport du professionnel responsable du soutien clinique et/ou du chef de programme, selon les situations.

Trois situations sont possibles pour déterminer l'intervenant pivot (MSSS, 2017) :

1. Quand il n'y a qu'un seul intervenant du CISSS de la Montérégie-Ouest au dossier, il assume d'emblée la fonction d'intervenant pivot;
2. Quand un usager reçoit des services de plusieurs intervenants ou programmes du CISSS de la Montérégie-Ouest, un intervenant pivot doit être désigné :
 - Ces deux situations font appel à la fonction **d'intervenant pivot établissement**;
3. Quand l'usager reçoit des services de plusieurs établissements, par exemple : milieu scolaire, CISSS de la Montérégie-Ouest services spécialisés et services spécifiques :
 - Cette situation évoque la notion **d'intervenant pivot du réseau**, qui s'assure de la coordination des services et de la communication de l'information entre l'usager et les partenaires impliqués;
 - Lorsque présents, ce sont **généralement les services spécifiques** qui assument cette fonction, considérant que leur épisode de service est généralement plus long et qu'ils ont des connaissances plus approfondies des différentes ressources de la communauté.

Plusieurs responsabilités découlent de la fonction **d'intervenant pivot**³, notamment lorsqu'un usager est hébergé dans une ressource dont la DPD a la responsabilité.

- ➡ Si un usager est hébergé dans une ressource dont la DPD a la responsabilité, se référer au *Guide d'accompagnement sur les rôles et responsabilités des intervenants impliqués auprès de la clientèle hébergée en RI ou RTF*, créé par le CISSS de la Montérégie-Ouest.

3.1.4. Code des professions et activités réservées

Le *Code des professions* est une loi-cadre du système professionnel québécois. Il régit la pratique de 55 professions régies par 46 ordres professionnels (Office des professions du Québec, 2020).

En 2002, l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi 90)* est venue préciser les champs d'exercices ainsi que les activités réservées aux professionnels du domaine de la santé (Assemblée nationale, 2002; Office des professions du Québec, 2003). Il s'agit d'activités devant être réalisées exclusivement par des professionnels membres de leur

³. Des travaux sont à venir au CISSS de la Montérégie-Ouest concernant les rôles et responsabilités de l'intervenant pivot.
Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés

ordre et en conformité avec leurs champs d'exercices respectifs (Office des professions du Québec, 2003).

En 2012, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21)* (Assemblée nationale, 2009) est, quant à elle, venue préciser les champs d'exercices et les activités réservées aux professionnels de ce domaine (Office des professions du Québec, 2013). Cette loi exige que les évaluations et interventions comportant un risque élevé de préjudice soient accomplies par des professionnels membres de leur ordre, entre autres lorsque ces activités s'effectuent auprès de clientèles vulnérables. Ces clientèles incluent, par exemple, les usagers ayant un diagnostic de DI ou de TSA (Office des professions du Québec, 2013).

Le *Guide d'aide à la décision pour l'orientation des dossiers en fonction des activités réservées dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (GUI-10095) du CISSS de la Montérégie-Ouest (2019) peut être utilisé afin de soutenir la réflexion et le processus décisionnel pour l'orientation des dossiers des usagers, en conformité avec les activités réservées par cette loi.

- Le système professionnel est en constante évolution. L'ensemble des intervenants de la DPD ont la responsabilité de respecter les lois et règlements qui régissent les activités des professionnels.
- Précisons que les activités qui ne sont pas réservées par le système professionnel peuvent être réalisées par des intervenants qui ne sont pas membres d'un ordre professionnel.

3.1.5. Partage des responsabilités

Pour l'utilisateur et ses proches, ces responsabilités sont de l'ordre de :

Participer activement au processus d'intervention

- Être impliqué lors des rencontres avec un intervenant;
- S'investir dans l'intervention, autant lors des suivis qu'entre les rencontres (remplir les grilles d'observation, faire les interventions recommandées, faire usage des aides techniques, etc.).

Participer activement aux décisions qui les concernent

- Communiquer aux intervenants les informations nécessaires à la compréhension de la situation de handicap et à la poursuite des interventions;
- Contribuer à la recherche de solutions;
- Partager son opinion et ses intérêts dans les décisions touchant les services requis.

3.1.6. Collaboration avec les partenaires

Étant donné que les besoins de la clientèle sont variés et variables et qu'aucune organisation de services ne peut répondre à l'ensemble des besoins d'une personne, la collaboration avec divers partenaires s'avère essentielle afin de favoriser une réponse adaptée aux besoins de cette personne (MSSS, 2017).

Parmi les partenaires possibles se retrouvent :

- Les services généraux destinés à l'ensemble de la population;
- Les services spécifiques pour la clientèle présentant une DI, un TSA ou une DP;
- Les services spécifiques, spécialisés ou surspécialisés des Directions suivantes :
 - Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP);
 - 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);
- Les Centres jeunesse;
- Les milieux associatifs;
- Les milieux de garde;
- Les milieux scolaires;
- Les milieux de travail;
- Ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF).

Différentes formes de collaboration sont possibles (Careau et al., 2014) :

- **Informé et s'informer** : présent dans les relations sans interdépendance importante. Visée de continuité des actions par l'échange d'information sur les actions en cours ou à venir;
- **Demander un avis** : pertinent pour clarifier, compléter ou orienter les interventions cliniques;
- **Se coordonner** : incontournable pour structurer les soins et les services de façon cohérente et complémentaire;
- **Prendre des décisions et partager les interventions et les responsabilités** : nécessaires dans les situations où l'harmonisation des actions est au cœur des discussions, impliquent une vision commune de la situation et de la façon de répondre aux besoins de l'utilisateur.

3.2. Cadre conceptuel

Les concepts théoriques, modèles conceptuels et approches préconisées par le MSSS (2017) auprès des clientèles présentant une DP, une DI ou un TSA (en gras dans la figure 1) ainsi que ceux privilégiés par la DPD sont regroupés sous forme de pyramide afin d'illustrer qu'ils sont intimement liés et qu'ensemble, ils constituent les fondements de l'intervention.

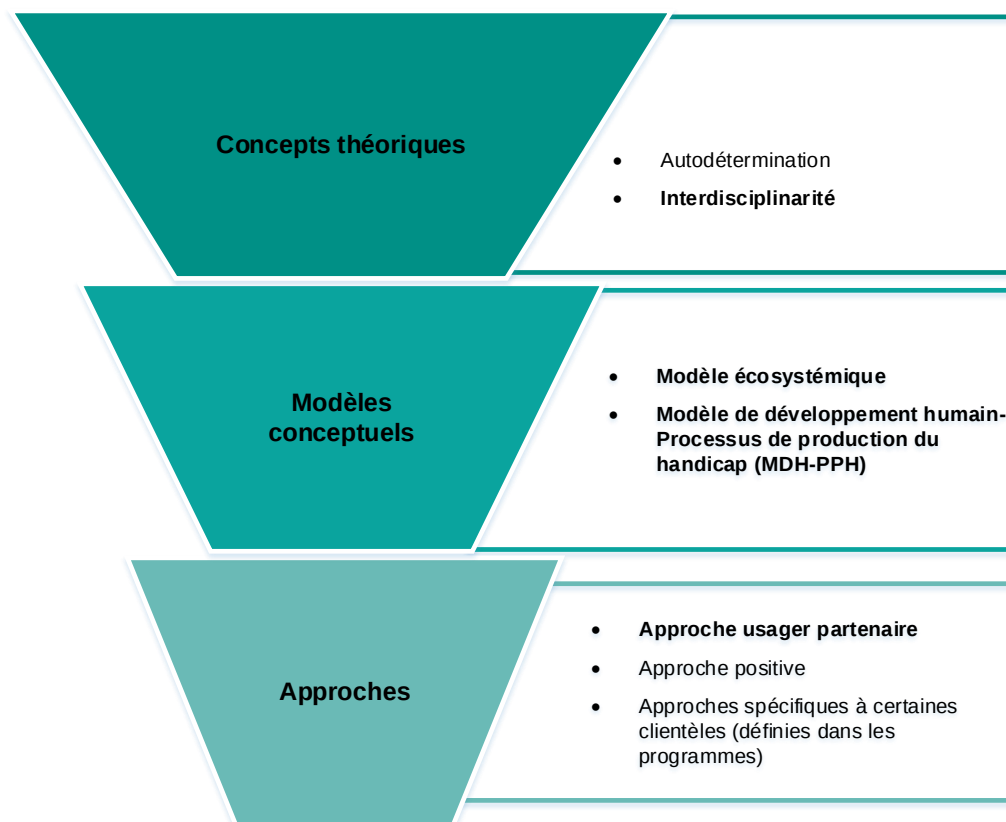


Fig.1 – Imbrication des différents éléments du cadre conceptuel

3.2.1. Concepts théoriques



En plus des valeurs organisationnelles du CISSS de la Montérégie-Ouest, les concepts théoriques, modèles et approches prônés à la DPD encouragent la mise en place d'interventions orientées vers les besoins individualisés de l'utilisateur et de ses proches, ainsi que le développement d'interactions positives.

Autodétermination

L'autodétermination est définie comme l'ensemble des « habiletés et attitudes requises chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus » (Lachapelle & Wehmeyer, 2003).

Selon Deci et Ryan (2000), l'autodétermination se traduit par la satisfaction de trois besoins qui sont à la base de la motivation humaine et la satisfaction personnelle, soit les besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale.

Wehmeyer (2003) précise que l'environnement social occupe un rôle important de soutien à l'autodétermination. Les interactions avec l'utilisateur et ses proches doivent leur permettre de développer cette aptitude pour **décider, préciser leurs besoins, leurs objectifs d'intervention**, de même que la façon dont ils souhaitent collaborer au plan d'intervention.

Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité implique l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, travaillant en synergie, en vue de partager une compréhension globale des besoins de l'utilisateur et de ses proches. Elle vise le transfert des connaissances d'une discipline à une autre, pour résoudre un problème complexe (Centre montérégien de Réadaptation, 2015; Payette, 2001).

Laverdière et Régis (2016) définissent la collaboration interprofessionnelle comme référant « à la situation de professionnels détenant des compétences disciplinaires distinctes et qui travaillent dans l'atteinte d'un objectif clinique commun, centré sur l'utilisateur des soins et des services de santé ».

L'interdisciplinarité sous-tend de la part de tous les intervenants impliqués (Réseau-conseil interdisciplinaire du Québec, 2000) :

- D'avoir des attitudes interpersonnelles positives (communication efficace, flexibilité, ouverture d'esprit, attitude respectueuse);
- De reconnaître la contribution spécifique de chacun;
- De déterminer qui assureront le leadership pour l'organisation des rencontres, l'identification de solutions aux enjeux liés à l'organisation des services, pour optimiser la prise de décisions et pour favoriser un climat de travail sain dans l'équipe;
- De développer la satisfaction à travailler ensemble.

Le travail en interdisciplinarité peut être indiqué lors d'un épisode de service spécialisé en raison de la complexité des besoins de l'utilisateur et de ses proches, ainsi que des différents contextes dans lesquels ils se manifestent. Les interventions découlant de cette compréhension globale des besoins de l'utilisateur et de ses proches doivent être coordonnées à l'aide d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou d'un plan de services individualisé (PSI) (MSSS, 2017).

3.2.2. Modèles conceptuels



Modèle écosystémique

Le modèle écosystémique regroupe les modèles systémique et écologique (Paquette et al., 2018). Ce modèle démontre l'interdépendance existant entre l'utilisateur, ses proches et l'ensemble des systèmes de son environnement (figure 2). Bien que l'utilisateur soit au centre de ce modèle, il n'est pas le seul responsable de sa situation et tous les systèmes peuvent contribuer à l'améliorer ou la détériorer (MSSS, 2017).

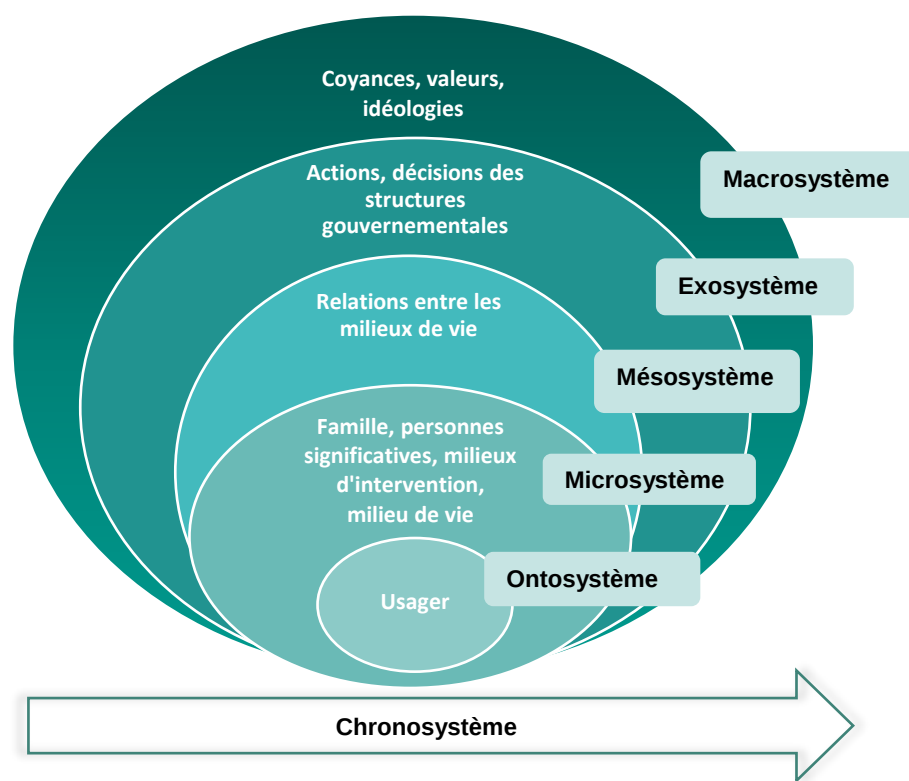


Fig. 2 – Les différents systèmes du réseau social d'une personne

Tableau I
Description des systèmes du réseau d'une personne

Systèmes	Description du système selon Letarte et Pauzé (2018)
Ontosystème	Les caractéristiques de l'utilisateur
Microsystème	Ses différents milieux immédiats
Mésosystème	L'interaction entre ses milieux immédiats
Exosystème	Son environnement indirect
Macrosystème	L'ensemble des croyances et valeurs culturelles de sa communauté
Chronosystème	Le système du temps et la chronologie de ses événements de vie

Le modèle écosystémique vise une compréhension globale des besoins de l'utilisateur par l'analyse de ses interactions avec les différents systèmes de son environnement (Paquette et al., 2018). Transposé en actions concrètes, ce modèle suggère :

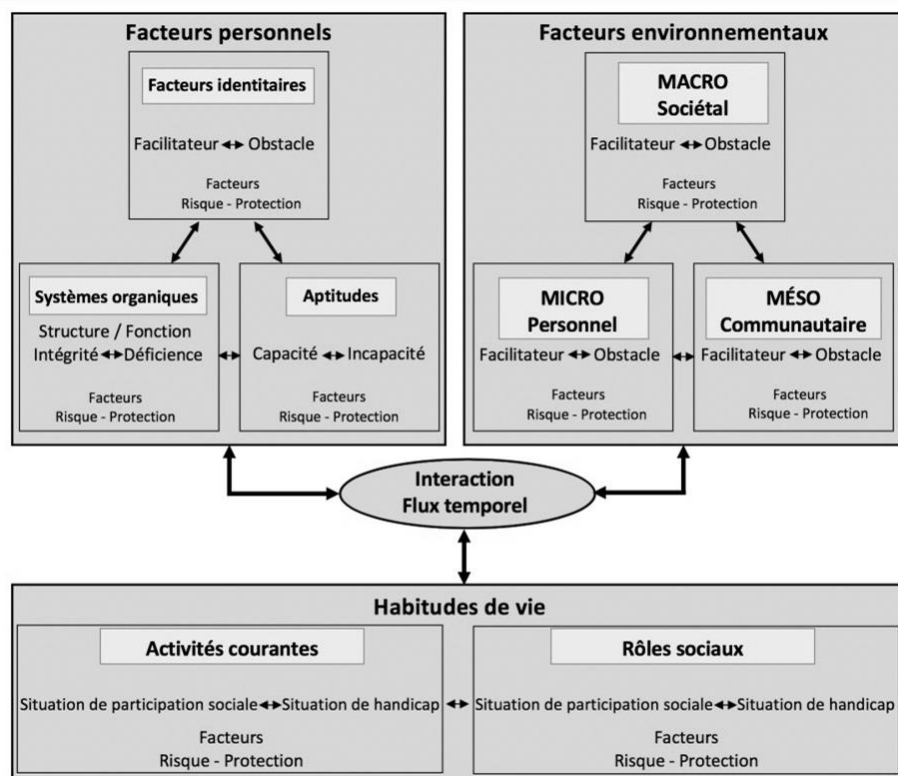
- ➞ L'analyse des interactions de l'utilisateur avec les différents systèmes autour desquels il gravite;
- ➞ La réadaptation de l'utilisateur dans ses différents milieux de vie;
- ➞ L'importance de la contribution des différents systèmes dans la mise en place d'interventions auprès de l'utilisateur.

Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH)

Reconnu au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux auprès des clientèles présentant une DP, une DI ou un TSA (MSSS, 2017), ce modèle conceptuel de classification des déficiences et incapacités, illustré à la figure 3, permet de comprendre l'interaction des facilitateurs et des obstacles de trois domaines (Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), 2018) :

- ➡ Les facteurs personnels ;
- ➡ Les facteurs environnementaux ;
- ➡ Les habitudes de vie.

Ce modèle fait référence à l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux influençant le fait que la personne se retrouve en situation de handicap ou en situation de participation sociale (RIPPH, 2019).



© RIPPH 2018

Fig. 3 – Les différentes composantes du MDH-PPH

Les habitudes de vie sont issues de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux. Le MDH-PPH réfère aux habitudes de vie. Ainsi, les interventions doivent cibler le développement d'habitudes de vie fonctionnelles (visant un objectif fonctionnel optimal) plutôt que des capacités spécifiques à atteindre, et ultimement, elle vise la participation sociale de l'utilisateur (MSSS, 2017). Le RIPPH (2018) définit une habitude de vie comme étant une activité courante ou un rôle social valorisant. Les habitudes de vie de l'utilisateur s'apprécient sur un continuum allant de la « situation de participation sociale optimale » à la « situation de handicap complète » (RIPPH, 2018).

La **situation de participation sociale** correspond à la « pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux »

(RIPPH, 2018). Elle correspond à une réalisation des habitudes de vie jugée satisfaisante par l'utilisateur et ses proches.

À l'inverse, une **situation de handicap** réfère à un déséquilibre entre les facteurs personnels de l'utilisateur et ceux de son environnement, entravant la réalisation de ses habitudes de vie. Le RIPPH (2018) définit ce concept clé du modèle comme étant la « réduction de la réalisation ou incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux ».

Ainsi, en cohérence avec le modèle écosystémique, la situation de handicap de l'utilisateur ne se révèle pas être une réalité exclusivement individuelle et permanente, mais bien une situation multifactorielle et évolutive, d'où l'appellation **processus de production du handicap**.

- ➞ Face à une situation de handicap dans une habitude de vie, le travail des intervenants est axé sur le développement ou l'optimisation des capacités de l'utilisateur et sur la réduction ou la compensation des incapacités. Il vise parallèlement la création de facilitateurs ou l'élimination des obstacles dans l'environnement. Cela se traduit par des **interventions de réadaptation et la mise en place de stratégies d'adaptation**.

3.2.3. Approches



Approche usager partenaire

Cette approche considère l'utilisateur et ses proches comme de réels partenaires qui collaborent avec l'équipe interdisciplinaire (MSSS, 2017).

Le MSSS précise que le partenariat mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs des intervenants de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que le savoir expérientiel de l'utilisateur et de ses proches (MSSS, 2018).

L'approche usager partenaire place l'utilisateur au centre des décisions qui le concernent et vise à augmenter son pouvoir d'agir ou « empowerment ».

Un esprit de collaboration égalitaire entre les intervenants et l'utilisateur doit transparaître dans les opportunités données à ce dernier pour faire valoir son expérience, ses valeurs, en cohérence avec son projet personnel de réadaptation. L'utilisateur et ses proches doivent pouvoir prendre part aux décisions les concernant et exercer leur autodétermination, au même titre que les intervenants qui apportent leur expertise clinique.

- ➞ Cette collaboration suppose de la part des intervenants d'informer l'utilisateur, mais surtout d'entretenir avec lui une relation axée sur le partage d'informations, afin qu'il développe la compréhension de sa situation de handicap et des solutions potentielles pour y remédier (Girard, 2017);
- ➞ Cette approche vise également le développement d'une relation de confiance entre les intervenants et les proches de l'utilisateur en reconnaissant leur valeur dans le contexte de soins et services (MSSS, 2018).

Approche positive

Labbé (2012) définit l'approche positive comme étant « une conception globale qui met de l'avant l'idée que la personne peut devenir un apport social significatif ». Cette approche met l'accent sur l'acceptation et le respect de l'utilisateur et ses proches, tels qu'ils sont. Elle s'appuie sur des valeurs dont la croyance, la considération et la reconnaissance (Fraser et Labbé, 1993).

Elle mise sur la **qualité de vie**, qui réfère « aux divers éléments contribuant au bien-être d'une personne » (Fraser et Labbé, 1993), tels que son réseau social, la présence d'activités significatives et enrichissantes ou des possessions matérielles, par exemple.

Elle fait aussi écho au phénomène de **résilience** :

« (...) ensemble de caractéristiques personnelles de l'utilisateur, un processus et un résultat. Elle s'inscrit dans une démarche d'apprentissage, d'appropriation et d'autodétermination à travers laquelle la personne réinterprète et réoriente positivement le sens de sa vie afin de poursuivre son développement, tout en renforçant ses facteurs de protection personnels ou environnementaux avec, toutefois, la situation d'adversité comme nouvel organisateur » (Centre montérégien de réadaptation, 2015).



Cette approche se traduit par la mise en place d'interventions de réadaptation et de stratégies d'adaptation qui sont les moins contraignantes possible. Elles doivent pouvoir s'appliquer en cohérence avec les éléments de qualité de vie jugés importants par l'utilisateur et ses proches.

4. Étapes du processus clinique⁴

Le processus clinique des services spécialisés à la DPD comprend 5 étapes (figure 4).

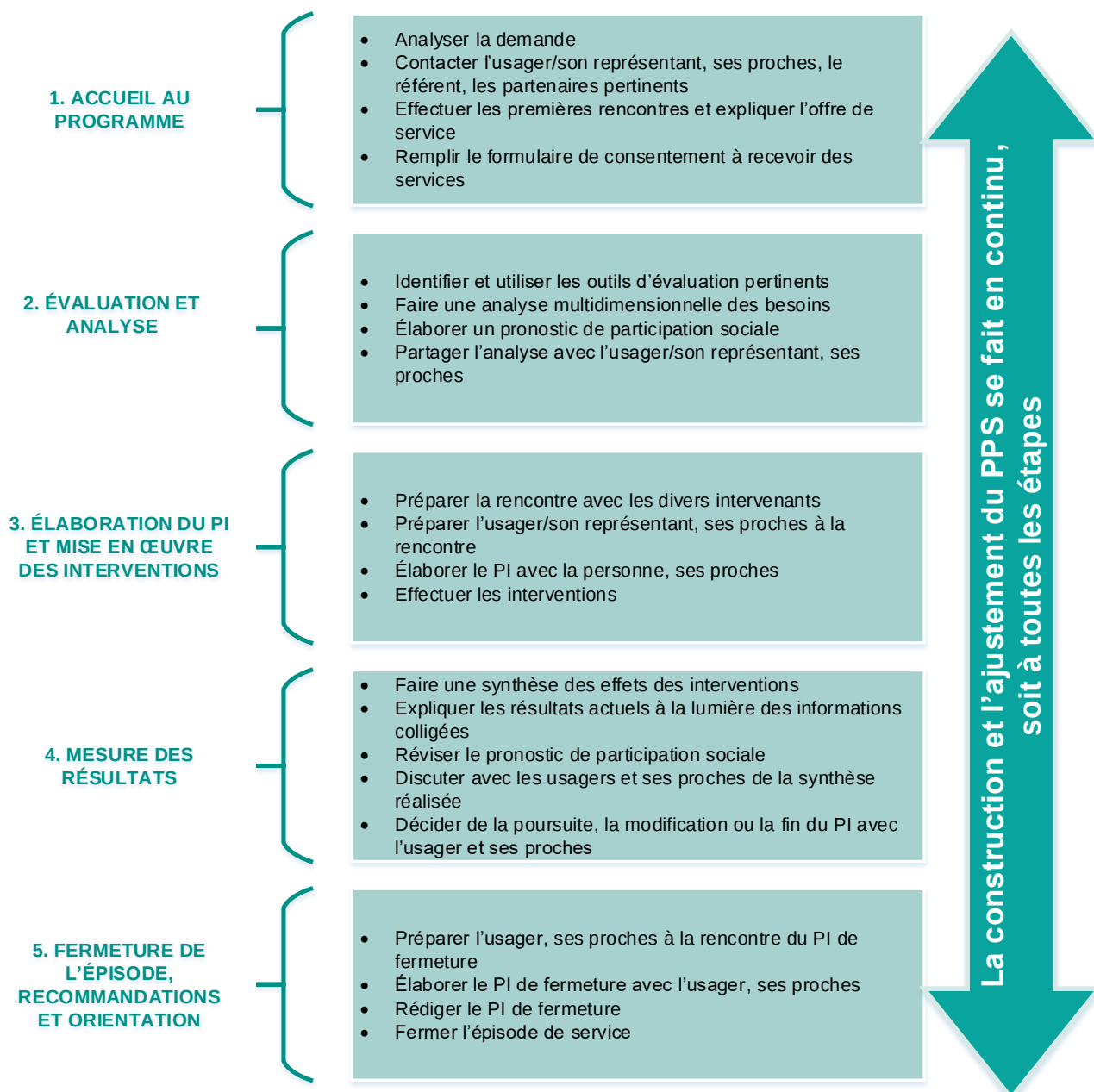


Fig. 4 – Résumé des étapes du processus clinique des services spécialisés à la DPD⁵

⁴. Les échéanciers relatifs aux différentes étapes du processus clinique sont définis dans les programmes spécialisés.

⁵. Considérant la diversité des clientèles desservies à la DPD, les mécanismes d'accès aux différents programmes peuvent varier. Par contre, une évaluation globale des besoins doit avoir lieu avant le début des interventions spécialisées. Le moment durant lequel cette évaluation est faite ainsi que le formulaire peut différer.

5. Accueil au programme

Cette étape, généralement effectuée par l'intervenant pivot, vise à valider la compréhension de la demande de service et à s'entendre avec l'utilisateur et ses proches sur les modalités de services. Elle constitue les fondements de la relation de partenariat avec l'utilisateur.

5.1. Analyser la demande

La lecture du dossier et des rapports pertinents permet de relever les attentes, les besoins et les données à clarifier et vérifier qui sont les partenaires impliqués et si des aspects légaux sont présents (Protection de la Jeunesse, régime de protection, etc.).

5.2. Contacter l'utilisateur et ses proches

Ce premier contact vise à valider les besoins, réévaluer la pertinence et la nécessité d'une intervention spécialisée et identifier les personnes dont la présence doit être sollicitée lors de la première rencontre.

- ➔ Avant de contacter l'utilisateur, s'assurer de maîtriser les éléments centraux de sa situation, et ce, dans le but d'éviter qu'il ait à répéter plusieurs informations (par exemple : diagnostics, valeurs et habitudes culturelles, parcours de services, etc.).

5.3. Contacter le référent et les partenaires pertinents

Lorsqu'une autorisation de l'utilisateur est présente au dossier, contacter les partenaires pour établir des zones de collaboration potentielles, faire la mise à jour des services reçus ou en cours, vérifier les dates de tenue d'un PSI et valider un besoin de soutien spécialisé aux partenaires est présent.

- ➔ Pour l'utilisateur hébergé, la cueillette de données auprès des responsables de la ressource (milieu de vie) est nécessaire.

5.4. Effectuer la ou les premières rencontres (1 à 3)

Mise à jour des besoins prioritaires

Par souci d'efficacité et dans l'optique d'éviter à l'utilisateur et ses proches de répéter les mêmes informations, faire une ou des entrevues avec eux afin de cibler les priorités d'intervention.

Explorer les attentes de l'utilisateur et des proches.

Au besoin, faire signer des formulaires d'autorisation pour communiquer avec des partenaires ou référer l'utilisateur ou ses proches à d'autres établissements et déposer une demande pour obtenir les documents pertinents qui seraient manquants (rapport, PSI, etc.).

Expliquer l'offre de service prévue, en lien avec la situation de handicap, le projet personnel de réadaptation de l'utilisateur et les notions suivantes :

- Habitudes de vie perturbées, participation sociale et facteurs impliqués, but des services, avantages et désavantages, conséquences possibles des interventions ou de la non-intervention
 - Épisode de service spécialisé, pronostic de participation sociale, PI, progrès significatifs
 - Modèles conceptuels et approches utilisés
 - Partage des rôles et responsabilités
 - Niveau de mobilisation requis par l'utilisateur et ses proches pour la mise en place d'interventions spécialisées
 - Canaux de communication à privilégier
 - Recours en cas d'insatisfaction
- ➡ Suivant cette étape, le formulaire de consentement à recevoir des services doit être expliqué à l'utilisateur et ses proches, rempli, signé et déposé au système d'information clientèle informatisé.
- ➡ Un consentement verbal est aussi valide. Le cas échéant, s'assurer de consigner cette information dans le système d'information clientèle informatisé.
- ➡ Dans le cas d'un **refus de service** : documenter les raisons énoncées par l'utilisateur et ses proches et leur expliquer les conséquences possibles de ce refus et les alternatives envisageables. Inscrire le résumé de la discussion dans le système d'information clientèle informatisé⁶.

5.5. Évaluation et analyse

Cette étape vise à réaliser une évaluation selon le champ d'exercices de chaque discipline concernée, afin d'identifier et d'analyser les facteurs impliqués dans la situation de handicap de l'utilisateur. Cette analyse des facteurs permettra d'orienter les stratégies d'intervention qui seront incluses au PI.

5.5.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents

En considérant la situation de handicap de l'utilisateur, l'intervenant utilise son jugement clinique afin d'identifier les méthodes de collecte de données les plus appropriées pour répondre aux besoins de l'utilisateur. L'intervenant pourrait faire le choix d'utiliser des outils standardisés, des entrevues semi-structurées, des observations en milieu naturel et en milieu scolaire, etc.

L'utilisation de ces divers outils et méthodes est requise pour :

- Déterminer l'écart entre les comportements attendus à un âge donné et celui de l'utilisateur;
 - Identifier les facteurs personnels et environnementaux impliqués dans la ou les situation(s) de handicap;
 - Identifier les forces et les ressources de l'utilisateur et de son environnement.
- ➡ Au besoin, des interventions peuvent être faites dans l'immédiat (conseil, soutien, intervention).

⁶. Pour la rédaction des notes évolutives et l'insertion de documents dans le système d'information clientèle informatisé, se référer aux procédures existantes à ce jour.

5.5.2. Faire une analyse multidimensionnelle des besoins pour expliquer la situation de handicap

L'analyse multidimensionnelle des besoins est l'évaluation des besoins de l'utilisateur en considérant ses facteurs personnels et environnementaux qui contribuent à sa participation sociale ou à sa situation de handicap.

Pour réaliser cette opération du processus clinique, la DPD a retenu deux modèles conceptuels, soit le MDH-PPH et le modèle écosystémique présentés à la section 3.2.2.

Les facteurs personnels et environnementaux peuvent contribuer ou nuire à la qualité de vie et à la participation sociale de l'utilisateur. Il importe donc de procéder à une analyse de leur influence afin d'élaborer des hypothèses cliniques expliquant la situation de handicap.

- ➞ Ces hypothèses constituent les fondements du pronostic de participation sociale (PPS).

5.5.3. Élaborer un pronostic de participation sociale

Le PPS réfère à la prévision du niveau probable de réalisation des habitudes de vie perturbées en fonction des facteurs personnels et environnementaux de l'utilisateur, dans le présent épisode de service⁷.

- ➞ Le PPS résulte de discussions interdisciplinaires lorsque plus d'un intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur.
- ➞ Voir l'annexe B pour plus d'informations sur l'élaboration d'un PPS.

5.5.4. Partager les résultats de l'analyse et le pronostic à l'utilisateur et ses proches

La communication de l'analyse se fait généralement verbalement, dans un langage accessible. Ceci permet à l'utilisateur et ses proches d'orienter leurs prochaines décisions et **d'identifier les besoins prioritaires**.

- ➞ Chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire ayant réalisé une évaluation en présente les résultats à l'utilisateur et ses proches.
- ➞ Les hypothèses explicatives et le PPS doivent être consignés au dossier de l'utilisateur conformément aux normes en vigueur (lois, politique et procédure, exigences de tenue de dossier des ordres professionnels).

⁷. L'application de cette étape se fera de façon progressive, en fonction des habiletés du personnel œuvrant dans chacun des programmes.

5.6. Élaboration du plan d'intervention (PI) ⁸ et mise en œuvre des interventions

Cette étape permet d'identifier les besoins prioritaires de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens/stratégies à utiliser, le partage des responsabilités et la durée prévisible pendant laquelle les services seront dispensés. Elle permet aussi de planifier la mesure des résultats de l'intervention. La participation active de l'utilisateur/son représentant est essentielle.

Différents types de PI existent, selon les situations⁹ :

Plan d'intervention disciplinaire (PID)	Lorsqu'il y a un <u>seul intervenant</u> impliqué auprès de l'utilisateur Le terme PID englobe : • PT : Plan de traitement (libellé utilisé par certains professionnels de la réadaptation); • PTI : Plan de traitement infirmier; • Note médicale
Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Lorsqu'il y a des professionnels, des intervenants et des médecins de diverses <u>directions ou programmes du CISSS de la Montérégie-Ouest</u> impliqués auprès de l'utilisateur. • S'actualise grâce à la coordination et la mise en œuvre des différents PID-PT-PTI-notes médicales
Plan de services individualisé (PSI)	Lorsqu'il y a des professionnels, des intervenants et des médecins de divers <u>établissements et organismes</u> impliqués auprès de l'utilisateur. • S'actualise grâce à la coordination et la mise en œuvre des différents PID-PT-PTI-notes médicales

5.6.1. Préparer l'utilisateur et ses proches à la rencontre de PI

En situation de PII-PSI :

- L'intervenant pivot favorise la compréhension de l'utilisateur sur le déroulement de la rencontre et diminue les appréhensions, s'il y en a. De plus, l'intervenant pivot, l'utilisateur ainsi que ses proches identifient les objectifs prioritaires et leurs attentes face à la coordination des services. Finalement, il s'assure que l'utilisateur consente à la présence des membres de l'équipe interdisciplinaire à la rencontre d'élaboration de son PII ou PSI.
- Chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire s'assure que l'utilisateur et ses proches comprennent bien les services rendus, tout en identifiant les objectifs visés en accord avec son mandat et sa discipline.

Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, il prépare l'utilisateur et ses proches à la rencontre du PID, en utilisant des modalités semblables à celles recommandées lors d'un PII-PSI (déroulement de la rencontre, identification des besoins et des attentes).

⁸. Le PI est obligatoire selon la Loi sur la santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2, art.102). Pour des informations supplémentaires, se référer au Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers (REG-10173) disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest (à venir).

⁹. Pour des informations supplémentaires, se référer au Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest (à venir).

5.6.2. Préparer la rencontre de PI

Lorsque deux intervenants ou plus sont impliqués, l'**intervenant pivot** planifie une rencontre de préparation afin de :

- Partager les attentes et priorités mentionnées par l'utilisateur et ses proches;
- Partager les observations et réflexions des divers intervenants;
- Échanger sur le pronostic de participation sociale;
- Permettre une coordination harmonieuse des interventions.

Cette planification favorise l'interdisciplinarité et la cohérence des interventions qui seront proposées.



Si **un seul intervenant** est impliqué auprès de l'utilisateur, il prépare la rencontre de PI de façon similaire en faisant ressortir les éléments saillants de la liste ci-dessus.

5.6.3. Élaborer le PI avec l'utilisateur/son représentant et ses proches

Cette rencontre vise à identifier les moyens et stratégies d'intervention qui conviennent aux besoins de l'utilisateur et ses proches ainsi qu'à leurs valeurs et leur réalité. Le partage des responsabilités et les modalités d'évaluation des interventions sont aussi planifiés. Le réalisme des moyens retenus est garant de l'implication active de l'utilisateur et favorise l'atteinte des objectifs ciblés.

Le choix des **priorités d'intervention** peut être guidé selon les éléments suivants (CRDITED – MCQ, 2013) :

- Elles sont en lien avec le projet personnel de réadaptation de l'utilisateur;
- Elles sont en lien avec les priorités et le niveau d'implication possible de l'utilisateur et ses proches;
- Elles sont ajustées aux capacités et incapacités de l'utilisateur et visent à compenser une situation de handicap, développer l'autonomie et favoriser la participation sociale;
- Elles ont des impacts positifs dans plusieurs habitudes de vie;
- Elles s'inscrivent facilement dans les routines et activités de la personne;
- Elles ont peu de chances d'être atteintes sans intervention « spécialisée ».

Une attention particulière doit aussi être portée à la disponibilité des partenaires avec qui il est prévu de collaborer afin de favoriser le réalisme de l'objectif.

Éléments à définir :

- Stratégies d'adaptation et réadaptation¹⁰ ;
- Stratégies de soutien au processus d'adaptation¹¹;
- Stratégies de soutien à la mise en place des interventions suggérées¹²;
- Outils et modalités à utiliser pour mesurer les progrès;
- Lieux et moments d'intervention;
- Intensité requise (fréquence, durée);
- Planification de la généralisation des acquis;

¹⁰. Techniques, outils à utiliser pour chacun des objectifs, et ce, en accord avec les différents programmes de la DPD. Par exemple, programme DI 7 ans et plus, programme TC-TGC, Programme AVC, programme Nexus, programme DIS-DIP, etc.

¹¹. Idem

¹². Idem

- Responsabilités des différents participants;
- Révision du PI (maximum aux 90 jours).

➞ Au besoin, réexpliquer ou préciser les éléments de l'offre de service (voir 4.1.4)

5.6.4. Rédiger le PI¹³

Reprendre les éléments clés de la discussion tenue avec l'utilisateur, ses proches et les formuler en **objectifs opérationnels** (voir annexe C) dans le formulaire de PI. Lorsque la version finale est rédigée, elle est présentée et remise à l'utilisateur et ses proches, par l'intervenant pivot.

➞ En situation de PII-PSI :

- L'intervenant pivot est responsable de la rédaction du formulaire.
- Les intervenants de l'équipe interdisciplinaire sont responsables de la rédaction de leur PID, PTI, PT. Les médecins sont responsables de la rédaction de leur note médicale.

➞ Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, il rédige un PID.

À propos de la **signature** du PII ou PSI, celle de l'intervenant pivot est nécessaire et est représentative des intervenants impliqués dans le plan d'intervention. Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, celui-ci signe le PID. Quant à la signature de l'utilisateur ou son représentant, sans être obligatoire, elle demeure toutefois une pratique à favoriser.

➞ Dans le cas d'un utilisateur hébergé, bien que le responsable et les intervenants de la ressource soient sollicités pour la cueillette de données et soient possiblement impliqués pour certaines interventions, une copie du PI ne leur est pas remis puisqu'il constitue un document de nature confidentielle.

5.6.5. Effectuer les interventions, au plus tard 90 jours après la rencontre d'élaboration du PI

➞ Pour les utilisateurs nouvellement hébergés, la mise en oeuvre du PI doit être réalisée dans les 30 premiers jours suivant l'intégration dans la ressource.

Le PI s'actualise par la mise en place d'**interventions de réadaptation et de stratégies d'adaptation**.

➞ **La réadaptation** : L'office des professions du Québec (2013), précise que la réadaptation « vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer les habiletés. [...] Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, [...] l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales ».

À la DPD, les stratégies de réadaptation correspondent aux activités soutenues et intensives visant le développement ou la récupération des capacités de l'utilisateur.

¹³. Il est possible que les étapes 4.3.3 et 4.3.4 se fassent dans une même rencontre.

Exemples :

- Enseignement de stratégies alternatives aux comportements problématiques;
- Enseignement de stratégies de gestion des émotions;
- Soutien à l'apprentissage de la propreté;
- Accompagnement dans la généralisation d'un apprentissage;
- Stimulation du développement des aptitudes physiques (ex. : développer l'endurance);
- Enseignement et développement d'un programme d'exercices;
- Etc.



Stratégies d'adaptation : À la DPD, les stratégies d'adaptation correspondent à la création de facilitateurs et à l'élimination des obstacles présents dans l'environnement de l'utilisateur. Les interventions de soutien offertes aux proches et aux partenaires visant à favoriser **la mise en application des interventions suggérées** constituent aussi des interventions d'adaptation.

Exemples :

- Offre d'une programmation adaptée aux intérêts et capacités de la personne;
- Rencontre d'information avec les partenaires sur un thème précis, en lien avec un besoin de l'utilisateur;
- Bonification du réseau social de la personne;
- Mise en place de routine visuelle;
- Aménagement préventif;
- Adaptation/aménagement domiciliaire;
- Aide à la mobilité;
- Positionnement;
- Coaching auprès des proches et des partenaires;
- Etc.

Les stratégies de soutien au **processus d'adaptation à la situation de handicap** s'inscrivent en cohérence avec l'approche positive et dans la croyance du potentiel de l'utilisateur et de ses proches à surmonter les difficultés vécues.

Sans se substituer aux responsabilités des services généraux et spécifiques, il est attendu de la part des intervenants des services spécialisés d'adopter une attitude d'ouverture et une capacité à soutenir l'utilisateur et ses proches lorsqu'ils vivent des sentiments difficiles (peur, tristesse, stress, fatigue, inquiétude, colère, incompréhension, etc.).

Ces stratégies de soutien au processus d'adaptation à la situation de handicap visent à soutenir l'autodétermination de l'utilisateur et de ses proches en favorisant leur engagement (Vinet, 2009).

Il peut s'agir, par exemple, de faire usage:

- D'approches et de techniques de relation d'aide;
- De transmettre des connaissances quant aux diagnostics/syndromes et leur impact sur le développement et le fonctionnement de l'utilisateur;
- D'identifier les besoins de soutien à la famille et de référer à d'autres services, au besoin;
- Etc.

Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés

Bien que le processus d'adaptation ne soit pas linéaire, **cinq phases** sont généralement reconnus (figure 5). Ce processus se met en place plus d'une fois dans la vie des usagers et leurs proches, généralement au moment des grandes transitions de vie (Vinet, 2009).

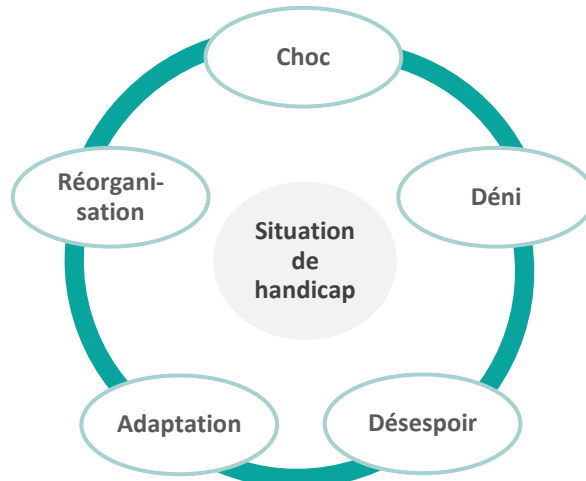


Fig. 5 – Les cinq phases typiques d'un processus d'adaptation

- ➡ Ces étapes ne sont pas toujours vécues dans le même ordre et peuvent se chevaucher (Vinet, 2009).
- ➡ Il n'y a pas de durée déterminée pour chaque étape (Vinet, 2009).

L'annexe D détaille ces différentes phases et présente des stratégies d'intervention pertinentes.

5.7. Mesure des résultats

Cette étape vise à revoir l'efficacité et la pertinence des objectifs (en nombre et en qualité), des moyens, de la durée et de la fréquence des interventions. La mesure des résultats permet d'apporter les changements nécessaires au plan d'intervention, lorsque pertinent.

Dans les services spécialisés, cette **révision** doit se faire avec l'utilisateur et s'il le souhaite, avec ses proches, au **plus tard 90 jours après l'élaboration du PI**¹⁴.

5.7.1. Compiler les données cliniques

- Préciser le type d'interventions réalisées et les contextes d'application;
- Mesurer le niveau d'atteinte des objectifs. Par exemple :
 - Identifier les effets de l'intervention sur les habitudes de vie perturbées (progrès significatifs réalisés); identifier si des facteurs (familiaux, sociaux, médicaux) pourraient avoir influencé le résultat;
 - Documenter l'accès à des rôles sociaux favorables à l'augmentation de la participation sociale;
 - Évaluer la satisfaction de l'utilisateur et ses proches;
- Documenter, si pertinent, la diminution et la prévention des problématiques comportementales.

¹⁴. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (R.L.R.Q. c.S-5, r.5, art.42).
Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés

- ➞ Chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire est responsable de compiler les données cliniques selon son mandat, sa discipline et les modalités proposées ci-dessus.

5.7.2. Discuter avec l'utilisateur et ses proches des interventions effectuées et de leurs résultats

- ➞ L'intervenant pivot prépare l'utilisateur, ainsi que ses proches, à la rencontre de révision du PII ou PSI.
- ➞ Lors de la révision des PII ou PSI, chaque intervenant impliqué présente sa synthèse.
- ➞ Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, il prépare la rencontre de révision du PID.

5.7.3. Réviser le PI

Dans le **formulaire PI** :

- Faire une synthèse des données cliniques;
 - Revoir chacun des objectifs, moyens, stratégies et critères de réussite;
 - Évaluer la pertinence d'intervenir sur de nouvelles habiletés (besoins);
 - Réviser le pronostic de participation sociale.
- ➞ L'intervenant pivot est responsable d'inscrire les modifications au PII ou PSI.
 - ➞ Les intervenants de l'équipe interdisciplinaire sont responsables d'inscrire les modifications à leurs PID, PTI, PT. Les médecins sont responsables de la révision de leur note médicale.
 - ➞ Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, il inscrit les modifications au PID.

5.7.4. Prendre une décision sur la poursuite des interventions, avec l'utilisateur et ses proches

Cette décision se base sur l'atteinte des objectifs, la persistance ou non de la situation de handicap et le pronostic de participation sociale.

- ➞ En situation de PII ou de PSI, cette décision se prend en concertation avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et l'utilisateur.
- ➞ Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, cette décision se prend en concertation avec celui-ci.

- **S'il y a poursuite des interventions**, reprendre à l'étape *Évaluation et analyse* ou *Élaboration du PI et mise en œuvre des interventions*, en fonction de la situation et des besoins.
- **S'il y a fermeture de l'épisode**, aller à l'étape suivante.

5.8. Fermeture de l'épisode, recommandations et orientation

Cette étape se doit d'être bien planifiée et animée afin d'assurer une fin de service la plus positive possible.

Le **PI peut prendre fin à tout moment**, lorsqu'une de ces conditions est présente :

- L'atteinte des objectifs du PI;
 - La poursuite des interventions n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur la réalisation des habitudes de vie de l'utilisateur;
 - La condition de santé physique ou mentale de l'utilisateur fait en sorte qu'il n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au PI;
 - Les besoins de l'utilisateur relèvent de l'expertise d'une autre instance;
 - L'utilisateur (ses proches) communique clairement et de manière réfléchie son intention de mettre fin au processus de réadaptation;
 - Une personne ou une adaptation ou modification de l'environnement pallie la situation de handicap;
 - L'absence de collaboration ou de disponibilité de l'utilisateur ou ses proches ne permet pas d'actualiser les interventions;
 - L'utilisateur quitte la région ou décède.
- ➞ Des tentatives de résolution des problèmes de collaboration et de mobilisation doivent avoir été mises en place préalablement à la fermeture de l'épisode de service.
- ➞ Le document *Épisodes de service spécialisé et outils d'aide à la décision* produit par la DPD (2017) est un outil de référence qui présente diverses questions à se poser et stratégies à utiliser lorsqu'une fin d'épisode est envisagée.

5.8.1. Préparer l'utilisateur et ses proches à la rencontre du PI de fermeture

En situation de PII-PSI :

- L'intervenant pivot favorise la compréhension de l'utilisateur sur le déroulement de la rencontre de fermeture et diminue les appréhensions, s'il y en a. De plus, l'intervenant pivot, l'utilisateur ainsi que ses proches identifient les interventions nécessaires à mettre en place et les références à faire avant la fin officielle des services. Finalement, il s'assure que l'utilisateur consente à la présence des membres de l'équipe interdisciplinaire à ce type de rencontre.
 - Chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire s'assure que l'utilisateur et ses proches identifient et comprennent les interventions nécessaires à mettre en place selon son mandat et sa discipline. Il s'assure également de faire les références nécessaires avant la fin officielle des services.
- ➞ Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, il prépare l'utilisateur et ses proches à la rencontre du PID de fermeture en utilisant des modalités semblables à celles recommandées lors d'une rencontre du PII-PSI de fermeture (identifier et comprendre les interventions, références à effectuer).

5.8.2. Élaborer le PI de fermeture avec l'utilisateur, ses proches

- Discuter avec l'utilisateur et ses proches de la synthèse des données cliniques et des recommandations;
- Préciser des objectifs et des moyens à mettre en place dans les **prochaines semaines** pour **favoriser l'autonomie** de l'utilisateur et ses proches dans l'application des recommandations.

Exemples de moyens inscrits dans un PI de fermeture :

- Donner des informations supplémentaires, des documents;
- Planifier quelques rencontres de *coaching*;
- Se procurer une aide technique;
- Planifier la référence de l'utilisateur et/ou ses proches à d'autres ressources.

5.8.3. Rédiger le PI¹⁵ de fermeture

- Reprendre les éléments clés de la discussion tenue avec l'utilisateur et ses proches et les formuler en **objectifs opérationnels**;
- Indiquer la date de fin du PI.

En situation de PII-PSI :

- L'intervenant pivot est responsable de la rédaction du formulaire.
- Les intervenants de l'équipe interdisciplinaire sont responsables de la rédaction de leur PID, PTI, PT de fermeture. Les médecins sont responsables de la rédaction de leur note médicale.
- **Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, il rédige un PID de fermeture.**

Certains ordres professionnels exigent que la synthèse des données cliniques soit consignée dans un rapport.

- Lorsque la version finale du PII-PSI ou du PID est rédigée, elle est présentée et remise à l'utilisateur et ses proches par l'intervenant pivot pour signature.

¹⁵ Il est possible que les étapes 4.5.2 et 4.5.3 se fassent dans une même rencontre.

6. Ressources nécessaires

Afin de soutenir les intervenants et gestionnaires dans l'actualisation du présent processus clinique, des mesures de soutien, des formations, des outils cliniques harmonisés et une évaluation de l'implantation de ce processus sont prévus.

Mesures de soutien

- Implantation graduelle de ce processus;
- Diffusion du processus clinique et soutien aux équipes animées par les professionnels responsables du soutien clinique (PRSC);
- Appui de la DSMREU aux PRSC dans leurs activités de diffusion et soutien aux équipes, en fonction des besoins identifiés.

Formations

- Approche positive et autodétermination;
- Interventions en interdisciplinarité;
- Sensibilisation à l'approche usager partenaire (projet de la DQEPE);
- Sensibilisation à l'analyse multidimensionnelle des besoins;
- Sensibilisation sur le processus d'adaptation des parents (vise à outiller l'ensemble des intervenants à reconnaître les étapes du « deuil » et à offrir un soutien minimal et ponctuel);
- Élaboration d'un pronostic de participation sociale.

Outils cliniques harmonisés

- Des formulaires harmonisés de PID, PII, PSI;
- Différents systèmes d'information clientèle sont utilisés à la DPD; des modalités de partage d'information et de communication efficaces sont à prévoir, et ce, afin d'optimiser l'interdisciplinarité.

Conclusion

Dans une visée d'amélioration continue, une évaluation de l'implantation de ce processus et de ses effets sera réalisée au cours des trois prochaines années.

Liste des annexes

Annexe A : Informations complémentaires sur le consentement

Annexe B : Informations complémentaires sur le pronostic de participation sociale (PPS)

Annexe C : Critères d'élaboration d'objectifs opérationnels

Annexe D : Résumé des 5 étapes d'un processus d'adaptation

Références

- Assemblée nationale. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C35F.PDF>
- Assemblée nationale. (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>
- Beadle-Brown, J., Murphy, G., Wing, L., Gould, J., Shah, A., Holmes, N. (2000). Changes in skills for people with intellectual disability: a follow-up of the Camberwell Cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44: 12-24.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, AC. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Centre montréalais de Réadaptation. (2015). *Le cycle clinique, Cadre de référence sur les pratiques cliniques*, CMR, 76p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest, Direction des Programmes Déficiences. (2017). *Épisodes de service spécialisé et outils d'aide à la décision*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest, Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire – DSMEU. (2016). *Processus clinique, Direction des programmes déficiences, composante CRDITEDME*, 41 p. Document inédit.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2018). *Offre de service, Direction des Programmes Déficiences*, 21 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019). *Règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest, Direction des programmes Déficiences. (2018). *Guide d'accompagnement sur les rôles et responsabilités des intervenants impliqués auprès de la clientèle hébergée en RI ou RTF*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2018). Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, *Politique de Prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle*, 17p.
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2017). *Politique de consentement aux soins de santé et aux services sociaux*, CIUSSSMCQ, 25p.
- CRDI Montérégie-Est, CMR, SRSOR. (2009). *Programme-cadre des services spécialisés de réadaptation en Montérégie pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement*, Comité clinique TED; France Carbonneau, Russel Clark, Karine Gagnon, Myriam Hurtubise, Joanne Larose, 384 p.
- CRDITED MCQ – IU. *Guide d'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII)*. (2013). Trois-Rivières, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, 40p.
- CRDITED MCQ – IU. *Processus clinique*. (2013). Trois-Rivières, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec – Institut universitaire, 72p.

- Deci, EL. et Ryan, RM. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Fédération des cégeps. (2014). *Les techniciennes et les techniciens en éducation spécialisée : toujours indispensables !* http://www.fedecegeps.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/TESVF_depliant_web.pdf.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise, Processus de production du handicap*. Québec, QC : Réseau international sur le Processus de production du handicap.
- Fraser, D. et Labbé, L. (1993). *L'approche positive de la personne... Une conception globale de l'intervention*. Laval: Éditions agence d'arc.
- Girard, K. (2016). *Expériences habilitantes et développement du pouvoir d'agir des familles de jeunes enfants en CRDITED* [thèse de doctorat]. Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Gouvernement du Québec. Code civil du Québec (L.Q. 1991, c. 64) (C.c.Q.). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>.
- Gouvernement du Québec. Code des professions (C-26). Mis à jour 1^{er} décembre 2019. Publications Québec-LégisQuébec. 124 p. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>.
- Guillemette, C. (2017). *Pronostic de participation sociale, Présentation PowerPoint, inspirée des travaux réalisés à la direction de la qualité, de la performance et des pratiques cliniques*, Centre montérégien de réadaptation de 2009 à 2015. <https://rfdsl.com/wp-content/uploads/2017/11/1-Pronostic-de-participation-sociale.pdf>.
- Institut de réadaptation physique du Québec – IRDPQ. (2010). *Guide d'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires*, IRDPQ , 35p.
- Labbé, L. (2012). *L'approche positive, échanges et réflexions*. Formation donnée au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement.
- Lachapelle, Y. et Wehmeyer, ML. (2003). L'autodétermination In M. J. Tassé & D. Morin (Eds.), *Manuel professionnel sur la déficience intellectuelle* (pp. 203-214): Gaëtan Morin, 464 p.
- Laverdière, M. et Régis, C. (2016). Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face : un défi pour le système professionnel québécois. Dans C. Régis, L. Khoury et R.P. Kouri (dir.), *Les grands conflits en droit de la santé – Les rencontres en droit de la santé- Volume 1*, (p.193-233). Montréal, CA : Éditions Yvon Blais.
- Letarte, MJ et Pauzé, R. (2018). L'approche bioécologique du développement humain. Dans G. Paquette, M. Laventure et R. Pauzé (dir.), *Approche systémique appliquée à la psychoéducation* (p.53-76). Boucherville, Canada: Béliveau éditeur.
- Loi sur les services de santé et des services sociaux, LSSSS, (1991 mis à jour juin 2018) Objet de la loi et droits des usagers *RLRQ chapitre S-4.2, article 12*.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2017). *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, Gouvernement du Québec.
- 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*, Gouvernement du Québec, E.D. Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>.

- Office des professions du Québec. (2003). *Cahier explicatif - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Gouvernement du Québec, E.D. Québec, Québec.
https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf.
- Office des professions du Québec. (2013). *Guide explicatif - le projet de loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan*. Gouvernement du Québec, Ed. Québec, Québec.
http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Grand_public/M_informer/Guide_explicatif_DECEMBRE_2013.ashx?la=fr.
- Office des professions du Québec. (2020). *Système professionnel*. <https://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel/>.
- Paquette, G., Laventure, M., Pauvé, R. (2018). *Approche systémique appliquée à la psychoéducation; L'adaptation des individus dans leur environnement*. Boucherville, Québec : Béliveau éditeur.
- Payette, M. (2001). Interdisciplinarité: clarification des concepts, *Revue Interaction*, Vol 5 no 1, p.19-36.
https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espaceetudiant/Revue_Interactions/Volume_5_no_1/V5N1_PAYETTE_Maurice_p19-36.pdf.
- Le Protecteur du Citoyen. (2015). *Rapport du Protecteur du citoyen ; L'accès, la continuité et la complémentarité des services pour les jeunes (0-18 ans) présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*, 33p.
- Réseau-conseil interdisciplinaire du Québec. (RCIQ). *Formation au travail interdisciplinaire, Cahier du participant*, Version 5, Claude Larivière et Christian Ricard, 2000.
- Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH). (2020). *Concepts clés*.
<https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>.
- Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort – SRSOR. (2015). *Processus clinique*, 57 p.
- Vinet, Louise, conseillère à la famille, SRSOR (version modifiée 2009), *Le cheminement des parents; survol des facteurs facilitant la collaboration parents-intervenants*, Présentation PowerPoint.
- Wehmeyer, LM. (2003). A functional theory of self-determination: definition and categorization. Dans Wehmeyer, M.L., Abery, B. H., Mithaug, D.E., & Stancliffe, R.J. *Theory in self-determination, foundations for educational practice*. (174-181). Springfield, Charles C Thomas publisher, LTD.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Marie-Ève Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2018-06-06
Révisé par	Paméla Déry, adjointe à la direction, DSMREU	2019-12-20
	Émilie Vézina Poirier, agente administrative, DSMREU	2020-02-05
Personnes consultées	Catherine Besner, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2020-12-08
	Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2019-12-01
	Marie-Chantal Gélinas, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2019-12-01
	Jennifer Mascitto, chef de service, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2020-02-05
	Andrée-Anne Miron, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Formation et développement professionnel, DSMREU	2019-12-01
	Cindy Sebes, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2019-12-01
	Stéphanie Sirard, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2020-01-15
	Catherine St-Jean, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Qualité de la pratique clinique, DSMREU	2019-12-01

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION		
Approuvé par	Jean-Marc Ricard Directeur Programmes Déficiences	Date Le 7 janvier 2021
Commentaires	N/A	

ANNEXE A

Informations complémentaires sur le consentement

Aptitude à consentir

- Capacité d'une personne à recevoir et comprendre de l'information concernant sa santé ou son intégrité, puis à raisonner dans le but de prendre une décision.
- L'aptitude de l'utilisateur à consentir ou à refuser les soins ou services doit être évaluée par l'intervenant avant chaque proposition de soins ou services.
- Selon l'article 4 du Code civil du Québec, toute personne est considérée apte. L'inaptitude doit donc être démontrée.
- L'aptitude à consentir peut varier dans le temps et selon le soin ou service proposé. De ce fait, l'évaluation de l'aptitude à consentir est un processus continu qui doit être vérifié pour chaque soin et service proposé.

Consentement retiré ou refus

- En reconnaissant le droit de l'utilisateur à consentir, on lui reconnaît de ce fait le droit de refuser des soins et des services.
- Le consentement peut être retiré à tout moment même verbalement. (C.c.Q., art. 11 et 24)

Majeur apte à consentir		Majeur inapte à consentir	
Peut consentir ou refuser seul des soins et services. (Art. 11 C.c.Q.)		Soins requis par l'état de santé de l'utilisateur : • Le consentement doit être donné par le mandataire, tuteur, curateur de l'utilisateur selon le régime de protection. (Art. 15 C.c.Q.) • Si pas de régime de protection : consentement donné par conjoint (marié, union civile ou de fait), proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour l'utilisateur. (Art. 15 C.c.Q.) • Si le représentant ne peut donner son consentement ou s'il refuse les soins et services de façon injustifiée : obtenir l'autorisation du tribunal. (Art. 16 C.c.Q.) • Si l'utilisateur refuse catégoriquement les soins et services (sauf soins d'hygiène ou urgence), malgré le consentement du représentant : obtenir autorisation du tribunal. (Art. 16 C.c.Q.)	Soins non requis par l'état de santé de l'utilisateur : • Obtenir le consentement du mandataire, tuteur, curateur. (Art. 18 C.c.Q.) • Si les soins demandés présentent un risque sérieux pour la santé de la personne inapte et peuvent causer des effets graves et permanents : obtenir l'autorisation du tribunal. (Art. 18 C.c.Q.)
Mineur de moins de 14 ans		Mineur de plus de 14 ans	
Obtenir le consentement du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale ou du tuteur. (Art. 14 et 18 C.c.Q.)		Soins requis par l'état de santé de l'utilisateur : • Le mineur de plus de 14 ans peut consentir seul à ses soins et services. (Art. 14 C.c.Q.) • S'il refuse les soins et services, mais que sa vie est en danger ou son intégrité menacée : obtenir le consentement de l'autorité parentale ou du tuteur. (Art. 16 C.c.Q.) • S'il refuse, mais que ce n'est pas une urgence : obtenir l'autorisation du tribunal. (Art. 16 C.c.Q.)	Soins non requis par l'état de santé de l'utilisateur : • Le mineur de plus de 14 ans peut consentir ou refuser les soins et services qui lui sont proposés. (Art. 17 C.c.Q.) • Si les soins demandés représentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent causer des effets graves et permanents : obtenir le consentement de l'autorité parentale ou du tuteur. (Art. 17 C.c.Q.)
Soins requis par l'état de santé de l'utilisateur : • Si le représentant de l'utilisateur ne peut donner son consentement ou s'il refuse les soins et services de façon injustifiée : obtenir l'autorisation du tribunal. (Art. 16 C.c.Q.) • Si l'intervenant juge que le refus peut compromettre la sécurité du mineur, il a l'obligation de le signaler au Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). (Art. 38 et 39, Loi sur la protection de la jeunesse)	Soins non requis par l'état de santé de l'utilisateur : • Si les soins demandés représentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent causer des effets graves et permanents : obtenir autorisation du tribunal. (Art. 18 C.c.Q.)	Informez l'autorité parentale ou le tuteur lorsque la durée du séjour dans un établissement de santé ou de services sociaux excède 12 heures. (Art. 14 C.c.Q.)	

Annexe B

Informations complémentaires sur le pronostic de participation sociale (PPS)

Le **pronostic de participation sociale (PPS)** réfère à la prévision du niveau probable de réalisation des habitudes de vie perturbées en fonction des facteurs personnels et environnementaux de l'utilisateur, dans le présent épisode de service.

Il se formule en fonction du **niveau probable d'autonomie** de l'utilisateur dans la réalisation de ses habitudes de vie et détermine le soutien (type d'aide) qui sera requis.

Comment élaborer un PPS? (Guillemette, 2017 et IRDPQ, 2010)

- Mettre en commun des observations sur l'évolution de l'utilisateur, des résultats des évaluations et du raisonnement clinique des divers intervenants impliqués, en tenant compte des compétences et attentes de l'utilisateur ainsi que des obstacles potentiels;
- Tenir compte des écarts entre la situation observée et la situation souhaitée;
- Ne pas inclure de critères de mesure des résultats;
- Utiliser une formulation au conditionnel et positive.

Le PPS est évolutif et se précise avec le temps. Il doit être simple, court, direct et traduit en habitudes de vie. Il doit faire ressortir les conditions de soutien nécessaires à un fonctionnement optimal de la personne dans son milieu naturel, par exemple, en citant le soutien et les aides techniques requis. (Guillemette, 2017 et IRDPQ, 2010)

Il vise ...	Il n'est PAS ...
• Des échanges authentiques usager/proches/intervenants • L'expression des espoirs • L'accompagnement dans le processus d'adaptation ou de deuil • L'exploitation des ressources personnelles et environnementales • La diminution des effets nuisibles de l'incertitude • L'orientation vers des solutions réalistes	• Un objectif interdisciplinaire • Un jugement définitif • Une recette • Une finalité imposée par des « experts » • Une façon de mettre en péril le lien thérapeutique • Une façon d'éteindre l'espoir de l'utilisateur • Une exigence administrative

Quelques exemples

Usager	Objectif visé	Spécifier les exceptions et le niveau d'aide physique ou instrumentale requis
Anne	Être autonome pour prendre le transport adapté tous les matins de la semaine	En ayant sa carte attachée à son manteau et si son intervenante est présente lors de son arrivée au bureau pour l'aider à descendre
Paul	Être en mesure de gérer sa colère sans crier	Si un adulte lui rappelle les étapes de gestion de conflits sauf si l'utilisateur #233245 le touche
Maxim	Pouvoir suivre le programme scolaire régulier	Avec des mesures de soutien telles que l'aide aux devoirs régulière et l'utilisation d'un ordinateur pour écrire

Annexe C

Critères d'élaboration d'objectifs opérationnels

Spécifique	• Sont adaptés aux caractéristiques et besoins de l'utilisateur, ainsi qu'à son projet personnel de réadaptation et au pronostic de participation sociale; • Sont pertinents et motivants pour l'utilisateur; • Sont formulés positivement, dans un langage simple, avec un verbe d'action.
Mesurable	• Visent l'acquisition et/ou la récupération de capacités observables dans les habitudes de vie; • Spécifient les critères de réussite (ex. : durée, pourcentage, fréquence, proportion, combinaison, produit fini et ses caractéristiques); • Identifient le niveau de départ nécessaire pour pouvoir ensuite juger des progrès réalisés suite aux interventions (évaluations pré-post).
Atteignable	• Définissent les conditions de réalisation de l'objectif (quand, où, avec quoi, comment, avec qui); • Font état de la disponibilité des ressources requises (matérielles et humaines) pendant le présent épisode de service.
Réaliste	• Tiennent compte des facteurs personnels et environnementaux de l'utilisateur et pouvoir être atteints dans le présent épisode de service.
Temporellement défini	• Indiquent le délai pour l'atteinte de chaque objectif est précisé.

Annexe D
Résumé des 5 étapes d'un processus d'adaptation

Étapes et niveau d'engagement	Caractéristiques	Interventions à privilégier
LE CHOC <i>Annonce du diagnostic ou des limitations fonctionnelles</i> <i>Engagement généralement faible ou absent</i>	- Écart entre le désir, le rêve et la réalité - Moment de désarroi - Blocage émotif ou émotions violentes - Confusion, affolement, colère - Anxiété élevée	- Permettre l'expression des émotions et des craintes - Offrir une explication claire et simple du diagnostic, du pronostic et des moyens d'intervention possibles
LE DÉNI <i>Engagement généralement faible ou absent</i>	- Négation de la situation et de ses conséquences en tout ou en partie - Recherche d'une opinion plus favorable - Anxiété - Colère contre les intervenants, le système - Rejet ou contestation des interventions proposées	- Augmenter graduellement la capacité de voir la situation telle qu'elle est - Diminuer le sentiment d'isolement en suggérant des ressources d'usagers ou de parents vivant des situations similaires
LE DÉSESPOIR <i>Engagement variable en fonction des progrès de l'usager</i> <i>Phase parfois la plus longue</i>	- Période de dépression ou de détresse - Sentiment de culpabilité - Colère envers les individus jugés plus chanceux - Recherche des causes - Isolement - Perte de l'estime de soi	- Accepter et permettre l'expression des émotions pénibles qui sont normales - Commencer à faire prendre conscience, à l'usager et ses proches, des espoirs réalistes (PPS)
L'ADAPTATION <i>Engagement plus actif et stable</i>	- Augmentation de la capacité de voir la réalité dans son ensemble - Changement des objectifs de vie en fonction de la nouvelle situation - Émotions moins intenses	- Augmenter les connaissances sur la situation de handicap, les conséquences et les moyens d'intervention - Augmenter leur sentiment de compétence
LA RÉORGANISATION <i>Engagement actif et réaliste</i>	- Acceptation véritable et réaliste des limites et du potentiel de réadaptation - Reconnaissance des limites des interventions effectuées par les intervenants - Apparition de la satisfaction et de la joie	- Aider l'usager et ses proches à reconnaître le processus à travers lequel ils sont passés et des moyens qui leur ont permis de s'adapter - Amener l'usager et ses proches à identifier et utiliser leurs forces

Tableau adapté de : Vinet Louise, conseillère à la famille, SRSOR (version modifiée 2009)

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

Québec

