

Programme spécialisé

Déficiência intellectuelle légère à modérée

Direction des programmes Déficiences (DPD)

Février 2025

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des gestionnaires et employés de la DPD, dont les noms sont précisés à la section « Historique » à la fin de ce document. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Ce document favorise une écriture épicène et inclusive.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 6 janvier 2025.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
LEXIQUE	6
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	8
1. DÉFINITION DE LA CLIENTÈLE CIBLE ET PROBLÉMATIQUE.....	10
1.1. Âge	10
1.2. Niveau de DI	12
1.3. Besoins de reprise ou de développement des habitudes de vie	13
1.4. Complexité de la situation clinique.....	14
2. OBJECTIFS	16
2.1. Objectif général	16
2.2. Objectifs spécifiques	16
2.3. Croisement entre objectifs général et spécifiques	16
3. THÉORIE	17
4. RESSOURCES HUMAINES	18
4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités	18
4.2. Développement des compétences.....	25
5. MÉCANISME D'ACCÈS	27
5.1. Cheminement de la demande de services	27
5.2. Critères d'accès	28
6. INTERVENTIONS	29
6.1. Modalités d'intervention	30
6.2. Description du processus d'intervention	32
6.3. Stratégies d'intervention	44
7. CONCLUSION	51
LISTE DES ANNEXES	52
ANNEXE A PORTRAIT GÉNÉRAL DU PROFIL DE BESOINS ET DE FONCTIONNEMENT – DIL ET DIM	53
ANNEXE B RÉSUMÉ DU PROGRAMME SPÉCIALISÉ DIL DIM	55
ANNEXE C OUTILS D'ÉVALUATION	56

ANNEXE D OUTILS D'INTERVENTION	58
RÉFÉRENCES	60

Liste des abréviations et des acronymes

AIMM	Analyse et intervention multimodale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
DIL	Déficiência intellectuelle légère
DIM	Déficiência intellectuelle modérée
DP	Déficiência physique
DPD	Direction des programmes Déficiencies
EGCP-II-R	Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PREC	Personne ressource en encadrement clinique
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
TC	Trouble du comportement
TGA	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Lexique

Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle	- La collaboration entre les différents professionnel·les pour répondre aux besoins de l'usager·ère se situe sur un continuum allant de l'unidisciplinarité à l'interdisciplinarité. - Le choix de la pratique de collaboration se base sur la complexité de la situation et les besoins de l'usager·ère. - Ainsi, il n'y a pas une pratique meilleure qu'une autre. - Dès que plusieurs intervenant·es de différentes disciplines interviennent auprès de l'usager·ère et s'échangent des informations, on parle d'une équipe multidisciplinaire. Cette équipe multidisciplinaire pourra travailler en interdisciplinarité lorsque les besoins seront très complexes ou en multidisciplinarité lorsque seul l'échange d'information est nécessaire pour répondre aux besoins de l'usager·ère (Careau et al., 2018).
Gamme de services ¹ pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)	Document regroupant les orientations ministérielles définissant la gamme de services intégrés et hiérarchisés pour répondre aux besoins des personnes ayant une déficience ou un TSA, de leur famille ou de leur proche (MSSS, 2021).
Intervenant·e	Stagiaire ou membre du personnel occupant des fonctions cliniques et exerçant un jugement clinique.
Plan d'intervention (PI)	Dans le cadre du présent document, le terme plan d'intervention (PI) englobe autant : - Le plan d'intervention disciplinaire (PID) - Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) - Le plan de service individualisé (PSI). Le processus clinique offre une définition de chacun de ces termes.
Professionnel·le	Plusieurs définitions de ce terme existent. Dans le cadre de ce document, ce sont des intervenant·es membres d'un ordre professionnel.
Service spécialisé	Un service spécialisé (anciennement appelé 2^e ligne), est un service de développement et de reprise des habitudes de vie auquel s'ajoute une notion de complexité. Il peut s'agir : d'une complexité clinique : une rupture d'équilibre, de nombreux facteurs à considérer dont l'évolution est difficilement prévisible. ou d'une complexité organisationnelle : besoin de regrouper différents professionnels ou d'utiliser des infrastructures plus spécialisées tels que des plateaux techniques (MSSS, 2021).
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, 2023).
Projet personnel de réadaptation	Réfère à ce que souhaite l'usager·ère, aux changements qu'il ou elle espère réaliser dans son fonctionnement quotidien (occuper un emploi, élargir son réseau social, participer à des activités dans la communauté, cuisiner un repas, etc.). Détermine les cibles que l'usager·ère souhaite atteindre à la fin du processus de réadaptation (CMR, 2015).
Projet de vie	- Exprime la vie que l'usager·ère souhaite mener et des moyens qu'il ou elle se donne pour y parvenir. - Orienté le comportement et les motivations de la personne à différents moments et selon les circonstances. Évolue dans le temps, tout au long du parcours de vie et de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie.(MSSS, 2018)

¹ Afin d'alléger le texte, l'utilisation du terme « Gamme de services DI-TSA-DP » sera utilisé.

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550² médecins, répartis dans 128 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, 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.

² Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

La *Direction des programmes Déficiences* (DPD) offre des services spécifiques sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest ainsi que des services spécialisés sur l'ensemble du territoire de la Montérégie (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023). Ces services s'inscrivent dans des programmes qui ont pour but de répondre aux besoins de santé et de services sociaux des personnes ayant :

Une déficience intellectuelle (DI)

Une déficience physique (DP)

Un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Ces programmes font partie de la *Gamme de services DI-TSA-DP* qui est résumée à l'aide de la figure suivante (MSSS, 2021) :

Gamme de services en DI-TSA-DP



Le *Programme spécialisé Déficience intellectuelle légère (DIL) à modérée (DIM) ou profil de fonctionnement et de besoins correspondant*, ci-après nommé *Programme spécialisé DIL DIM**, s'inscrit dans les services spécialisés de développement et de reprise des habitudes de vie.

Ce programme s'adresse aux personnes :

- Étant généralement âgées de 7 ans et plus³;
- Présentant soit :
 - ✓ Une déficience intellectuelle légère (DIL) ;
 - ✓ Une déficience intellectuelle modérée (DIM) ;
 - ✓ Un retard global de développement (RGD) avec un profil de fonctionnement et de besoins correspondant à la DIL ou à la DIM⁴.
- Désirant reprendre ou développer leurs habitudes de vie; ★
- Vivant une situation clinique complexe requérant des services spécialisés

Quelques précisions importantes :

- L'ensemble des critères ci-haut mentionnés doit être présent pour qu'une personne soit desservie par le présent programme ;
- L'offre de services *Maintien des acquis* ne fait pas partie du *Programme spécialisé DIL DIM*.

³ Certaines personnes peuvent être admises un peu plus tôt. L'âge d'admissibilité peut varier selon la date de réception de la demande et le profil de besoin.

⁴ Pour un portrait général du profil de fonctionnement et de besoins correspondant à la DIL ou à la DIM, consulter l'[annexe A](#).

- Les personnes bénéficiant du programme sont souvent hébergées. Il ne s'agit toutefois pas d'un critère d'accès ou d'une caractéristique partagée par l'ensemble de la clientèle desservie par le programme.

Ce programme a pour fonction de :

- Présenter les assises théoriques sur lesquelles les intervenant·es doivent se baser pour intervenir;
- Établir les objectifs poursuivis auprès de cette clientèle ;
- Préciser les compétences attendues ainsi que les rôles et les responsabilités des intervenant·es ;
- Établir clairement le mécanisme de référence au programme ;
- Préciser les étapes du processus clinique pour répondre plus spécifiquement aux besoins des usager·ères de ce programme ;
- Recenser les stratégies et outils d'intervention permettant d'atteindre les objectifs du programme.



L'annexe B – Résumé du *Programme spécialisé DIL DIM* présente un tableau qui répertorie les éléments clés du programme. Il est pertinent de le consulter en premier, avant de poursuivre la lecture, afin d'avoir une vue d'ensemble. Une lecture approfondie de chaque section demeure essentielle pour une bonne compréhension.

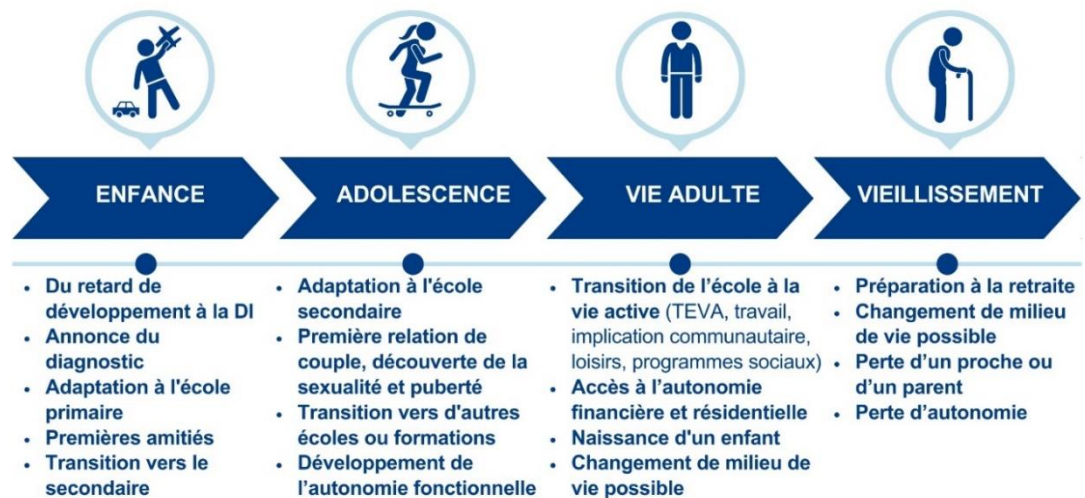
1. Définition de la clientèle cible et problématique

La clientèle cible de ce programme se définit en fonction des éléments suivants qui seront abordés dans la présente section :



1.1. Âge

Les personnes de ce programme sont généralement âgées de 7 ans et plus. Leur stade de développement est donc très variable : de l'enfance au vieillissement. Leurs besoins varient significativement en fonction de leur âge, notamment en lien avec les transitions qu'elles vivent (Verdugo et al., 2020). Voici certaines transitions possibles chez les individus à différents stades de leur développement à partir du début de la scolarité (Strnadová et al., 2021) :



Les périodes de transition sont fréquemment associées à un besoin accru de soutien en réadaptation pour les personnes présentant une DI (Engen et al., 2016; Verdugo et al., 2020). Les transitions exigent que l'individu s'adapte à une nouvelle situation, et ce sont particulièrement ces compétences d'adaptation qui peuvent être déficitaires chez les personnes ayant une DI. C'est pourquoi le soutien de la part de l'environnement de la personne est particulièrement important à ces moments.

Les périodes de transitions contribuent à la complexité de la situation clinique d'une personne et augmentent le risque que l'individu nécessite du soutien d'un service spécifique ou spécialisé. À noter que seule une faible proportion des personnes ayant une DIL ou une DIM requiert des services spécifiques, et une proportion encore moindre requiert des services spécialisés.

Voici quelques considérations en lien avec les transitions :

- Avant l'âge de 5 ans, l'individu peut avoir un diagnostic de *Retard global du développement*. L'annonce du diagnostic de DI survient plus généralement par la suite, au primaire, et avant 18 ans (APA, 2015).
- Pour les personnes ayant une DI, les transitions peuvent survenir plus tard (par exemple, lors de la transition vers la vie active) ou plus tôt (par exemple, lors du vieillissement) que pour les individus neurotypiques. À cet effet, les manifestations des troubles neurocognitifs, tels que la démence, sont souvent précoces pour les personnes ayant une DI et peuvent mener à des transitions de milieu de vie lorsque les adaptations ne sont plus possibles pour les ressources qui les hébergent ou pour leurs proches (Wehmeyer et al., 2017).
- Les micro transitions sont aussi importantes. Par exemple, l'accès à un premier emploi serait une macro transition, mais le changement d'un emploi à l'autre serait une micro transition. Tant les micro que les macro transitions perturbent l'équilibre chez l'individu (Strnadová et al., 2021).
- Les femmes ayant une déficience physique (DP) ou intellectuelle (DI) auraient en moyenne autant d'enfants que les femmes sans déficience (INESSS, 2023).
- Après l'école, la vie active d'adulte des individus ayant une DI varie grandement :
 - Ils sont moins représentés sur le marché du travail (Taubner et al., 2022), mais quand ils y accèdent, cela entraîne des défis plus importants que pour les individus neurotypiques.
 - Plusieurs bénéficient de programmes sociaux, comme l'aide sociale ou la solidarité sociale, mais y accéder pour la première fois peut être un facteur anxiogène pour la personne ayant une DI, mais aussi pour ses proches.
 - L'emploi n'est pas la principale façon pour eux de s'intégrer socialement. Trouver un projet de vie et s'y impliquer est une transition importante.
- Plusieurs des usager·ères changent de milieu de vie et se dirigent vers des ressources d'hébergement, mais certain·es peuvent vivre en appartement, surtout les individus ayant une DIL. L'hébergement ou la vie en appartement constituent des transitions importantes.
- Si la personne vivait avec des proches et que ceux-ci décèdent, l'individu doit non seulement s'adapter à la perte de ces personnes, mais aussi au quotidien sans elles. Cela peut entraîner un changement de milieu de vie et les deuils peuvent ainsi se multiplier (perte d'un proche, perte d'un milieu de vie).

1.2. Niveau de DI

Environ **3 %** de la population québécoise présente une DI (MSSS, 2016). Il s'agit d'un état généralement non évolutif qui dure toute la vie (American Psychiatric Association (APA), 2015). Il existe trois **critères diagnostiques** de la DI selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – cinquième édition (DSM-5)*⁵ (APA, 2015) et il est nécessaire de retrouver les trois pour établir un diagnostic de DI :



Ensuite, 4 **niveaux de DI** sont répertoriés. Ils réfèrent à la gravité des déficits, comme l'illustre la figure ci-dessous :



Les personnes présentant une DIS ou une DIP sont référées *au Programme spécialisé : DIS-DIP (PRG-10260)*. Celles qui présentent une DIL ou une DIM sont les personnes ciblées par le présent programme.

Les grandes différences entre la DIL et la DIM sont (APA, 2015) :

- L'importance des déficits;
- L'importance du soutien requis;
- La vitesse des apprentissages.



L'**annexe A** présente un tableau qui répertorie le profil de besoins et de fonctionnement des personnes ayant une DIL ou un DIM. On y retrouve des exemples concrets des limitations provoquées par les déficits établis dans le DSM-V. Il est pertinent de consulter cette annexe pour mieux comprendre la clientèle-cible.

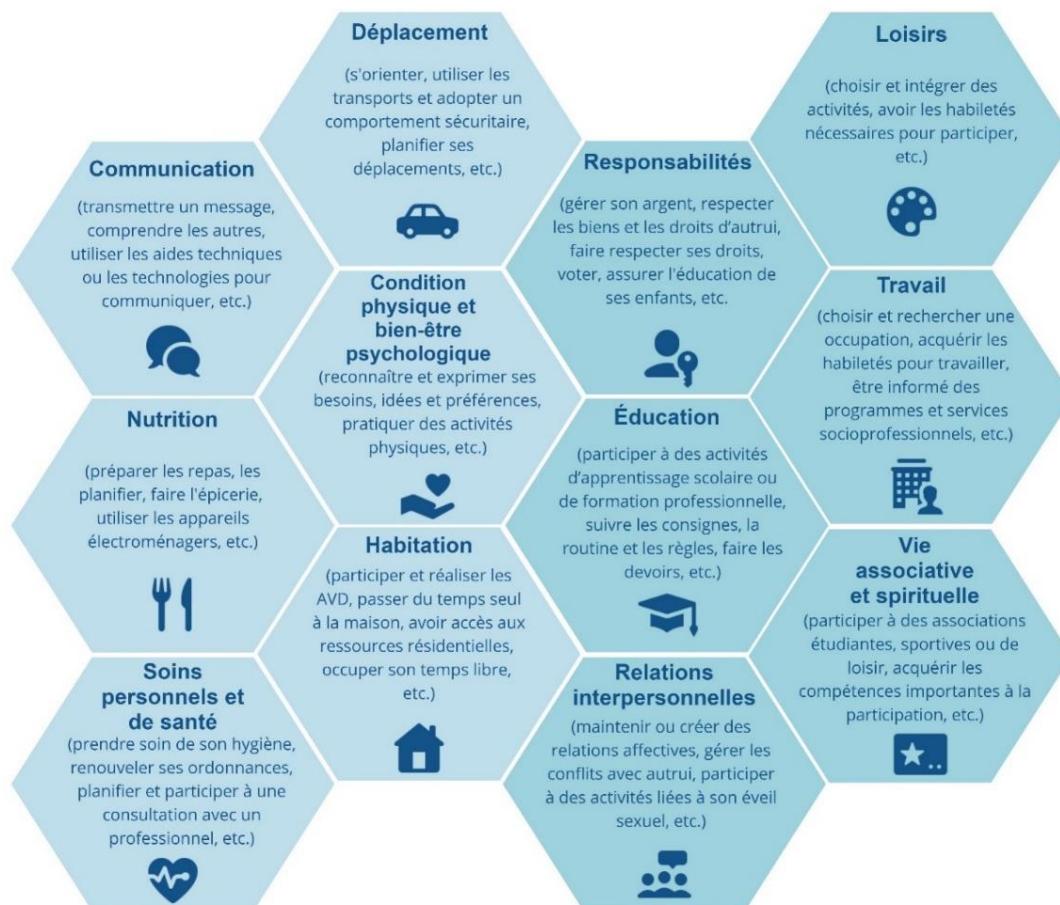
⁵ À noter que le DSM-5 adopte les termes « handicap intellectuel » ou « trouble du développement intellectuel ». Le terme DI est largement établi au Québec et réfère aux mêmes caractéristiques, c'est pourquoi son utilisation est privilégiée dans le texte.

1.3. Besoins de reprise ou de développement des habitudes de vie

Les personnes qui bénéficient du *Programme spécialisé Déficience intellectuelle légère à modérée* désirent reprendre ou développer leurs habitudes de vie. Les habitudes de vie se déclinent en deux catégories selon le MDH-PPH (RIPPH, 2023) :

Les activités courantes	Les rôles sociaux
-------------------------	-------------------

Chaque habitude de vie travaillée contribue à augmenter la **participation sociale** et à réduire la situation de handicap de la personne. Elles sont illustrées par le visuel suivant (INESSS, 2019) :

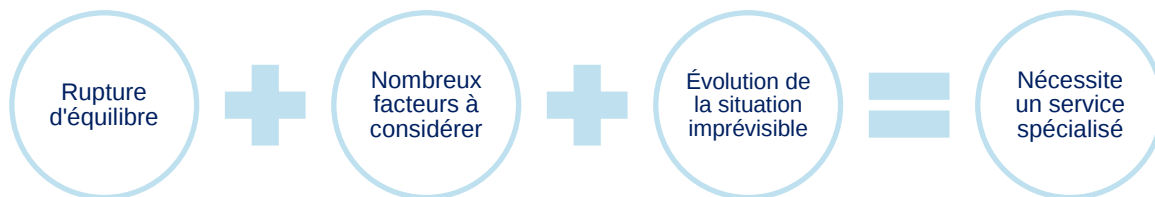


Comme le précise la *Gamme de services DI-TSA-DP*, les services de *reprise et de développement des habitudes de vie* se retrouvent autant dans les services spécifiques qu'au sein des services spécialisés. Ce qui distingue l'un de l'autre, c'est la complexité de la situation clinique (voir section suivante). C'est dans des situations complexes qu'interviennent les services spécialisés.

1.4. Complexité de la situation clinique

En plus de l'**âge**, de la présence d'un profil de besoins et de fonctionnement associé à la **DIL** ou à la **DIM** et d'un désir de **reprendre ou de développer des habitudes de vie**, l'usager·ère qui bénéficie des services spécialisés vit une situation clinique complexe. C'est en effet dans ces situations qu'interviennent les services spécialisés. Bien que les autres éléments abordés ci-dessus soient tous importants, **celui-ci est particulièrement crucial dans la définition de la clientèle qui bénéficie du Programme spécialisé DIL DIM.**

La définition de cette caractéristique de la clientèle est un enjeu, puisqu'elle repose sur le **jugement clinique**. La figure suivante illustre les éléments présents dans la situation de personnes nécessitant des services spécialisés:



Dans les facteurs à considérer, nous retrouvons notamment :

- La complexité et la quantité de facteurs personnels et environnementaux qui composent la situation ;
- La difficulté à identifier la fonction des comportements si la personne manifeste des comportements problématiques ;
- L'imprévisibilité de la situation ;
- La nécessité d'avoir une pratique interprofessionnelle, impliquant des intervenant·es de différentes disciplines ;
- La présence ou non de facteurs de risque ou de protection ;
- Le risque de préjudices ;
- L'historique des stratégies utilisées pour tenter de retrouver l'équilibre dans la situation de la personne, qu'elles aient été développées par d'autres intervenant·es ou par le milieu de vie ;
- Les situations d'impasse clinique ;
- Le potentiel de réadaptation de la personne.

Les services spécialisés ont pour but de résoudre une situation qui compromet le fonctionnement d'une personne. De plus, la situation doit compter de nombreux facteurs, tant personnels qu'environnementaux, ce qui rend l'évolution de la situation difficilement prévisible (MSSS, 2021).

Lorsqu'on pense à la **complexité clinique** d'une personne ayant une DI, on pense souvent à la présence d'un ou de plusieurs :

- Diagnostics
- Problématiques
- Syndromes

À la page suivante, un tableau répertorie les différents **troubles et diagnostics** les plus souvent associés à la DI.

Troubles de santé mentale	Troubles neurologiques ou développementaux	Autres
▪ Troubles dépressifs et anxieux (1) ▪ Trouble de la personnalité limite (2) ▪ Trouble de l'opposition (3) ▪ Trouble du comportement (1) ▪ Troubles bipolaires (1) ▪ Trouble de l'attachement (2) ▪ Trouble d'utilisation de substances (4)	▪ Épilepsie* (3) <i>* Présente chez 22% des personnes ayant une DI</i> ▪ Démence (5) ▪ Paralyse cérébrale (3) ▪ Déficit de l'attention / hyperactivité (1)	▪ Problèmes nutritionnels (6) ▪ Déficiences sensorielles et motrices (7)

(1) American Psychiatric Association, 2015 ; (2) Morin, 2012 (3) Oeseburg et al., 2011; (4) van Duijvenbode et VanDerNagel, 2019; (5) MacDonald et Summers, 2020; (6) INESSS, 2019a ; (7) Boulanger, 2016

Outre les diagnostics fréquemment associés à la DI, il existe aussi plusieurs **problématiques** qui viennent complexifier les situations. En comparaison aux individus neurotypiques, les personnes présentant une DI sont plus susceptibles d'être :

- Exploitées et agressées sexuellement (Tomsa et al., 2021)
- En situation de pauvreté (Emerson, 2007)
- Suivies dans les services de la protection de la jeunesse si elles ont le rôle de parent (Milot et al., 2014)
- Judiciarisées (Lindsay et Taylor, 2018)
- Victimes de discrimination ou d'iniquité en matière de soins et de services (Balogh et al., 2016)
- Polymédicamentées ou surmédicamentées (Sheerin et al., 2021)

De plus, **plusieurs syndromes rares** sont associés à la DI et ajoutent souvent à la complexité du tableau clinique, car ils peuvent nécessiter des interventions pointues liées aux comportements ou à la santé physique (Wehmeyer et al., 2017). Par exemple :

- Prader-Willi
- X-Fragile
- Trisomie 21

Ces **diagnostics**, **syndromes** et **problématiques** associés sont en effet des facteurs qui viennent *souvent* complexifier les situations et les rendent difficilement prévisibles. Toutefois, ce n'est pas *toujours* le cas. Une personne peut en effet être épileptique, par exemple, mais stabilisée, et ce diagnostic peut ne pas contribuer à la complexité de sa situation.

C'est une analyse approfondie de la situation clinique qui permettra de définir si la personne requiert l'accès aux services spécialisés. À noter que seule une faible proportion des personnes devrait être desservie par des services spécialisés, la majorité ne nécessitant pas ce degré de spécialisation.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Tout en considérant :

- L'orientation donnée par son [projet de vie](#);
- Les objectifs ciblés dans son [projet personnel de réadaptation](#);
- Surtout ses forces, mais aussi ses limites

... il est attendu que chaque personne participant au programme :

Optimise sa participation sociale pour retrouver un équilibre dans son fonctionnement perturbé en raison de multiples [facteurs](#) complexes.

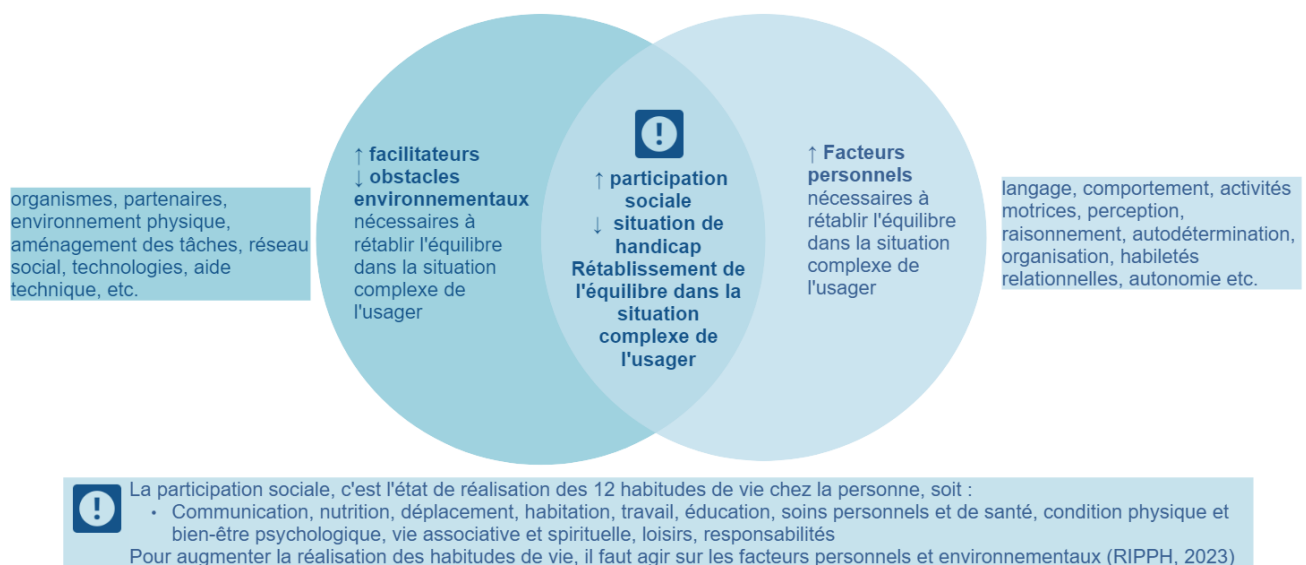
Cela aura pour effet de réduire sa situation de handicap vécue.

2.2. Objectifs spécifiques

Plus précisément, pour agir sur les habitudes de vie perturbées qui causent le déséquilibre dans le fonctionnement, il est attendu que la personne, avec le soutien des intervenant·es :

- Identifie et optimise les [facteurs personnels](#) composant sa situation complexe, notamment, mais sans s'y limiter :
 - ✓ Ses capacités d'autodétermination ;
 - ✓ Ses capacités adaptatives.
- Identifie et optimise les [facteurs environnementaux](#) composant sa situation complexe, notamment, mais sans s'y limiter :
 - ✓ L'environnement familial et social, incluant la collaboration avec les partenaires publics et privés ;
 - ✓ L'environnement physique.

2.3. Croisement entre objectifs général et spécifiques

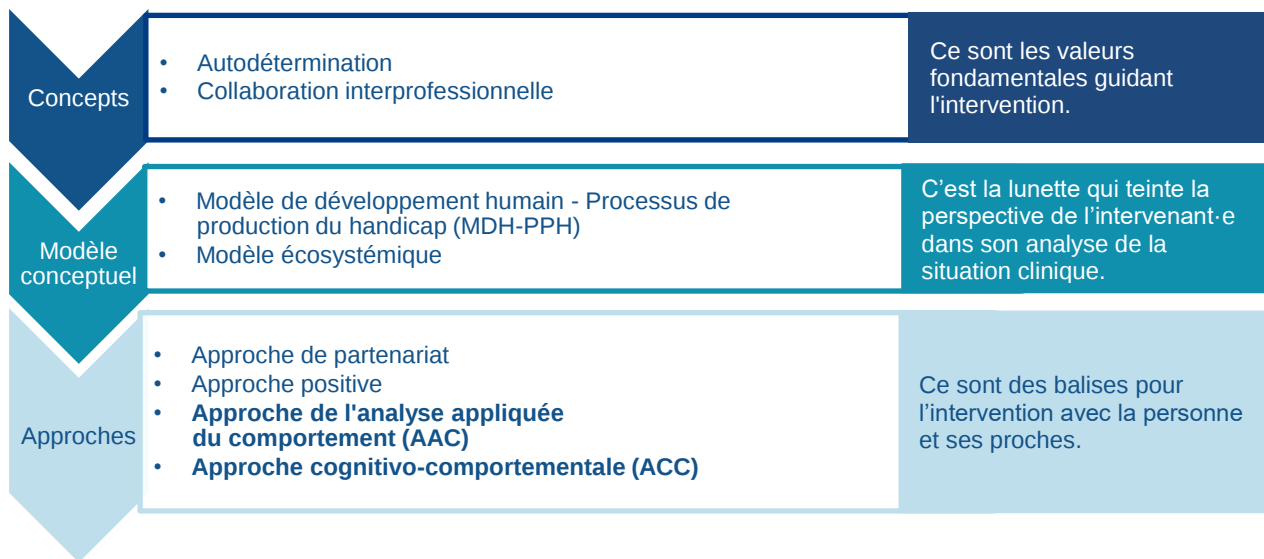


3. Théorie

Les services offerts dans le cadre du *Programme spécialisé DIL DIM* s'appuient sur des éléments théoriques dont la plupart sont décrits dans le [Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences](#). Ce document est l'assise du présent programme.

Dans un souci d'efficacité, les éléments théoriques de ce document ne seront pas redéfinis. Il est nécessaire de s'approprier le processus clinique pour bien les comprendre.

La figure suivante illustre les concepts présents dans le processus clinique ainsi que les **éléments spécifiques au présent programme (en gras)** qui sont décrits ci-dessous.



Toutes les approches susmentionnées sont des approches recommandées auprès de la clientèle cible. L'**approche de partenariat** et l'**approche positive**, décrites dans les processus cliniques à la base du présent programme, mettent de l'avant la dignité humaine et la participation active de la personne, tant dans son milieu de vie que dans les décisions qui la concernent. Elles devraient être utilisées en complémentarité avec les approches spécifiques au programme selon les besoins des usager·ères (l'**approche de l'analyse appliquée du comportement (AAC)** et l'**approche cognitivo-comportementale**).

Approche de l'analyse appliquée du comportement

L'analyse appliquée du comportement (AAC) vise l'augmentation de la fréquence des comportements socialement acceptables et la réduction des comportements non attendus par le biais d'interventions comportementales (INESSS, 2019).

Avant tout, une analyse rigoureuse du comportement, de son origine et de sa fonction doit être effectuée afin de guider l'intervention. Les changements doivent être désirés par l'usager·ère et ses proches et ces derniers doivent contribuer à l'analyse de la situation problématique et à la détermination des moyens utilisés pour la résoudre (INESSS, 2019).

Les stratégies d'intervention utilisées sont variées et comprennent, entre autres :

- Techniques d'enseignement ;
- Techniques visant à augmenter ou diminuer un comportement telles que les incitations, l'analyse de tâche, le modelage, le renforcement, l'extinction d'un comportement et la rétroaction verbale.

Ces interventions convenues sont mises en place et leur efficacité est mesurée en continu. Cette évaluation permet d'adapter les interventions et de mesurer le progrès.

Une bonne connaissance de la théorie de l'apprentissage ainsi que des stratégies d'intervention comportementales sont nécessaires à l'application de l'AAC (INESSS, 2019).

Approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale vise à permettre à l'individu de déterminer la relation entre ses pensées, ses émotions et ses comportements afin de mieux les gérer. Cette approche comprend une variété d'interventions, telles que :

- Des exercices de développement d'habiletés sociales ou de compétences adaptatives
- De la restructuration cognitive ;
- Des exercices de relaxation, d'attention dirigée ;
- Des discussions.

Lorsque cette approche est adaptée aux capacités de la personne, elle peut s'avérer bénéfique à la gestion des émotions et des comportements pour les personnes ayant une DIL ou une DIM (Fynn et al., 2023; Graser et al., 2022; INESSS, 2021)

4. Ressources humaines

4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités

Afin de répondre aux besoins de la clientèle, l'équipe sera composée de professionnel·les et d'intervenant·es issu·es de différentes disciplines. En cohérence avec la mission des services spécialisés, les besoins des personnes ayant une DI et les objectifs visés par le programme, l'ensemble des professionnel·les et intervenant·es de l'équipe seront appelé·es à travailler dans un contexte de grande complexité où la personne et ses proches vivent une rupture d'équilibre. Ils ou elles devront prendre en considération un nombre élevé de facteurs personnels et environnementaux dont l'interaction rend l'évolution de la situation imprévisible.

Les professionnel·les travaillent en conformité avec leurs **champs d'exercices** dans le cadre de leur prestation de services à la personne ayant une DI et ses proches. En cohérence avec le *Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*, il s'avère essentiel que les **activités réservées** par le système professionnel soient réalisées exclusivement par les professionnel·les habilité·es à le faire, et ce, dans leurs champs d'exercices respectifs. Il s'agit notamment de :

- La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi 90)
- 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),
- Ainsi que par tous les autres lois et règlements du système professionnel québécois,

Les professionnel·les et intervenant·es qui constituent l'équipe multidisciplinaire de ce programme seront appelé·es à adopter des **pratiques de collaboration interprofessionnelle** telles que la multidisciplinarité ou l'interdisciplinarité lorsque la situation de handicap de la personne le requiert. Dans certaines situations, des **collaborations interprogrammes** seront aussi nécessaires pour répondre aux besoins de la personne ayant une DI et de ses proches. En fonction des besoins de la personne et de ses proches, ainsi que du type de collaboration interprofessionnelle que sa situation requiert, l'implication des divers membres de l'équipe multidisciplinaire pourrait être plus ou moins longue dans le cadre de l'épisode de services.

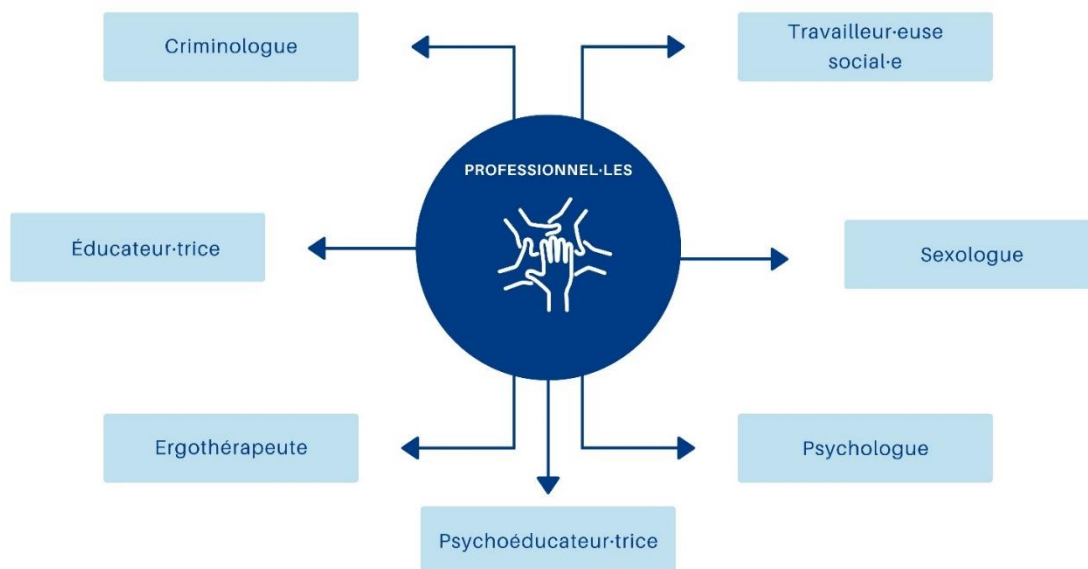
À noter que :

- Les titres d'emploi qui suivent sont ceux qui constituent l'équipe du Programme spécialisé DIL DIM.
- Les personnes bénéficiant du programme peuvent avoir accès à d'autres professionnel·les via des partenariats avec d'autres équipes, notamment, mais sans s'y limiter, des physiothérapeutes et des nutritionnistes.
- La composition de l'équipe pourrait évoluer en fonction des besoins de la clientèle.
- Les titres d'emploi mentionnés dans cette section ne comprennent pas ceux du programme *Maintien des acquis* (MDA), qui constitue un service différent. Ainsi, les personnes intervenant en MDA (assistant·es en réadaptation, technicien·ne en travail social, agent·e de relations humaines, etc.) ne s'y retrouvent pas, même si leur apport est essentiel et que les intervenant·es du programme spécialisé DIL DIM sont emmené·es à collaborer étroitement avec cette équipe.

Les prochains paragraphes porteront sur les titres d'emplois qui composeront les équipes du programme ainsi qu'une **description sommaire** de leur champ d'exercice, de leurs responsabilités et activités en fonction des besoins de la clientèle présentés dans les sections précédentes du programme. Pour une **description détaillée** des responsabilités et des activités pour chaque titre d'emploi, se référer aux **annexes I à VII**. La **description détaillée des responsabilités et activités communes et partagées** par l'ensemble des professionnels·les est disponible à l'**annexe VIII**. On retrouve également à la fin de la section une description de certaines fonctions que peuvent occuper certains membres du personnel.

4.1.1. Description sommaire des champs d'exercices pour chaque titre d'emploi

① À noter que les titres d'emploi sont classés en ordre alphabétique



Criminologue

Le ou la criminologue est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps au niveau de ses rôles sociaux liés à des éléments de justice, de délinquance ou de victimologie.

Il peut s'agir, à titre non exhaustif, de personnes :



- Dont la sécurité ou le développement est potentiellement compromis, dont les jeunes qui ont un trouble de comportement important;
- Ayant commis une infraction;
- Inaptes à subir leur procès ou déclarées non responsables criminellement;
- Présentant un état qui peut les rendre à risque de judiciarisation ou de victimisation (par exemple, la toxicomanie ou toute autre dépendance, l'itinérance, les problèmes sexuels ou les problèmes de santé mentale);
- Victimes d'actes criminels (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021)

Selon l'Office des professions du Québec (2021), « **l'exercice de la criminologie** consiste à évaluer les facteurs criminogènes et le comportement délictueux de la personne ainsi que les effets d'un acte criminel sur la victime, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, soutenir et rétablir les capacités sociales de la personne contrevenante et de la victime dans le but de favoriser l'intégration dans la société de l'être humain en interaction avec son environnement. »

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe I.

Éducateur·trice

L'éducateur·trice est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps touchant la sphère des comportements adaptatifs.

Il peut s'agir, à titre non exhaustif, de personnes :



- Manifestant des troubles de comportements (ex. : comportements de retrait, comportements d'agressivité envers autrui, automutilation, comportements socioperturbateurs, etc.). Ces comportements peuvent avoir des impacts négatifs sur leur qualité de vie (ex. : perturbation de leur fonctionnement quotidien et/ou de celui de leur entourage, perturbation au plan de leur intégrité physique ou psychologique, de l'environnement social ou physique, etc.) ;
- Rencontrant des difficultés au niveau des interactions sociales qui engendrent des tensions, des conflits dans leurs différents milieux de vie;
- Rencontrant de difficultés au niveau des apprentissages et de la généralisation. Ces difficultés ont des impacts importants sur leur développement, leur autonomie et leur autodétermination.

Le **principal objectif de l'éducateur·trice** est de « favoriser le développement, le recouvrement des compétences et la reprise de habitudes de vie des usager·ères, afin qu'ils retrouvent un niveau d'adaptation optimal » (Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec, 2019). Il appliquera des techniques d'éducation en utilisant les activités de la vie quotidienne, en coordonnant et en animant des activités visant l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats (Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, 2024).

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe II.

Ergothérapeute

L'ergothérapeute est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps dans la réalisation de ses activités et occupations.

Il peut s'agir, à titre non exhaustif, de personnes :



Exemples

- Rencontrant des difficultés d'autorégulation, d'attention et de concentration, d'adaptation du niveau d'éveil et de disponibilité aux apprentissages causant un impact sur la réalisation de leurs activités quotidiennes ;
- Manifestant de l'agitation motrice importante amenant une diminution de leur participation à une ou plusieurs activités ;
- Manifestant des besoins sensoriels nécessitant la mise en place d'aménagements environnementaux particuliers. Par exemple : salle sensorielle, coin noir, etc.
- Manifestant divers comportements problématiques tels que des comportements d'autostimulation excessifs, d'automutilation, d'évitement, etc. Ces comportements persistent malgré la mise en place d'interventions reconnues auprès de la clientèle ayant une DI et amènent une diminution de leur participation à une ou plusieurs activités.

Selon l'Office des professions du Québec (2021), « **l'exercice de l'ergothérapie** consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles, à déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, à compenser les incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe III.

Psychoéducateur·trice

Le ou la psychoéducateur·trice est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps touchant la sphère des comportements adaptatifs.

Il peut s'agir, à titre non exhaustif, de personnes :



Exemples

- Manifestant des troubles de comportements (ex. : comportements de retrait, comportements d'agressivité envers autrui, automutilation, comportements socioperturbateurs, etc.). Ces comportements persistent malgré la mise en place d'interventions reconnues auprès de personnes vivant avec une DI. Ces comportements peuvent avoir des impacts négatifs sur leur qualité de vie (ex. : Perturbation de leur fonctionnement quotidien et/ou de celui de leur entourage, perturbation au plan de leur intégrité physique ou psychologique, de l'environnement social ou physique, etc.) ;
- Rencontrant des difficultés au niveau des interactions sociales qui engendrent des tensions, des conflits dans leurs différents milieux de vie ;
- Rencontrant de difficultés au niveau des apprentissages, de la généralisation. Ces difficultés ont des impacts importants sur leur développement, leur autonomie et leur autodétermination.

Selon l'Office des professions du Québec (2021), « **l'exercice de la psychoéducation** consiste à évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, à rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi qu'à contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe IV.

Le ou la psychologue est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps touchant la sphère de la santé psychologique.

Il peut s'agir, à titre non exhaustif, de personnes:

- 
- Exemples
- Ayant vécu divers types de traumatisme (ex. : situation de violence physique, mauvaise expérience avec intervenant·es dans un contexte de protection de la jeunesse, peur de l'adulte, intimidation, enjeux familiaux passés, etc.). Ces situations de traumatismes peuvent interférer, par la suite, sur la disponibilité de la personne à recevoir des services de réadaptation ;
 - Rencontrant des difficultés persistantes à la suite d'une situation de deuil ;
 - Manifestant des difficultés persistantes semblant se rattacher aux fonctions exécutives (attention, planification, mémoire de travail, flexibilité cognitive, etc.) et qui ont un impact sur ses comportements et ses apprentissages ;
 - Manifestant des comportements pouvant être liés à un trouble de santé mentale et nécessitant une meilleure compréhension afin d'ajuster les interventions. (Ex. : enjeux d'attachement, d'amasement compulsif d'objets, d'ingestion de substances non comestibles, de rituels compulsifs, etc.) pour lesquelles le psychologue a les connaissances et les compétences ;
 - Présentant un portrait clinique où la présence d'un diagnostic en santé mentale (Ex. : troubles dépressifs et anxieux, trouble de la personnalité limite, trouble de l'attachement, trouble de l'opposition, trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, etc.) complexifie la compréhension des besoins de la personne ainsi que la mise en place de stratégies d'intervention adaptées pour lesquelles le psychologue a les connaissances et les compétences.

Selon l'Office des professions du Québec (2021), « **l'exercice de la psychologie** consiste à évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi qu'à déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe V.

Le ou la sexologue est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps **touchant la sphère du comportement et du développement sexuel**.

Il peut s'agir, à **titre non exhaustif**, de personnes :



Exemples

- Manifestant des comportements sexuels inappropriés, immatures ou exploratoires, et ce malgré l'essai préalable d'interventions par un·e intervenant·e formé·e à l'éducation sexuelle (sensibilisation, enseignement des règles sociosexuelles);
- Manifestant des comportements sexuels problématiques mettant à risque leur sécurité et leur intégrité physique et psychologique ou celles d'autrui. Parmi l'éventail de comportements sexuels problématiques, nous retrouvons, entre autres, les situations suivantes :
 - ✓ Présence de comportements masturbatoires en utilisant des objets dangereux ;
 - ✓ Émission des comportements sexuels dans des lieux inappropriés en présence de personnes non consentantes ou en présence de mineurs ;
 - ✓ Émission des comportements sexuels de façon excessive, envahissante, répétitive ou désinhibée ;
 - ✓ Utilisation ou production de matériel pornographique qui sont proscrites par la loi (Ex. : pornographie juvénile), utilisation de matériel pornographique par une personne mineure, utilisation de matériel pornographique à caractère déviant (Ex. : violent, bestial, etc.) ;
 - ✓ Émission de comportements s'apparentant à un trouble paraphilique ou une paraphilie offensive (Ex. voyeurisme, exhibitionnisme, etc.) ;
 - ✓ Agression sexuelle ou situation d'exploitation sexuelle commise par un usager, etc.
- Présentant des indices de victimisation sexuelle ou d'exploitation sexuelle;
- Manifestant des préoccupations persistantes ou de la détresse par rapport à leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

Selon l'Office des professions du Québec (2021), « **l'exercice de la sexologie** consiste à évaluer le comportement et le développement sexuels de la personne, à déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser un meilleur équilibre sexuel chez l'être humain en interaction avec son environnement. »

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe VI.

Travailleur·euse social·e

Le ou la travailleur·euse social·e est sollicité·e lorsque la personne vit des situations de handicaps dans **l'accomplissement de ses rôles sociaux**. La réponse à ses besoins peut être influencée par **l'impact du diagnostic sur le fonctionnement des différents réseaux de la personne (familial, social, scolaire)**.

Il peut s'agir, à **titre non exhaustif**, de personnes :



Exemples

- Rencontrant des difficultés à être reconnues pour leurs forces et leurs capacités dans leurs différents milieux (familial, scolaire, socioprofessionnel, communautaire, etc.);
- Rencontrant des difficultés à trouver réponse à leurs besoins diversifiés (besoins physiologiques et de survie, besoin de sécurité, d'appartenance, d'estime, réalisation de soi) et à être reconnues dans leurs droits (autonomie, autodétermination, émancipation, inclusion et reconnaissance sociale, etc.) dans les différents milieux ;
- Rencontrant des difficultés à développer des relations interpersonnelles significatives et positives (présence de tensions relationnelles, de conflits, etc.) dans ses milieux (familial, scolaire, socioprofessionnel, communautaire, etc.)

Également, en considérant l'offre de services spécialisés de la DPD en matière d'hébergement, le Travailleur·euse social·e pourrait être sollicité·e, **entre autres**, à :

- Accompagner l'usager·ère et ses proches à travers le processus d'intégration dans une ressource d'hébergement, et ce en considérant les impacts d'un changement de milieu de vie sur la cellule familiale ou le réseau de soutien;
- Accompagner l'usager·ère, les proches et la ressource d'hébergement dans le *processus du partage des rôles et des responsabilités à l'hébergement des adultes et des enfants (PRC-DPD-10307)* pour les ressources sous la responsabilité de la DPD.

Selon l'Office des professions du Québec (2021), « **l'exercice du travail social** consiste à évaluer le fonctionnement social, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi qu'à soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. »

+ Pour une **description spécifique** des responsabilités et des activités, se référer à l'annexe VII.

4.1.2. Description de fonctions que peuvent occuper certains membres du personnel

Selon l'organisation du travail favorisée par les gestionnaires du programme et les ressources disponibles, les professionnel·les et les intervenant·es du programme pourraient se faire attribuer les fonctions suivantes :

Intervenant·e pivot

L'intervenant·e pivot de la personne présentant une DI est :

- « L'intervenant·e responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services » (MSSS, 2017, p. 24).
- Il ou elle contribue à « soutenir la fluidité du parcours de soins de santé et de services sociaux et d'assurer une continuité informationnelle et relationnelle avec la personne.
- Il ou elle s'assure que la personne et ses proches soient activement inclus dans le processus de soins et services et s'assure qu'ils sont partie prenante de toutes les décisions qui les concernent » (MSSS, 2021, p. 2).
- L'intervenant·e pivot participe à chaque étape du processus clinique. Il ou elle maintient aussi le contact avec tous les intervenant·es concerné·es (MSSS, 2017).

La désignation de l'intervenant·e pivot s'effectue selon l'intervenant·e le ou la mieux disposé·e à occuper cette fonction compte tenu de la situation de la personne ayant une DI, **peu importe son champ d'exercice**.

Personne-ressource en encadrement clinique (PREC)

Les actions de la PREC contribuent à assurer la qualité et la sécurité des services offerts aux personnes présentant une DI. Son rôle consiste à :

- Soutenir les membres de l'équipe multidisciplinaire dans l'application des principes directeurs, modèles théoriques et approches, ainsi que la séquence guidant la pratique clinique, dont les éléments contenus dans le *Processus clinique des programmes spécialisés de la DPD* et dans ce programme.
- La PREC accompagne aussi les intervenant·es dans les dossiers complexes, soutient l'implantation des nouvelles pratiques et procédures cliniques applicables à la clientèle, identifie les besoins de développement de compétences des membres de l'équipe et agit comme facilitateur dans l'application des différentes modalités d'encadrement clinique (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022).

4.2. Développement des compétences

4.2.1. Compétences ciblées

Le personnel visé par le *Programme spécialisé DIL DIM*, possède différentes formations académiques et occupe divers titres d'emploi. Il possède donc un bagage professionnel varié.

Afin que le contenu de ce programme soit appliqué avec succès auprès des usager·ères, il est nécessaire pour chaque personne concernée de **connaître** (avoir des connaissances) et de **maitriser** (posséder des habiletés) diverses notions liées spécifiquement à ce programme, et ce, en fonction du rôle selon son titre d'emploi et ses fonctions. Il s'agit de compétences spécifiques.

Les **thèmes** suivants sont à considérer :

- Les particularités et besoins de la clientèle cible;
- Les approches d'intervention retenues comme meilleures pratiques, spécifiquement pour la clientèle visée par le programme;
- Les outils cliniques;
- Les trajectoires de soins et services complémentaires;
- Les principaux partenariats de soins et services.

Il est important de mentionner que cette section vient s'ajouter aux compétences déjà énoncées dans le [*Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*](#), particulièrement celles en lien avec l'autodétermination, l'approche positive, le MDH-PPH, l'approche de partenariat, l'analyse multidimensionnelle des besoins ainsi que les plans d'intervention.

Pour le présent programme, les compétences suivantes ont été identifiées comme étant nécessaires à **sa compréhension et à son application**. Le niveau de maîtrise des compétences dépend du titre d'emploi et de ses fonctions.

- Procéder à une analyse ou une évaluation auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle, en fonction des meilleures pratiques.
- Réaliser, au besoin, la passation et l'interprétation des outils cités dans [*l'Annexe C – Outils d'évaluation*](#), en fonction de son champ d'exercice et d'expertise.
- Appliquer rigoureusement le processus AUDIS lorsqu'une personne présente des manifestations associées au suicide.
- Identifier, en se basant sur les résultats de son évaluation, la meilleure stratégie d'intervention en fonction des meilleures pratiques et des spécificités de l'usager·ère.
- Appliquer les stratégies et techniques d'intervention découlant de l'analyse appliquée du comportement.
- Appliquer les stratégies et techniques d'intervention découlant de l'approche cognitivo-comportementale.
- Comprendre les principes de base de l'AIMM.
- Appliquer dans sa pratique les principes et les stratégies :
 - De gestion du comportement (soutien comportemental positif, prévention active, aménagement préventif);
 - De la saine gestion des risques.

Un cursus de développement des compétences spécifique découle de ce programme. Les questionnaires ou PREC peuvent être consultés si le personnel veut en apprendre davantage.

4.2.2. Moyens de développer les compétences ciblées

Au CISSS de la Montérégie-Ouest, différents **moyens** permettent de soutenir le personnel dans la réalisation des activités pour développer les compétences identifiées dans ce programme :

- **Le plan de développement des compétences (PDC)**

Annuellement, chaque direction identifie les activités de développement des compétences qui seront priorisées pour l'année à venir en fonction des besoins de l'organisation, de la direction, des services et des employé-es.

Les employé-es sont invité-es à identifier et à nommer leurs besoins de développement des compétences.

- **L'encadrement professionnel**

Les **gestionnaires** soutiennent leurs employé-es dans le développement de leurs compétences, notamment lors de l'appréciation de la contribution ainsi que lors de leur accompagnement dans toute rencontre formelle ou informelle de suivi de dossier.

Les **personnes-ressources en encadrement clinique** (PREC) offrent du soutien aux employé-es permettant ainsi de les accompagner dans l'identification de leurs besoins de développement professionnel.

- **L'offre de services « Apprentissages »**

Plusieurs services au CISSS de la Montérégie-Ouest accompagnent les directions dans le développement des compétences professionnelles. Quelques exemples : analyse des besoins de développement des compétences, identification des ressources pertinentes, production de contenu si nécessaire, cursus de développement des compétences, stratégies pour pérenniser les apprentissages afin de maintenir les compétences de tous les intervenant-es au programme.

Les employé-es sont invité-es à se référer à leur gestionnaire afin d'acheminer une demande de service. L'offre de services « Apprentissages » pourra les soutenir dans la planification d'activités visant le développement des compétences.

5. Mécanisme d'accès

5.1. Cheminement de la demande de services

Les personnes désirant les services du *Programme spécialisé DIL DIM* peuvent provenir :

- **D'autres services spécialisés de la DPD**
Par exemple : Programme spécialisé TC-TGC, Programme Intégration Travail, etc.
Ce sont alors les modalités interprogramme qui s'appliquent. La PREC du programme référent discute avec une PREC du *Programme spécialisé DIL DIM* pour s'assurer que le programme est le plus indiqué pour répondre aux besoins complexes de l'utilisateur.
- **Des services spécifiques DI-TSA-DP**
C'est le guichet d'accès intégré qui traite cette demande. Le personnel du guichet d'accès s'assure que l'utilisateur requiert des services spécialisés.
- **D'autres services hors DI-TSA-DP**
Par exemple : protection de la jeunesse, partenaires externes, autres directions comme santé mentale ou soutien à domicile
Même si une personne n'a pas été desservie préalablement par les services spécifiques DI-TSA-DP, elle pourrait être référée directement au *Programme spécialisé DIL DIM* si elle présente un profil de besoins complexe. Le but est d'éviter les transitions pour elle et qu'elle reçoive le bon service au bon moment. Comme pour les demandes provenant des services spécifiques, c'est le guichet d'accès intégré qui a la responsabilité de s'assurer que le *Programme spécialisé DIL DIM* est le plus indiqué pour répondre aux besoins complexes de l'utilisateur.

Questionnements sur le choix du programme pour répondre aux besoins de l'utilisateur

Il peut arriver parfois qu'un-e intervenant-e doute que le *Programme spécialisé DIL DIM* soit le plus approprié pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Par exemple :

- La personne ne semble pas requérir de services spécialisés;
- La personne présente clairement un trouble grave du comportement;
- Les besoins en lien avec la problématique de santé mentale semblent être prépondérants.

L'intervenant-e se doit alors d'en discuter avec sa PREC. Ils ou elles aborderont :

- La possibilité de solliciter la collaboration d'un-e professionnel-le du *Programme spécialisé DIL DIM* ou d'un autre programme pour co-intervenir auprès de l'utilisateur;
- La possibilité de transférer l'utilisateur vers un autre programme s'il s'agit de la meilleure façon de répondre à son besoin;
- La pertinence que la PREC discute avec le guichet d'accès intégré pour améliorer les processus de référence pour les futures demandes.

L'intervenant-e ainsi que la PREC du *Programme spécialisé DIL DIM* se centrent sur les besoins des utilisateurs et doivent toujours réfléchir dans l'optique de trouver les meilleures façons pour y répondre en évitant le plus possible les transitions. Toutes les décisions prises doivent l'être dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

5.2. Critères d'accès

Les personnes désirant bénéficier du *Programme spécialisé DIL DIM* doivent :

- ✓ Avoir l'âge requis (*généralement 7 ans et plus*);
- ✓ Présentent un RGD avec un profil de besoins et de fonctionnement correspondant (voir [Annexe A](#)), une DIL ou une DIM;
- ✓ Vivre une situation clinique complexe ainsi qu'une situation de handicap qui requiert des services de reprise ou de développement des habitudes de vie;
- ✓ Être disponible et consentir à s'investir dans la démarche de réadaptation.

À noter qu'il est fréquent qu'un diagnostic de TSA soit présent chez les personnes ayant une DI (Oeseburg et al., 2011). Dans ces cas, elles seront orientées vers le programme le plus à même de répondre à leurs besoins. Il ne s'agit pas d'un critère d'exclusion au présent programme, mais le plus souvent, ces personnes sont orientées vers le programme spécialisé TSA.

6. Interventions

Lors de son intervention, l'intervenant-e évalue constamment la situation sous la lunette du **MDH-PPH**, en considérant à la fois les facteurs personnels et environnementaux ainsi que leurs influences sur les habitudes de vie de l'usager-ère. L'intervenant-e agit en **partenariat** avec l'usager-ère, favorise son **autodétermination** puis mise sur sa qualité de vie, en acceptant ses forces et ses limitations tout en gardant en tête qu'il ou elle est ou peut devenir un apport social significatif (**approche positive**). Dans l'optique de services spécialisés, l'intervenant-e du programme collabore avec différent-es intervenant-es afin de répondre aux besoins complexes des usager-ères (**collaboration interprofessionnelle**). L'intervenant-e intervient en utilisant les principes de **l'approche de l'AAC** ainsi que ceux de **l'approche cognitivo-comportementale** (voir **3. Théorie**). Il s'agit là des grands principes, valeurs et approches qui guident l'intervenant-e tout au long de ses interventions. En cohérence avec ces grands principes, la présente section a pour but de pister plus concrètement les intervenant-es sur le déroulement du processus clinique, l'application de stratégies d'intervention et les différentes modalités d'intervention.

Cette partie comprend 3 sous-sections :

<u>6.1. Modalités d'intervention</u>	<u>6.2. Description du processus d'intervention</u>	<u>6.3. Stratégies d'intervention</u>
• Répertorie les modalités au sein desquelles l'intervenant-e peut s'inscrire : ○ Complémentarité ; ○ Continuité ; ○ Consultation.	• Précise les étapes du processus clinique spécifiquement pour le <i>Programme spécialisé DIL DIM</i> : de l'accueil au programme jusqu'à la fermeture de l'épisode de service spécialisé. • Répertorie des outils et de la documentation pour chacune des étapes du processus clinique. • Met de l'avant l'autodétermination de l'usager-ère pour chacune des étapes.	• Précise les stratégies d'intervention attendues dans le cadre du <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>. Elles s'inscrivent dans le cadre de l'étape 3 du processus d'intervention : <i>Élaboration et mise en œuvre des interventions</i> • Répertorie aussi les différents outils d'intervention pour chacune des habitudes de vie.

À noter qu'au *Programme spécialisé DIL DIM*, selon certaines circonstances, l'usager-ère peut bénéficier du **Premier épisode de services**. Il ou elle bénéficiera alors de quatre rencontres lors desquelles des objectifs précis basés sur ses besoins prioritaires seront travaillés. Si ces rencontres suffisent à répondre à son besoin, alors l'épisode de services est fermé. Sinon, la personne a tout de même progressé et est minimalement outillée, puis inscrite sur la liste d'attente du 2^e service. À noter que lors de ce premier épisode de services, il est tout de même attendu que l'usager-ère vive un processus clinique complet et qu'on utilise également avec lui ou elle des stratégies d'intervention. L'évaluation et l'analyse se veulent toutefois succinctes et les interventions mises en place, minimales.

Vous retrouverez quatre symboles lors de votre lecture, en voici la signification :

-  Documentation à consulter
-  Outil à considérer
-  Informations spécifiques concernant les personnes hébergées
-  Précisions sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle

À noter que tous les outils et toute la documentation recensée dans cette section ont été déposés dans le *Guide de l'intervenant*.

6.1. Modalités d'intervention

Avant de plonger dans les précisions quant au processus clinique, il est intéressant de comprendre dans quelle modalité peut s'inscrire l'intervenant·e du *Programme spécialisé DIL DIM*. Il peut agir en **consultation**, en **complémentarité** ou en **continuité**.

Consultation

L'intervenant·e peut être appelé·e à offrir une consultation, soit à ses collègues du programme ou bien à d'autres programmes.

Il ou elle agit alors à titre de **personne-ressource** dans son champ d'exercice auprès de l'équipe et des partenaires impliqués.

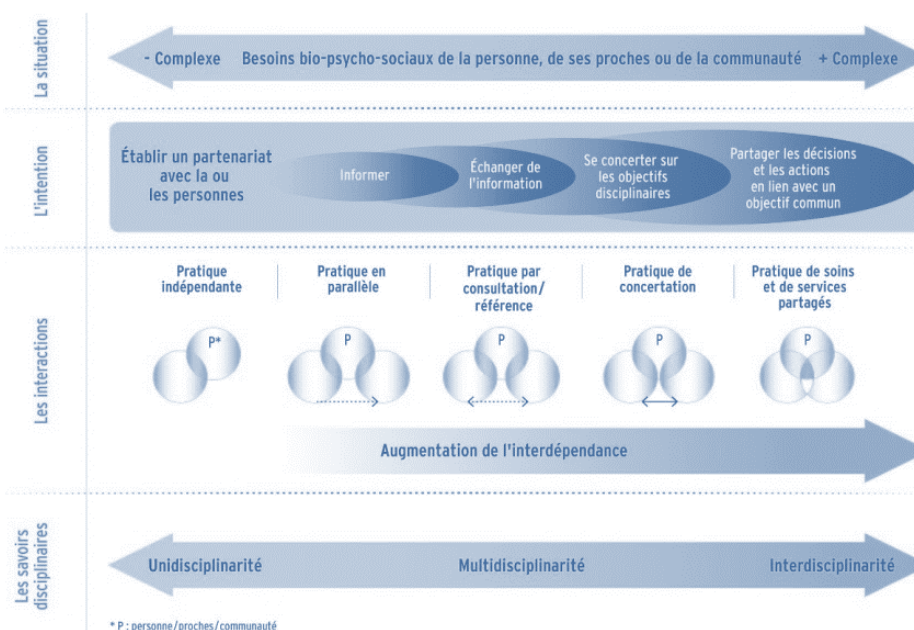
Par exemple, il ou elle peut :

- Offrir des renseignements et des conseils généraux à un·e intervenant·e ne nécessitant pas d'informations confidentielles sur l'usager·ère en lien avec la problématique soulevée. Il est à noter que le résultat de cet exercice ne devrait pas permettre l'élaboration de recommandations précises sur la situation d'un·e usager·ère.
- Offrir de l'information sur un thème précis concernant son champ d'exercice et son domaine d'expertise.
- Proposer des outils et des documents de références

À noter que lors de cette modalité, aucune donnée nominative ne doit être partagée (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022). D'ailleurs, à ce moment, l'intervenant·e ne réalise pas réellement le processus clinique de l'usager, mais y contribue en apportant une modalité de soutien à son ou sa collègue, qui réalise le processus clinique avec l'usager·ère.

Complémentarité

L'intervenant·e peut être appelé·e à s'inscrire dans un dossier où d'autres intervenant·es sont déjà attiré·es. Ces intervenant·es peuvent provenir du *Programme spécialisé DIL DIM* ou d'un autre programme (spécifique ou spécialisé). L'intervenant·e agit dans le cadre d'une **pratique de collaboration interprofessionnelle**. Cette pratique se situe sur un continuum illustré ci-dessous (Careau et al., 2018) :



Programme spécialisé Déficience intellectuelle légère à modérée

Comme l'illustre le schéma précédent, puisque les besoins des usager·ères dans le cadre d'un service spécialisé sont complexes, alors les interactions et les pratiques *les plus souvent utilisées* seront la concertation et les soins et les services partagés. L'élaboration d'un PII ou d'un PSI pourrait s'avérer nécessaire si les objectifs sont partagés. Si l'intervenant·e spécialisé·e se greffe dans un contexte de service spécifique, le type d'interaction pourrait être différent. À noter que le choix de la pratique de collaboration interprofessionnelle devrait se baser sur sa pertinence clinique.

Dès qu'un·e intervenant·e agit en complémentarité, il ou elle devrait discuter avec les intervenant·es présent·es au dossier afin d'identifier leur *intention de collaboration*. Celle-ci déterminera les interactions requises entre eux et elles afin de répondre de la façon la plus optimale possible aux besoins de la personne ou de ses proches (Careau et al., 2018).

Lorsque l'intervenant·e agit en *complémentarité*, il ou elle devrait :

- Identifier qui est la personne pivot et s'y référer au besoin concernant la coordination des services et pour sa connaissance fine de l'usager·ère;
- Profiter de l'expertise et des connaissances de ses collègues dans le but de répondre le plus efficacement aux besoins de l'usager·ère;
- Considérer le travail et l'analyse de ses collègues afin de bonifier sa propre analyse et partager la sienne pour bonifier celle des autres;
- S'intégrer dans le processus clinique de l'usager·ère et rendre son implication la plus simple possible auprès de l'usager·ère.
- Trouver, de concert avec le ou la pivot et les autres intervenant·es assigné·es au dossier, des mécanismes pour rendre les interventions fluides :
 - ✓ S'assurer qu'il n'y a pas un dédoublement des interventions et que les interventions soient dispensées par l'intervenant·e le ou la plus habilité·e à les faire en lien avec son champ d'exercice.
 - ✓ S'assurer que les interventions soient coordonnées si elles doivent l'être.
- Établir, de concert avec le ou la pivot, des mécanismes afin que la communication soit fluide, par exemple, en établissant des périodes récurrentes de concertation ou des rencontres communes avec l'usager·ère.
- Se rappeler que l'approche de partenariat est au cœur de leur processus clinique et doit trouver des façons d'impliquer l'usager·ère au maximum de ses capacités, puisqu'il s'agit de son processus clinique.

Lorsqu'un·e intervenant·e s'ajoute au dossier, l'usager·ère en est avisé·e. La personne qui s'ajoute au dossier doit rechercher et obtenir son consentement, peu importe son niveau d'implication.

À cet effet, le niveau d'implication de l'intervenant·e dépend du besoin de l'usager·ère. Si un·e intervenant·e effectue une évaluation et émet des recommandations qui pourraient être mises en place par d'autres personnes, il ou elle est tributaire des moyens. Il ou elle doit s'assurer que ses recommandations répondent aux besoins des usager·ères et ne peut se retirer avant de s'en assurer.

Continuité

L'intervenant·e en DI spécialisé peut être appelé·e à prendre le relais des services déjà en place, qu'ils soient dispensés au spécifique ou au spécialisé. Lors de cette modalité, il ou elle s'inscrit en continuité des services qui ont déjà été offerts. Elle considère les interventions déjà réalisées dans son évaluation et dans le choix des interventions proposées.

6.2. Description du processus d'intervention

Cette section reprend les grandes étapes du processus clinique de l'usager-ère et précise pour chacune d'elles ce qui est attendu des intervenant-es plus spécifiquement dans le cadre du *Programme spécialisé DIL DIM*. Le processus clinique concerne les intervenant-es assigné-es au dossier de l'usager-ère. À noter que les informations contenues dans le *Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences (PRG-10260)* ne sont pas répétées et que l'intervenant-e doit aussi s'y référer. Voici un bref aperçu de cette section :



Accueil

Puisqu'il s'agit d'un programme spécialisé, le profil de besoins de l'utilisateur sera complexe, et plusieurs types d'intervention auront probablement déjà été tentées. La lecture et la pré-analyse du dossier en est d'autant plus importante. Dans le cadre du programme spécialisé, plusieurs professionnel·les peuvent être assigné·es en même temps au dossier de l'utilisateur. Cette étape correspond à l'accueil de l'utilisateur à l'ouverture de de chaque service disciplinaire (pas nécessairement l'accueil au programme).

Analyser la demande en :

- Lisant toute la documentation nécessaire sur l'utilisateur, notamment :
 - 📄 Rapports et documents disponibles en pièces jointes au rapport du guichet si la demande provient du guichet (rapport diagnostic, demande de services, évaluation globale, etc.)
 - 📄 Dossier SIPAD de l'utilisateur (note de fermeture, notes des autres intervenant·es assigné·es, rapport d'évaluation disciplinaire des professionnel·les, etc.)
- S'assurant de bien comprendre dans quelle **modalité** s'inscrit l'intervention (continuité, complémentarité, consultation). Cette modalité influencera tout le reste du processus clinique, notamment si l'intervenant·e doit agir en complémentarité et doit mettre en place des pratiques de collaboration interprofessionnelle ([voir section 6.1. : Modalités d'intervention](#)).
- Recensant et analysant, lors de la lecture, les informations concernant les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie perturbées. Il est possible d'utiliser :
 - 🔍 Grille d'analyse multidimensionnelle des besoins.

Contacteur l'utilisateur et ses proches afin de planifier la première rencontre

Documenter le tout au dossier et revalider :

- Les coordonnées et les méthodes de communication inscrites au dossier
- Le consentement de l'utilisateur à la première rencontre
- Les consentements et autorisations documentés au dossier
 - S'il est impossible de s'assurer que l'utilisateur comprend ce point au téléphone, il est nécessaire d'attendre et de le faire lors des premières rencontres.

Contacteur le ou la référent·e et les partenaires pertinents

- Préalable : l'autorisation de communiquer avec les partenaires doit être documentée au dossier. Celle-ci doit avoir été revalidée lors du contact téléphonique (étape précédente).

Effectuer les premières rencontres pour :

- Mettre à jour les besoins prioritaires
- Expliquer l'offre de services⁶ à l'aide de la :
 - 🔍 Pochette d'accueil du *Programme spécialisé DIL DIM*.
- Valider le consentement aux services*. Pour le consentement initial :
 - 🔍 Formulaire de consentement aux soins et aux services
- Recueillir les autorisations d'échanges d'information avec les partenaires :
 - 🔍 Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier – AH-216

⁶ À faire seulement si l'intervenant·e est la première personne du programme assignée au dossier ou si l'offre de services n'a pas encore été expliquée à l'utilisateur.

- ★ À noter : chaque service requiert le consentement de l'utilisateur. Il doit être documenté chaque fois au dossier. Il est généralement plus facile d'utiliser la note évolutive qu'un formulaire. Se référer à :

-  Politique *Consentement aux soins et aux services (POL-10251)*

-  Page Intranet sur le *Consentement aux soins et aux services*.

Parfois, en rencontrant la famille, il peut y avoir confusion quant aux mesures de représentation. Il est possible de valider si une personne est représentée via :

 Site du Curateur public



Si plusieurs intervenant·es sont assigné·es au dossier, alors l'intervenant·e doit se référer d'abord au pivot. Le ou la pivot se concertera avec l'équipe, qui inclut le ou la nouvel·le intervenant·e et l'utilisateur, afin de réfléchir à l'**intention de collaboration** et aux mécanismes qui permettront de rendre les soins et les services, efficaces, pertinents et fluides pour l'utilisateur.
(voir section 6.1. : *Modalités d'intervention - Complémentarité*).



Si la personne est hébergée, les propriétaires de la ressource et leurs employé·es, l'intervenant·e qualifié et les personnes assignées au dossier sont des personnes à consulter. De plus, *l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* de l'utilisateur est un document intéressant à consulter lors de la lecture initiale du dossier.

Si l'intervenant·e est pivot, il ou elle est emmené·e à réfléchir aux rôles et aux responsabilités de chaque personne investie auprès de la personne hébergée. Il ou elle complète avec l'utilisateur, la ressource et les proches :

 CLI-60536 – *Partage des rôles et responsabilité – Hébergement (DPD)*

Évaluation et analyse

Dans le but de rétablir l'équilibre au cœur de la situation complexe de l'utilisateur nécessitant des services spécialisés, l'intervenant-e analyse la situation avec l'utilisateur et ses proches et doit, en partenariat avec eux, cibler les habitudes de vie sur lesquelles il est nécessaire de travailler.

Effectuer une analyse multidimensionnelle des besoins ou votre évaluation disciplinaire

Pour réaliser la collecte de données, il est intéressant de diversifier les techniques pour analyser ou évaluer la situation, notamment à l'aide des :

- **Observations** : regarder une situation pour comprendre comment elle se déroule sans votre intervention;
- **Observations participantes** : participer avec l'utilisateur à des activités pour en apprendre davantage sur certaines facettes précises que l'on désire évaluer;
- **Discussions avec l'utilisateur** : sonder sa perception de la situation;
- **Discussions avec l'environnement de l'utilisateur (famille, proches, partenaires, etc.)** : sonder leurs perceptions, toujours avec l'autorisation de l'utilisateur;
- **Outils d'évaluation ou d'analyse pertinents**.



L'annexe C recense certains outils d'évaluation ou d'analyse pertinents. Il s'agit d'une liste qui n'est pas exhaustive, mais qui est un bon point de départ en lien avec la clientèle-cible de ce programme.

L'utilisation ou non d'un outil doit être basée sur :

- La pertinence de l'outil pour évaluer la situation de l'utilisateur;
- Le jugement clinique de l'intervenant-e;
- Le champ d'exercice de l'intervenant-e
- Les prérequis pour utiliser l'outil.

Il n'est pas attendu que tous les intervenant-es connaissent tous ces outils, mais bien qu'ils et elles ciblent ceux qui sont les plus pertinents pour évaluer la situation clinique complexe de l'utilisateur en lien avec leur champ d'exercice.

Le but de l'analyse multidimensionnelle des besoins et de l'évaluation disciplinaire est de bien cibler les habitudes de vie sur lesquelles il est nécessaire d'intervenir pour rétablir l'équilibre dans la situation de l'utilisateur. Il est même possible qu'un-e intervenant-e n'utilise aucun outil, car les observations et les discussions effectuées auprès de l'utilisateur et de son environnement se sont avérées suffisantes.

Parmi les informations collectées, l'intervenant-e précise aussi :

- Les **occasions**, la **motivation** et la **capacité** de l'utilisateur à s'autodéterminer dans la réalisation des habitudes de vie ciblées.
- La nécessité ou la pertinence de solliciter d'autres intervenant-es[★];
- Le projet de vie de l'utilisateur et en quoi le dénouement de la situation actuelle permettra de progresser vers celui-ci.

Trousse « Mon projet de vie »

À la suite de cette collecte de données, l'analyse est effectuée pour comprendre la situation de handicap en partenariat avec l'utilisateur et ses proches, à l'aide :

 D'un rapport d'évaluation disciplinaire qui comprend une analyse selon le MDH-PPH
ou

 D'une grille d'analyse multidimensionnelle des besoins



Il peut être pertinent de solliciter un·e autre intervenant·e pour que l'utilisateur puisse :

- Être évaluée et recevoir des soins et des services en lien avec une autre discipline;
- Éviter les préjudices à l'évaluation;

Sur ce dernier point, si l'utilisateur présente un **risque de préjudice à l'évaluation** (Office des professions du Québec, 2021)

... Et si l'intervenant·e ne peut réaliser l'acte réservé d'évaluer une utilisateur·e présentant un trouble mental ou un trouble neuropsychologique;

... Et qu'aucune personne assignée au dossier ne peut réaliser cet acte réservé;

 Alors l'intervenant·e doit discuter avec sa PREC afin de réfléchir à la nécessité d'ajouter une ressource au dossier.

Considérant le mandat **spécialisé** du programme, la clientèle-cible présente un profil de besoins **complexes**. Ainsi, le risque de préjudice à l'évaluation sera généralement présent. Pour guider les intervenant·es afin de déterminer s'il y a un **risque de préjudice** à leur évaluation :

 Se référer au *Guide d'aide à la décision pour l'orientation des dossiers - Dans le respect de l'activité réservée* : « Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » (GUI-10225)

Partager les résultats de l'analyse à l'utilisateur et ses proches

Lors de cette étape, l'intervenant·e doit :

- Résumer l'analyse effectuée en partenariat avec l'utilisateur ;
- Sonder l'utilisateur sur son opinion quant au réalisme de la réalisation des habitudes de vie perturbées;
- Discuter avec l'utilisateur et ses proches dans le but que la personne réalise elle-même ses forces, puis si nécessaires, ses défis (autodétermination) ;
- Mentionner à l'utilisateur et à ses proches, selon son champ d'exercice et son analyse, ce qui lui semble réaliste et irréaliste à atteindre **pour le moment** afin d'améliorer la situation de l'utilisateur, en précisant que cette information provient de son jugement clinique ;
- Orienter la discussion davantage vers ce qui permet d'exploiter les forces de l'utilisateur, vers ce qui est réaliste et positif pour l'utilisateur.



Si plusieurs intervenant·es évaluent l'utilisateur, leurs évaluations devraient s'influencer lorsque cela est pertinent cliniquement. De plus, l'intervenant·e devrait discuter, au besoin, avec les personnes déjà assignées afin qu'elles puissent contribuer, si pertinent, à sa collecte de données, ses observations et son analyse. L'utilisateur est partie prenante de ces décisions.



Si la personne est hébergée, les lieux physiques, les autres usager·ères qui l'occupent ainsi que les personnes qui dispensent des services sont tous des facteurs environnementaux à considérer dans l'analyse des besoins. Pour l'intervenant·e pivot, cette étape du processus clinique correspond à **l'activité 1 du suivi professionnel de l'usager·ère hébergé·e : Évaluation ou révision des besoins de l'usager·ère du Guide d'accompagnement RI-RTF (GUI-10110)** (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019). Que l'intervenant·e soit pivot ou non, il ou elle prend en compte les informations inscrites à *l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* de l'usager·ère.

Élaboration du PI et mise en œuvre des interventions

Même si l'usager·ère présente plusieurs besoins, l'élaboration du PI et la mise en œuvre des interventions spécialisées devraient avoir **d'abord** pour objectif de travailler sur les habitudes de vie perturbées, spécifiquement sur celles qui sont nécessaires pour rétablir l'équilibre dans la situation complexe de l'usager·ère. Une fois l'équilibre rétabli, les **autres** besoins pourront être travaillés aussi au sein du programme spécialisé si le profil de besoins de l'usager·ère demeure complexe.

Préparer l'usager·ère et son ou sa représentant·e et ses proches à la rencontre

- Expliquer clairement et simplement le type de plan utilisé (PI, PSI, PII). Au besoin, l'intervenant·e personnalise l'explication avec des images.
- Poser des questions ouvertes pour s'assurer de la compréhension de l'usager·ère.
- Revoir avec l'usager·ère les habitudes de vie perturbées ciblées à la suite de l'analyse qui sont nécessaires pour rétablir l'équilibre dans la situation de l'usager·ère et pour lui permettre d'avancer vers son projet de vie. Au besoin, utiliser :
 *Mon PI en images*
- Prendre chacune de ces habitudes de vie et poser des questions ouvertes à la personne pour faire ressortir ses idées, ses souhaits par rapport à ces thèmes. La sonder sur ce qu'elle désire travailler sur elle, mais aussi, sur son environnement.
- Pour chacune de ces habitudes de vie, sonder la personne pour découvrir si des moyens ont déjà été tentés. Faire ressortir ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. La sonder sur ce qu'elle aimerait essayer et sur les éléments qui sont importants pour elle.
- Déterminer avec l'usager·ère les personnes à inviter à la rencontre d'élaboration de son PI.

Élaborer le PI avec l'usager·ère et ses proches

Suite à la réflexion précédemment entamée, rédiger **avec l'usager·ère** le PI. À cet effet, il est possible d'utiliser :

-  Un formulaire de plan d'intervention

Si un formulaire est utilisé, il devrait être perçu comme un outil permettant de concrétiser une démarche vivante et évolutive, qui doit se moduler selon les besoins de l'usager·ère et l'évolution de sa situation. On procèdera donc à sa révision et à la mesure des résultats (étape suivante du processus clinique) dès qu'il le sera jugé pertinent pour répondre aux besoins de l'usager·ère ou minimalement à tous les 3 mois.

Se référer à :

-  Document intégrateur sur les informations entourant le plan d'intervention (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2024)
-  Document de formation sur le *Plan d'intervention* sur l'ENA
-  Document de formation sur le *Processus clinique de services spécialisés DPD* sur l'ENA



Si plusieurs intervenant·es sont présent·es au dossier, il n'est pas automatique qu'un PII ou un PSI soit rédigé : des objectifs communs doivent être partagés. Dans le contexte du service spécialisé, toutefois, la situation sera complexe et il pourrait être fréquent de recourir au PII ou au PSI. Chaque fois qu'un PII ou un PSI est rédigé, il doit l'être en raison de sa pertinence clinique. C'est à l'intervenant·e pivot de coordonner le tout, mais chacun ou chacune des intervenant·es qui partagent des objectifs communs y participe.



Considérations pour l'élaboration du PI et la mise en œuvre des interventions pour la clientèle hébergée

Pour la clientèle hébergée, l'intervenant·e-pivot doit se référer à **l'activité 2 et 8 du suivi professionnel de l'utilisateur·ère hébergé·e** du *Guide d'accompagnement RI-RTF* (GUI-10110) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019) :

- **Activité 2 : Élaboration ou révision du PI ou PSI de l'utilisateur·ère**
- **Activité 8 : Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur·ère**

Que l'intervenant·e soit pivot ou non, certains éléments du guide s'appliquent à tous les types d'intervenant·es au dossier (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019) :

- La ressource est consultée lors du PI uniquement pour déterminer de quelle façon elle pourrait contribuer aux objectifs qui ont été ciblés avec l'utilisateur·ère, à moins que l'utilisateur·ère demande sa présence tout au long de la rencontre.
- La ressource est un partenaire clé, avec qui la relation est égalitaire (non hiérarchique). Cette dernière est responsable de dispenser les soins et les services, mais elle est autonome dans les moyens qu'elle utilise pour y parvenir.
- Le PI n'est pas remis à la ressource, mais bien à l'utilisateur·ère, pour des raisons de confidentialité.

Élaboration ou révision de l'instrument de classification

Une fois que le PI est rédigé, c'est à l'intervenant·e-pivot de participer à la rencontre d'élaboration ou de révision de l'Instrument de classification animé par l'intervenant·e classificateur afin d'en assurer la concordance avec le PI et les besoins de l'utilisateur·ère. Il s'agit d'établir avec la ressource (RI-RTF) les services et activités dispensés par celle-ci pour répondre aux besoins de l'utilisateur·ère.

- Cela correspond à l'activité 6 et 7 **du suivi professionnel de l'utilisateur·ère hébergé·e : Déterminer (activité 6) et préciser (activité 7), s'il y a lieu, les services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur·ère** du *Guide d'accompagnement RI-RTF* (GUI-10110) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019).

Si l'intervenant·e ne joue pas le rôle de pivot, sa participation n'est pas requise à cette rencontre, à moins d'y être spécifiquement invité·e. Il ou elle s'assure que l'intervenant·e-pivot a tout ce qu'il faut pour participer à cette rencontre en lien avec sa discipline.

Changement de milieu de vie (à lire pour les pivots)

Il est possible qu'un changement de milieu de vie soit à considérer dans le plan d'intervention de l'utilisateur·ère. Deux scénarios sont possibles :

- L'utilisateur·ère est déjà hébergé·e en RI-RTF, mais doit changer de milieu de vie. Dans ces cas, l'intervenant·e pivot se réfère au *Guide d'accompagnement RI-RTF* (GUI-10110), plus précisément à **l'activité 9 : Départ de l'utilisateur·ère de la ressource**.
- Si l'utilisateur·ère n'est pas hébergé·e, mais qu'un changement de milieu de vie vers une RI ou une RTF est considéré dans son plan d'intervention, alors

l'intervenant·e pivot se réfère au *Guide d'accompagnement RI-RTF (GUI-10110)*, plus précisément aux activités 3, 4 et 5 du **suivi professionnel de l'utilisateur hébergé·e** :

- **Activité 3 : Orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats**
- **Activité 4 : Jumelage - Pairage de l'utilisateur avec une ressource**
- **Activité 5 : Intégration dans la ressource**

À noter que le pivot doit réfléchir également **aux transferts et à la gestion des équipements** lors du changement de milieu de vie.

- Plusieurs documents dans le *Guide de l'intervenant* guideront les pivots pour bien comprendre les différentes actions à poser.

Pour les pivots, se référer à :

- Guide RI-RTF : Rôles et responsabilités des intervenant·es impliqué·es auprès de la clientèle hébergée dans une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF) (GUI-10110)

Effectuer les interventions auprès de l'utilisateur et de son environnement

Pour que l'utilisateur réalise les objectifs à son plan, l'intervenant·e sera appelé·e à utiliser une combinaison de stratégies d'intervention portant sur les facteurs personnels et environnementaux suivants, en utilisant, au besoin, des outils d'intervention.

Stratégies d'intervention transversales		Outils et documentations
Facteurs personnels Voir section 6.2.1.	Facteurs environnementaux Voir section 6.2.2.	Pour chacune des habitudes de vie Voir Annexe D
■ Favoriser l'autodétermination ■ Mettre en pratique les apprentissages et varier les interventions ■ Utiliser les technologies de l'information ■ Gérer les comportements problématiques	■ Outiller l'environnement humain pour favoriser l'autonomie et l'autodétermination de la personne ayant une DI ■ Favoriser l'accès et le bon déroulement des services dispensés par les partenaires publics et privés ■ Adapter l'environnement physique et les tâches ■ Assurer la qualité des soins et des services pour les personnes hébergées	■ Sites web ■ Guides ■ Livres ■ Programmes

Mesure des résultats

Cette mesure des résultats doit avoir lieu dès que la révision du PI est pertinente pour répondre aux besoins de l'usager·ère. L'intervenant·e évalue en continu la situation de l'usager·ère, et puisque celle-ci est complexe, il est possible qu'avec une meilleure compréhension de la situation, les objectifs et l'orientation du dossier changent plus souvent, auquel cas cette étape doit être réalisée chaque fois.

Au plus tard, la révision doit être réalisée à tous les 3 mois.

Compiler et analyser les données cliniques

Discuter avec l'usager·ère et ses proches des interventions effectuées et de leurs résultats

Afin de favoriser l'autodétermination de l'usager·ère, il est nécessaire de :

- Lui expliquer clairement et simplement en quoi consiste la révision d'un PI.
- Sonder son niveau de compréhension avec des questions ouvertes.
- Avant de partager son analyse, il faut demander à l'usager·ère, pour chacun des objectifs, sa perception de :
 - Son appréciation de l'intervention;
 - Son efficacité;
 - Son niveau d'atteinte.
- Demander à l'usager·ère si d'autres objectifs ou moyens sont à mettre en place pour rétablir l'équilibre dans sa situation;
- Compléter l'information donnée par l'usager·ère avec votre propre analyse.

Réviser le PI

Pour refléter ce qui a été convenu, **en présence de l'usager·ère**, réviser le PI. À cet effet, il est possible d'utiliser :

- 📄 Un formulaire de plan d'intervention

Prendre une décision sur la poursuite des interventions, avec l'usager·ère et ses proches

Une réflexion doit être réalisée avec l'usager·ère à savoir si tous ses besoins ont été comblés en lien avec la discipline de l'intervenant·e. Si des besoins demeurent, l'intervenant·e doit se positionner à savoir si le *Programme spécialisé DIL DIM* est toujours le meilleur pour y répondre.



La réflexion concernant la pertinence du *Programme spécialisé DIL DIM* pour répondre aux besoins de l'usager·ère doit être effectuée en équipe si plusieurs intervenant·es sont présent·es au dossier.

Fermeture, recommandations et orientations

Lorsque le profil de besoins de l'utilisateur ne correspond plus au programme OU lorsque l'utilisateur n'a plus de besoins en lien avec une discipline, alors l'assignation de l'intervenant-e de cette discipline peut se terminer.

Outre les raisons évoquées dans le processus clinique, dans l'optique du *Programme spécialisé DIL DIM*, la fin de votre intervention devrait survenir lorsque :

- Tous les besoins de l'utilisateur en lien avec votre discipline ont été comblés;
OU
- Des besoins demeurent, mais le profil de besoins de l'utilisateur ne correspond plus au programme. Deux éventualités pourraient se présenter :
 - Le profil de besoins n'est plus complexe :
 - Les services spécifiques, les services du *Maintien des acquis* ou ceux d'un organisme communautaire pourraient répondre aux besoins de l'utilisateur en lien avec son profil de besoins qui n'est plus complexe.
 - Le profil de besoins correspond davantage à un autre programme ou service :
 - Un autre programme ou service spécialisé à la DPD répondrait mieux à son besoin. Par exemple, si l'utilisateur présente un trouble grave du comportement (TGC), il ou elle serait mieux desservi-e par le continuum TC-TGC. Si l'utilisateur présente un trouble de conduite, alors le Programme spécialisé Nexus pourrait mieux correspondre.

À noter : si un autre programme ou service d'une autre direction pourrait mieux répondre à son besoin, il est fort probable qu'il soit nécessaire de travailler en collaboration avec les intervenant-es de ce programme ou service afin de répondre aux besoins de l'utilisateur, en lien avec le profil de fonctionnement. Les autres programmes ou services auront fort probablement besoin de la lunette d'un-e intervenant-e du programme spécialisé DIL DIM pour bien intervenir auprès de l'utilisateur présentant une DIL ou une DIM. Ainsi, ce cas de figure ne mènera que rarement à la fin de l'assignation de l'intervenant-e au dossier.

Si des besoins demeurent, mais que l'intervenant-e pense que le profil de besoins ne correspond plus au programme, l'intervenant-e :

- En discute avec sa PREC d'abord;
- Convient avec l'utilisateur des programmes ou services pertinents pour répondre à son besoin;
- Dans l'optique de la continuité, l'assignation de l'intervenant-e ne peut se fermer avant que les autres programmes ou services pertinents aient pris le relais;
- De plus, l'intervenant-e du service spécialisé peut juger qu'il est nécessaire de rester assigné-e pendant quelques temps, même lorsque ces programmes ou services s'activent.

Préparer l'usager·ère et ses proches à la rencontre du PI de fermeture

Lors de cette discussion, mettre de l'avant l'autodétermination de l'usager·ère. Miser sur les moyens qui favorisent son autonomie et sa prise de décision.

Élaborer et rédiger le PI de fermeture avec l'usager·ère, ses proches

S'assurer d'inscrire les actions claires à entreprendre, convenues avec l'usager·ère, et qui favorisent l'autodétermination et l'autonomie de l'usager·ère pour maintenir l'équilibre dans sa situation et pour qu'il ou elle progresse dans la réalisation de son projet de vie.



Si la personne est hébergée, **la fin de l'intervention ne signifie pas la fin de l'hébergement**. Il s'agit de la fin de l'intervention d'une discipline au sein des services spécialisés dans le dossier de l'usager·ère. À noter que si le profil de besoins n'est plus complexe, alors le *Maintien des acquis* (MDA) prendra le relais.



Si plusieurs intervenant·es sont présent·es au dossier, la réflexion en lien avec le profil de besoins les concerne tous et toutes. L'intervenant·e doit aussi considérer l'impact sur les différents services avant de fermer son assignation. La fin de l'intervention doit faire l'objet de concertation avec les intervenant·es concerné·es de concert avec l'usager·ère

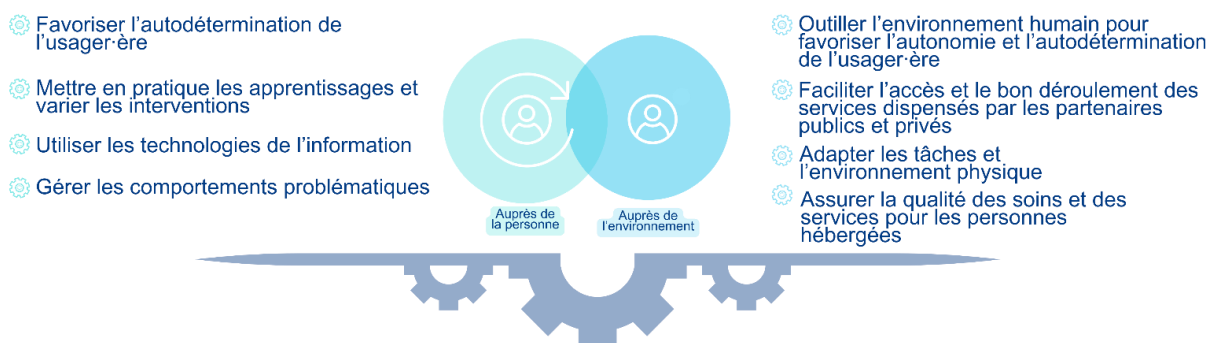
6.3. Stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention se divisent en deux catégories : celles liées aux facteurs personnels (6.3.1.) et celles liées aux facteurs environnementaux (6.3.2.).



L'annexe D – Outils d'intervention recense des outils ou des documents à consulter qui sont potentiellement pertinents pour réaliser les stratégies d'intervention suivantes. Ces outils sont répertoriés par habitudes de vie.

Voici les stratégies d'intervention retenues au programme et qui peuvent être applicables pour toutes les habitudes de vie :



À noter que les stratégies ont été divisées à des fins pratiques, mais qu'en réalité, l'intervenant·e doit, selon son analyse et son évaluation, utiliser une combinaison de stratégies liées aux facteurs personnels et environnementaux. Il est souvent essentiel, pour atteindre un même objectif, de travailler à la fois sur les facteurs environnementaux et personnels de l'utilisateur.

6.3.1. Stratégies liées aux facteurs personnels

Favoriser l'autodétermination de l'utilisateur

Les interventions découlant de l'AAC et de l'approche cognitivo-comportementale doivent être réalisées en favorisant l'autodétermination de la personne. Pour rappel, l'autodétermination est l'ensemble des habiletés et des aptitudes requises à une personne pour lui permettre d'agir sur sa vie et de faire des choix sans subir d'influence amenant la personne à agir contre son gré (Institut universitaire en DI et en TSA, 2024)

Au cœur du *Programme spécialisé DIL DIM*, l'autodétermination se retrouve notamment dans l'analyse de la situation en partenariat avec l'utilisateur.

Pour actualiser cette valeur lors de ses interventions, l'intervenant·e doit :

- Aider la personne à verbaliser son projet de vie (MSSS, 2021) et l'amener à faire des liens entre celui-ci et sa situation de déséquilibre ;
- Demander d'abord l'avis de l'utilisateur et sonder ses propres idées avant de proposer quoi que ce soit. Les propositions faites par la suite doivent toujours être liées à ce que la personne a elle-même mentionné, à ses propres intérêts et besoins verbalisés ;
- Solliciter d'abord l'avis de la personne, puis ensuite l'avis de ses proches si la personne donne son consentement pour ce faire ;
- S'assurer de considérer les **capacités**, les **opportunités** et la **motivation** de la personne à s'autodéterminer (Institut universitaire en DI et en TSA, 2024) au sein des habitudes de vie ciblées qui sont nécessaires pour rétablir l'équilibre.



Exemple

Après une évaluation approfondie, il est ciblé que l'habitude de vie Soins personnels et de santé est perturbée, ce qui contribue fortement à la situation de déséquilibre de l'usager·ère. Plus précisément, il est ciblé que la personne doit prendre sa médication au besoin quand certains symptômes surviennent.

Si la personne n'est pas apte à reconnaître ses symptômes, alors elle peut difficilement décider elle-même si elle a besoin de la médication (capacité).

Si la personne est capable de reconnaître ses symptômes, mais que le proche intervient sans laisser le temps à la personne d'agir elle-même, alors la personne n'a pas l'occasion de s'autodéterminer (opportunité).

Si le proche accepte d'attendre un peu avant de proposer la médication, mais que la personne n'est pas intéressée à devoir elle-même détecter ses symptômes et qu'elle préfère que le proche intervienne le plus tôt possible (motivation), alors il est possible de ne pas cibler cette habitude de vie pour qu'elle s'autodétermine.

- Inviter l'usager·ère à saisir toutes les occasions pour s'autodéterminer, tout en respectant ses préférences et sans lui induire une pression pour y arriver. L'aider au besoin à travailler sur sa motivation, ses capacités ou ses opportunités pour y arriver (Institut universitaire en DI et en TSA, 2024).
- Valider les interventions ayant déjà bien fonctionné et moins bien fonctionné par le passé avec l'usager·ère ;
- Proposer plusieurs choix d'intervention à la personne lorsque possible, en lui expliquant les avantages et les inconvénients de chacun, et en la laissant déterminer ce qui lui convient le mieux ;
- Sonder son avis, son opinion sur le déroulement des rencontres et des interventions, en suscitant sa réflexion et ses idées par des questions ouvertes ;
- S'assurer que l'usager·ère connaisse les objectifs des interventions, qui devraient être centrés sur les siens ;
- S'assurer que l'usager·ère soit capable de suivre l'évolution de sa situation clinique, afin de pouvoir vérifier si ces interventions fonctionnent pour lui ou pour elle afin de conserver sa motivation ;
- Personnaliser l'intervention et les outils utilisés pour répondre aux préférences, aux besoins et aux capacités de l'usager·ère. Il est ainsi normal et encouragé d'avoir des outils faits sur mesure ;
- Outiller l'usager·ère pour mettre éventuellement en application les apprentissages de ces interventions dans son quotidien, en l'absence de l'intervenant·e.

En plus d'être une valeur clé, tant dans le Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences (PRG-10260) que dans la Gamme de services DI-TSA-DP du MSSS, l'autodétermination favorise l'apprentissage, car la personne est encouragée à participer à sa démarche, puis elle lui permet également d'acquérir les renseignements nécessaires à celle-ci (AlRawi et AlKahtani, 2022).

Mettre en pratique les apprentissages et varier les interventions

Afin de favoriser l'apprentissage, il est nécessaire de varier les moyens d'intervention et de donner des occasions de mettre en pratique les connaissances (AlRawi et AlKahtani, 2022). L'INESSS (2019) expose les exemples suivants :

- **Les mises en situation** : parlons ensemble des situations qui pourraient arriver et dis-moi ce que tu ferais dans ces situations ;
- **Les jeux de rôle** : faisons ensemble comme si... ;
- **Les pratiques en temps réel** : allons ensemble à cette activité pour que nous puissions pratiquer ce que nous avons convenu ;
- **L'utilisation de la réalité virtuelle** : simulons une situation à l'aide d'un jeu vidéo.

À noter qu'au *Programme spécialisé DIL DIM*, il existe des **groupes** afin de mettre en pratique les connaissances acquises lors de suivis individuels. Les groupes permettent de travailler sur certaines habitudes de vie et offrent des exercices pratiques, des mises en situations et des jeux personnalisés.

L'utilisation des **milieux et renforçateurs naturels** favoriseraient également l'acquisition des apprentissages. Par exemple, plutôt que de pratiquer au bureau de l'intervenant·e une compétence qui est utilisée au travail de l'usager·ère, il est recommandé de la pratiquer au travail (milieu naturel). Par exemple, un enfant qui pointe un jus sera renforcé naturellement à dire le mot « jus » quand on lui donnera le breuvage une fois qu'il aura prononcé le mot (renforçateur naturel).

Utiliser les technologies de l'information

L'utilisation des **technologies de l'information** est également fortement encouragée pour intervenir auprès des personnes ayant une DI. Selon l'INESSS (2019), la personne devrait être outillée pour apprendre à utiliser un support technologique de façon autonome (ex. : être capable de démarrer l'appareil, de le recharger et d'ouvrir l'application nécessaire pour effectuer le comportement souhaité). Les fonctions pratiques sur ces supports technologiques (ex. : les alertes, la géolocalisation, le téléphone ou le dictaphone), les logiciels et les applications disponibles pour la population générale, ou ceux conçus spécifiquement pour les personnes qui présentent une DI, devraient être utilisés au besoin.

Pour favoriser l'accès aux technologies permettant de compenser la communications, l'intervenant·e pensera à solliciter :

-  Le Programme d'accès aux technologies et communications (PATcom)

Voici quelques stratégies pour favoriser l'inclusion numérique (Julien-Gauthier et al., 2021) :

- Impliquer l'usager·ère dans la sélection du support technologique en lien avec ses caractéristiques et ses besoins
 Ex. : regarder en lien avec son budget, ses capacités, ses limitations et ce qui a été ciblé comme habitude de vie prioritaire à travailler, les supports technologiques qui lui permettraient de faciliter sa progression

- Cibler l'utilité de ces technologies et inviter l'usager·ère à se doter de petits projets pour favoriser l'apprentissage

 Ex. : si une usagère veut utiliser les alarmes sur son téléphone pour se rappeler d'accomplir un comportement, elle pourrait avoir comme projet de les programmer elle-même.

- Montrer une étape à la fois et inviter l'usager·ère à répéter l'étape

 Ex. : si un usager veut utiliser les alarmes sur son téléphone, voici quelques étapes : déverrouiller le téléphone, ouvrir l'application Horloge, sélectionner l'onglet Alarme, choisir l'heure, choisir un libellé, etc.

- Créer du matériel visuel pour illustrer la séquence d'utilisation

 Ex. : des captures d'écran de chacune des étapes ci-haut mentionnées avec des flèches sur les endroits où appuyer.

- Prévoir et résoudre les difficultés :

 Ex. : que faire si l'application ne veut pas ouvrir, si l'application se ferme, si on propose une mise à jour, etc.

- Cibler et développer les compétences préalables ou associées



Ex. : si une usagère veut utiliser les réseaux sociaux, elle doit apprendre les codes et conventions sociales sur Internet.

L'utilisation des technologies de l'information est également une bonne pratique pour favoriser les apprentissages chez la personne ayant une DI.

Gérer les comportements problématiques

En ce qui a trait à la gestion des comportements problématiques, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) recommande une combinaison d'interventions en lien avec le **Soutien comportemental positif** (Positive Behavior Support) avec une lunette d'analyse selon l'approche MDH-PPH (SQETGC, 2014). Le Soutien comportemental positif comprend trois niveaux d'intervention. Les intervenant-es du *Programme spécialisé DIL DIM* doivent effectuer les deux premiers niveaux d'intervention. Ils se déclinent comme suit :

Prévention primaire

- Avant même l'apparition de comportements problématiques, [la prévention primaire](#) doit être mise en place. Elle consiste à :
 - **Augmenter la qualité de vie de la personne.** C'est d'ailleurs ce que l'intervenant-e fait naturellement lorsqu'il analyse la situation à l'aide du MDH-PPH et réalise des interventions pour aider la personne à développer ou à reprendre ses habitudes de vie.
 - **Prévoir et planifier les transitions** et les changements que peut vivre la personne, à l'aide, par exemple, d'un plan de transition.

Prévention secondaire

- Ensuite, si des comportements apparaissent, alors l'intervenant-e doit agir en [prévention secondaire](#). Pour ce faire, il ou elle doit :
 - Effectuer les interventions et les évaluations recommandées dans le :
 - 📄 *Processus - Interventions et collaboration pour les comportements problématiques en DI-TSA spécialisé* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2025).

Prévention tertiaire

- Comme le spécifie la trajectoire ci-haut mentionnée, si un trouble grave du comportement (TGC) est établi, alors le dossier sera transféré en continuité au programme TC-TGC qui agira en [prévention tertiaire](#), en utilisant notamment l'analyse et intervention multimodale (AIMM).

6.3.2. Stratégies liées aux facteurs environnementaux

Outiller l'environnement humain pour favoriser l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur

Selon l'INESSS (2019), l'environnement humain devrait :

- être informé sur les principes de l'AAC et sur les façons dont ceux-ci peuvent être mis en pratique auprès de la personne ayant une DI;
- être impliqué dans la sélection des nouveaux comportements à développer ou de comportements non désirés à diminuer;
- être impliqué également dans la sélection des renforçateurs et des supports visuels en lien avec les caractéristiques et les besoins exprimés par la personne ayant une DI;
- être outillé et soutenu, au besoin, dans l'application des techniques choisies.

Des techniques d'intervention comportementale telles que celles utilisées dans l'AAC devraient être employées afin de former l'environnement humain, notamment :

- l'incitation;
- le modelage;
- la rétroaction;
- la correction des erreurs.

La plupart de ces techniques peuvent être enseignées en individuel ou en groupe. Cependant, il peut s'avérer nécessaire d'observer et d'offrir une rétroaction en individuel au sujet de l'utilisation de ces techniques, directement dans les milieux de vie de l'utilisateur.

L'environnement humain devrait aussi être sensibilisé sur les principes de **la saine gestion des risques** (Institut universitaire en DI et en TSA, 2024), c'est-à-dire d'accepter que la personne ayant une DI prenne des risques raisonnables pour augmenter son autonomie.



Une personne ayant une DIM peut désirer apprendre à marcher jusqu'à son lieu d'activité. Son proche pourrait avoir peur qu'elle se perde. Ainsi, plutôt que d'empêcher la personne à sortir seule, le proche, à l'aide de l'intervenant·e et de la personne, devrait tenter de trouver des façons qu'elle y parvienne. La personne pourrait avoir pratiqué le trajet plusieurs fois, avoir avec elle un dessin des rues à emprunter ou bien être guidée par une application de géolocalisation. Elle pourrait avoir sur elle une façon de contacter son proche si elle se perd.

À cet effet, la Chaire de recherche sur l'autodétermination de l'Université du Québec à Trois-Rivières est une bonne source d'information. Elle fournit un outil intéressant et libre de droit pour discuter de ce sujet :

- ⊗ La gestion des risques : s'autodéterminer, c'est risqué !

À noter que ces stratégies sont toujours liées aux besoins de l'utilisateur. L'utilisateur doit être en accord avec ces interventions qui s'inscrivent dans son plan d'intervention.

Favoriser l'accès et le bon déroulement des services dispensés par les partenaires publics et privés

Les personnes ayant une DI peuvent avoir plus de difficulté à accéder à certains services ou à s'intégrer dans le cadre neurotypique des services proposés par les partenaires publics et privés. L'intervenant·e est donc appelé·e à intervenir dans le but de faciliter non seulement l'accès au service, mais aussi pour en favoriser le bon déroulement (MSSS, 2021). Pour ce faire, à l'égard des partenaires, il ou elle peut :

- Les sensibiliser et les former aux réalités de la personne ayant une DI ;
- Les outiller et les former pour mieux intervenir ou agir auprès de la personne ayant une DI ;

- Être une personne ressource pour les soutenir et les conseiller lors de la prestation de service auprès de la personne ayant une DI ;
- Les aider à réfléchir sur la façon d'adapter les tâches ou l'environnement, physique ou humain, afin de favoriser l'intégration et la pleine participation de la personne ayant une DI ;
- Les informer et les sensibiliser sur les droits des personnes ayant une DI et des services auxquels elles ont droit. Ce peut être notamment le cas lorsqu'un service est refusé par un partenaire en raison du diagnostic de l'usager·ère ou de ses capacités. L'intervenant·e peut être appelé·e à faire valoir les droits, à tenter de trouver des moyens avec le partenaire pour que le service soit dispensé quand même.

La participation active de la personne ayant une DI à ces interventions est fortement suggérée, si la personne désire s'impliquer. Elle peut, par exemple, à l'aide de l'intervenant·e, expliquer elle-même ses outils d'intervention, ce qui a été convenu, ses limites, ses forces. Cette façon de faire implique une grande préparation, mais il s'agit d'une occasion importante pour la personne de s'autodéterminer. Si la personne ne désire pas prendre part à ces discussions, alors elle doit tout de même préalablement consentir à leur déroulement, puis s'exprimer sur le contenu qui sera partagé.

Adapter les tâches et l'environnement physique

Il s'agit ici d'effectuer des interventions nécessaires à l'environnement physique et aux tâches pour faciliter la participation aux habitudes de vie ciblée de la personne. Ces interventions doivent être réalisées selon les principes suivants :

- La personne est unique et experte d'elle-même ;
- Les interventions doivent être personnalisées ;
- La créativité est de mise ;
- L'intervenant·e est un catalyseur qui emmène l'usager·ère à nommer son besoin et ses idées de solutions ;
- Proposer une adaptation qui a répondu au besoin d'un·e autre usager·ère dans une situation similaire est à garder en dernier recours.

Ces stratégies peuvent être réalisées dans le milieu de vie principal de la personne ou dans les milieux qu'elle fréquente pour augmenter leur accessibilité ou leurs bienfaits.



Exemples

Adaptation de la tâche

Dans son lieu de bénévolat, la personne doit, par exemple, accomplir 3 tâches différentes. La personne se trompe souvent dans l'ordre des actions. L'intervenant·e questionne la personne sur ce qui la mélange et sur ses idées. La personne nomme qu'il serait plus simple de n'avoir à penser qu'à une seule chose durant sa journée. Alors plutôt que de faire les 3 tâches en séquence, comme il a été originellement pensé, il peut être décidé qu'elle fasse une tâche par jour et qu'elle complète le cycle en trois jours.

Adaptation de l'environnement

Si on reprend l'exemple ci-haut, si la personne avait nommé que tous les items reliés aux tâches se ressemblent trop, que ça la rend confuse que tous les items soient gris et qu'elle aimerait que ce soit coloré, il peut être déterminé d'utiliser des bacs de couleurs, par exemple, pour séparer les items reliés aux tâches.

L'utilisation de supports visuels (images, pictogrammes, objets de référence) est un moyen fréquemment utilisé pour adapter les tâches ou l'environnement. Voici quelques lignes directrices à cet effet :

- Évaluer d'abord la nécessité d'utiliser des supports visuels et les utiliser avec parcimonie (éviter d'en surcharger les milieux de vie) (INESSS, 2021);
- Impliquer la personne dans le choix et la création des supports visuels afin de les personnaliser et pour favoriser l'autodétermination (INESSS, 2021);
- Prêter une attention particulière à leur conception. Utiliser des supports visuels simples, clairs et cohérents et ajuster leur complexité aux capacités et préférences de l'usager·ère (INESSS, 2021). Ceci implique que si un·e usager·ère adulte désire des images normalement utilisées

auprès des enfants, il est possible de les utiliser. Il n'est toutefois pas suggéré de les proposer afin d'éviter d'infantiliser l'utilisateur. Consulter au besoin :

 *Pistes de réflexions sur la conception de supports visuels*, CISSS de la Montérégie-Ouest, 2024.

- Considérer l'utilisation des mêmes supports visuels dans les différents milieux de vie et les incorporer graduellement, s'il est nécessaire d'en avoir plusieurs;
- Trouver le meilleur endroit pour les afficher afin qu'ils soient visibles et utiles;
- Évaluer en continu l'efficacité et la pertinence des supports visuels et les ajuster au besoin (INESSS, 2021);
- Former et soutenir l'utilisateur et son environnement à leur utilisation (INESSS, 2021).

Assurer la qualité des soins et des services pour les personnes hébergées

L'intervenant·e spécialisé·e peut agir ou non comme **pivot** dans le dossier d'une personne hébergée.

Le pivot se réfère au :

 Guide d'accompagnement RI-RTF (GUI-10110) : plus précisément à ***l'activité 10 : Contrôle de la qualité des services.***

Qu'ils ou qu'elles soient pivots ou non, les intervenant·es qui œuvrent auprès de l'utilisateur doivent assurer la qualité des services qui sont dispensés par les ressources qui les hébergent.

Stratégies pour veiller à ce que la RI-RTF agisse en cohérence avec les objectifs au PI

Pour ce faire, l'intervenant·e doit :

- Poser des questions ouvertes à l'utilisateur sur les services reçus qui sont liés au PI;
- Vérifier fréquemment les indicateurs convenus au PI;
- Discuter fréquemment avec la ressource, avec le consentement de l'utilisateur, et si possible, en sa présence, pour faire un suivi des moyens convenus avec elle;
- Observer la dispensation des moyens convenus avec l'utilisateur et la ressource pour atteindre les objectifs du PI, avec l'accord de la ressource.

Stratégies en cas d'enjeux sur le plan de la qualité des soins et des services

Pour agir concernant les enjeux sur le plan de la qualité des services dispensés, que ces services soient ou non en lien avec le PI, l'intervenant·e doit :

- Aviser d'abord les responsables de la ressource et partager ses observations avec elle;
- Demeurer objectif, s'en tenir aux faits observables plutôt qu'aux impressions;
- Être transparent·e avec la ressource, lui indiquer qu'il ou qu'elle informera l'intervenant·e qualité, puisqu'il s'agit d'une obligation;
- Faire preuve d'empathie et de diplomatie afin de maintenir, le plus possible, un bon lien avec la ressource;
- Garder la communication ouverte avec la ressource;
- Recentrer la discussion le plus possible sur le besoin de l'utilisateur;
- Orienter la discussion sur les solutions plutôt que sur les lacunes;
- Informer l'intervenant·e qualité, la PREC ou le gestionnaire de l'écart de qualité et préciser quelles sont les informations qui ont été échangées avec la ressource à ce sujet.

7. Conclusion

Par une connaissance fine des caractéristiques des usager·ères présentant un profil de besoins complexe et par l'utilisation des différentes approches et stratégies d'intervention préconisées au *Programme spécialisé DIL DIM*, l'intervenant·e est outillé·e pour soutenir l'usager·ère afin d'optimiser sa participation sociale. Il ou elle pourra l'accompagner dans l'atteinte des objectifs de son projet personnel de réadaptation et contribuer à rétablir l'équilibre dans son fonctionnement perturbé en raison de multiples facteurs complexes. Une fois l'équilibre rétabli, si le profil de besoins de la personne demeure complexe, alors l'intervenant·e des services spécialisés continuera de l'accompagner dans la reprise et le développement de ses habitudes de vie. L'implantation de ce programme clinique est dans une visée d'amélioration continue des pratiques cliniques et se fera graduellement. Il fera l'objet d'une évaluation à une période ultérieure. Un plan d'évaluation du programme fera l'objet d'une annexe détachable à ce programme.

Liste des annexes

Annexe A	Portrait général du profil de besoins et de fonctionnement – DIL et DIM
Annexe B	Résumé du Programme spécialisé DIL DIM
Annexe C	Outils d'évaluation
Annexe D	Outils d'intervention
Annexe I	Description détaillée des responsabilités et activités du ou de la criminologue au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe II	Description détaillée des responsabilités et activités de l'éducateur·trice au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe III	Description détaillée des responsabilités et activités de l'ergothérapeute au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe IV	Description détaillée des responsabilités et activités du ou de la psychoéducateur·trice au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe V	Description détaillée des responsabilités et activités du ou de la psychologue au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe VI	Description détaillée des responsabilités et activités du ou de la sexologue au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe VII	Description détaillée des responsabilités et activités du ou de la travailleur·euse social·e au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>
Annexe VIII	Description détaillée des responsabilités et activités communes et partagées au <i>Programme spécialisé DIL DIM</i>

Portrait général du profil de besoins et de fonctionnement – DIL et DIM

Ce tableau combine les données du DSM-5 (APA, 2015) et celles recensées par les intervenant-es (marquées par un astérisque*). Il représente le fonctionnement des personnes ayant une DIL ou une DIM en exposant les différentes limitations provoquées par les déficits. À noter que chaque personne est différente et que ce tableau n'est qu'un portrait général des limitations des personnes ayant une DIL ou une DIM.

Sphère	DIL	DIM
Scolaire	Peut acquérir des compétences scolaires et les utiliser, mais avec difficulté (lecture, calcul, écriture, temps)	Peut acquérir des compétences scolaires et les utiliser, mais avec difficulté et avec un soutien plus important pour les mettre en application à l'âge adulte
Abstraction	Présente une difficulté pour les tâches d'abstraction (planification, élaboration de stratégies, flexibilité)	A besoin d'une assistance pour la majorité des tâches d'abstraction
Interactions sociales	- Discerne les codes sociaux, mais avec un certain manque d'acuité * S'entoure de proches et de personnes neurotypiques * Est capable de demeurer en relation avec la famille, à avoir des relations amicales et amoureuses durables, mais les conflits sont plus souvent présents que pour une personne présentant une DIM, car les relations vécues sont plus complexes * Désire démontrer une autonomie relationnelle et être accepté-e par les individus neurotypiques. * Compte moins sur les proches pour prendre des décisions que les personnes ayant une DIM. - Juge difficilement les risques (risque d'être manipulé)	- Discerne difficilement les codes sociaux et présente une difficulté marquée en lien avec les comportements * S'entoure principalement de proches et d'autres personnes ayant une DI - Relations amicales avec des pairs neurotypiques sont affectées par la DI - Est capable de demeurer en relation avec la famille, d'avoir des relations amicales et amoureuses durables * Se soucie peu de démontrer une autonomie relationnelle et accepte l'aide facilement * Compte beaucoup sur les proches pour juger des situations - Possède un jugement social limité
Communication	* S'exprime facilement, mais peut éprouver des difficultés à comprendre les messages reçus * Peut parfois camoufler l'incompréhension du message reçu pour préserver une apparence d'autonomie	- S'exprime difficilement, mais de façon fonctionnelle. * Comprend les messages reçus s'ils sont simples * Utilise parfois des supports visuels pour comprendre les messages
Prise de décisions	- A besoin de soutien à la prise de décision complexe (légale / médicale) * Peut vouloir faire valoir son autonomie et ne pas demander de l'aide malgré le besoin	- A besoin d'un-e aidant-e pour les décisions importantes * Compte sur les proches et se réfère à eux pour les décisions importantes
Activité de la vie quotidienne	Est fonctionnel pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) (se laver, manger, boire, etc.)	Est fonctionnel pour ses AVQ, mais les apprend plus lentement et éprouve souvent un besoin d'avoir des rappels même à l'âge adulte

Sphère	DIL	DIM
Activités de la vie domestique	▪ A besoin d'aide pour les activités de la vie domestique (AVD) plus complexes (finances, repas équilibrés, prise en charge des enfants)	▪ Nécessite un soutien continu et important pour les AVD plus complexes
Emploi	▪ Est capable de trouver un emploi régulier qui exige peu de compétences intellectuelles	▪ Est capable de trouver un emploi avec des exigences intellectuelles limitées, mais a besoin d'un soutien important pour répondre aux attentes sociales et professionnelles
Loisirs	▪ Peut participer aux loisirs presque à la même hauteur que les individus neurotypiques	▪ Peut participer aux loisirs, mais requiert un soutien pour y arriver

Ces différents déficits présents chez la personne ayant une DIL ou une DIM ainsi qu'une mauvaise compréhension de ceux-ci par l'environnement, causent des problèmes d'accessibilité et d'intégration pour ces personnes, qui ont pourtant les mêmes droits que les individus neurotypiques.

Bien que la DI en tant que telle amène des défis significatifs et qu'elle est persistante dans le temps, avec le soutien nécessaire et les bons outils, les personnes ayant une DIL ou une DIM peuvent se développer dans toutes les sphères de leur vie : travail, amitié, situation résidentielle, vie familiale, etc.

ANNEXE B

Résumé du Programme spécialisé DIL DIM

Clientèle cible	- Présente une DIL ou une DIM (ou un profil de fonctionnement et de besoins correspondant (voir Annexe A)) - A atteint l'âge de l'admissibilité au primaire - Désire reprendre ou développer des habitudes de vie - Vit une situation clinique complexe requérant l'expertise des services spécialisés	
Objectif général	Que la personne optimise sa participation sociale pour retrouver un équilibre dans son fonctionnement perturbé en raison de multiples facteurs complexes.	
Objectifs spécifiques	Plus précisément, pour agir sur les habitudes de vie perturbées qui causent le déséquilibre dans le fonctionnement, il est attendu que la personne, avec le soutien du personnel :	
	Identifie et optimise les facteurs personnels composant sa situation complexe, notamment, mais sans s'y limiter : - Ses capacités d'autodétermination - Ses capacités adaptatives	Identifie et optimise les facteurs environnementaux composant sa situation complexe, notamment, mais sans s'y limiter : - L'environnement familial et social, incluant la collaboration avec les partenaires publics et privés - L'environnement physique
Théorie	Concepts - Autodétermination - Collaboration interprofessionnelle Modèle - MDH-PPH	Approches - Approche positive - Approche de partenariat - Approche de l'analyse appliquée du comportement - Approche cognitivo-comportementale
Ressources humaines	Équipe (présentée en ordre alphabétique) - Criminologue - Psychologue - Éducateur·trice - Sexologue - Ergothérapeute - Travailleur·euse social·e - Psychoéducateur·trice	Compétences attendues - Maîtrise des compétences liées au <i>Processus clinique de services spécialisés de la DPD</i> - Maîtrise des compétences du présent programme via le <i>Cursus de développement des compétences spécifique au programme</i>
Mécanisme d'accès	Origine des demandes - Spécialisé DPD (traitées par les modalités interprogrammes) - Spécifique DI-TSA-DP (traitées par le guichet d'accès intégré) - Hors DI-TSA DP (traitées par le guichet d'accès intégré)	Questionnement sur l'orientation d'une demande : les membres de l'équipe clinique discutent avec leur PREC pour trouver des solutions et collaborer au besoin avec le guichet d'accès intégré.
Interventions	L'intervenant·e évalue la personne et, avec elle, établit un PI. Elle tient compte des interventions déjà tentées. Afin que l'utilisateur atteigne les objectifs identifiés et ait réponses à ses besoins, l'intervenant·e utilise une combinaison pertinente de stratégies liées aux facteurs personnels et environnementaux.	
	Stratégies liées aux facteurs personnels pour : - Favoriser l'autodétermination de l'utilisateur - Mettre en pratique les apprentissages et varier les interventions - Utiliser les technologies de l'information - Gérer les comportements problématiques	Stratégies liées aux facteurs environnementaux pour : - Outiller l'environnement humain pour favoriser l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur - Favoriser l'accès et le bon déroulement des services dispensés par les partenaires publics et privés - Adapter les tâches et l'environnement physique - Assurer la qualité des soins et des services pour les personnes hébergées
Processus clinique	1Accueil 2Évaluation et analyse 3Élaboration du PI et mise en œuvre des interventions 4Mesure des résultats 5Fermeture, recommandations et orientations	

Voici une liste [non exhaustive](#) de certains outils qui peuvent se révéler intéressants pour évaluer et analyser la situation de l'usager·ère.

Il n'est pas attendu que l'ensemble des intervenant·es connaissent tous ces outils, mais bien qu'ils ou elles ciblent ceux qui sont les plus pertinents pour évaluer la situation clinique complexe de l'usager·ère en lien avec leur champ d'exercice respectif. Il n'est pas non plus attendu que l'intervenant·e utilise systématiquement un outil et utilise des outils dans tous les dossiers. En effet, il est possible qu'un·e intervenant·e n'utilise aucun outil, car les observations et discussions auprès de l'usager·ère se sont avérées suffisantes.

L'utilisation ou non d'un outil doit être basée sur :

- La pertinence de l'outil pour évaluer la situation de l'usager·ère
- Le jugement clinique de l'intervenant·e
- Le champ d'exercice de l'intervenant·e
- Les prérequis pour utiliser l'outil

	 Quel est le nom de l'outil ?	Quoi savoir ?
Autodétermination	L'échelle d'autodétermination du LARIDI (version pour adultes ou version pour adolescents)	Évalue le degré d'autodétermination de la personne. Permet d'identifier les forces et les limites de la personne en ce qui concerne l'autodétermination (Wehmeyer et al., 2001). Conçu pour la DI Standardisé Prérequis : une connaissance approfondie de l'autodétermination
	Outil d'appréciation du niveau de réalisation de l'autodétermination pour les adultes présentant une déficience intellectuelle	Apprécie l'autodétermination de la personne et la perception de ses proches. Permet de mettre en relation les résultats dans une optique de discussion. Apprécie l'autonomie décisionnelle et d'exécution, au domicile et dans la communauté. Permet de questionner la motivation, la capacité ainsi que les occasions pour la personne de s'autodéterminer (Institut universitaire en DI et en TSA, 2024). Conçu pour DI et TSA Non standardisé Aucun prérequis Publié par l'Institut universitaire en DI et en TSA
Autonomie	Inventaire des habiletés pour rester temporairement seul chez soi (IHRTS) (enfant, adolescent, adulte)	Permet d'identifier les acquis et les habiletés minimales à développer pour rester seul chez soi selon des périodes de temps (entre 1 h et 24 h) (Corbeil et Dufour, 2014). Conçu pour DI et TSA Non standardisé Aucun prérequis Publié par le GREDD (groupe de recherche et d'étude en déficience du développement)
	Inventaire des habiletés pour la vie en appartement (IHVA) (adolescent et adulte)	Permet d'identifier les compétences acquises et les compétences minimales à acquérir pour actualiser le projet de vivre en appartement (Corbeil et al., 2023). Conçu pour DI et TSA Non standardisé Aucun prérequis Publié par le GREDD
	Système d'évaluation du comportement adaptatif (ABAS-II ou ABAS-III)	Permet d'évaluer les comportements adaptatifs des personnes, notamment leurs habiletés fonctionnelles nécessaires à leur autonomie au quotidien. Utile quand un portrait global de l'autonomie de la personne est nécessaire. Conçu pour DI et TSA Standardisé Prérequis : formation permettant l'analyse de données psychométriques
Comportements	Grille de dépistage rapide des risques de TGC	Permet de déterminer s'il y a une suspicion de TC ou de TGC. À remplir lorsque l'usager·ère a des comportements problématiques. Ne permet pas de statuer le TC ou le TGC, mais permet de savoir s'il est pertinent d'évaluer davantage à l'aide d'un EGCP-II-R. Conçu pour DI et TSA Non standardisé Publié par le SQETGC Aucun prérequis
	Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (EGCP-II-R)	Permet d'établir le profil psychométrique de comportements problématiques. Nécessaire lorsqu'il y a suspicion d'un TC ou d'un TGC pour statuer d'un TC ou d'un TGC (Sabourin et al., 2016). Conçu pour DI Standardisé Prérequis pour l'analyse : formation sur l'outil Autre prérequis : formation permettant l'analyse de données psychométriques

	 Quel est le nom de l'outil ?	Quoi savoir ?
	Grille d'observation et de dispersion des comportements	La « Grille ABC » et la grille « Observation des comportements » sont des outils pour documenter les comportements d'un·e usager·ère. Les grilles de dispersion, elles, permettent d'analyser l'occurrence d'un comportement. Conçu pour DI et TSA Non standardisé Aucun prérequis Publié par le SQETGC
Santé mentale	Grille AUDIS	Le processus AUDIS permet de soutenir la décision clinique pour la prévention du suicide (Brandon et Morin, 2024). Il existe 4 formulaires (CLI-60510) pour repérer le risque suicidaire, gérer l'épisode suicidaire, effectuer un suivi suite à l'épisode suicidaire et finalement réduire le risque suicidaire à long terme. Conçu pour DI et TSA Non standardisé Publié originellement par un centre de recherche et une chaire⁷ Formation sur le suicide et formation sur l'AUDIS fortement recommandées
	Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID)	Il ne s'agit pas d'une grille ou d'un outil, mais bien d'un livre de référence essentiel pour se renseigner sur les troubles de santé mentale pour les personnes ayant une DI. Équivalent du DSM-5 pour la DI (J. Fletcher et al., 2017). Conçu pour DI Aucun prérequis Non standardisé Publié par le National association for the dually diagnosed
Sexualité	Instrument d'évaluation des connaissances et attitudes relatives à la sexualité (ÉCARS)	Permet d'évaluer l'état des connaissances et des attitudes générales relatives à la sexualité. Provient du programme <i>Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle</i> (ÉVAAS). Peut s'utiliser avec ou sans le programme. Pas utilisé pour les troubles de la sexualité, mais pour un aperçu général de ce que la personne connaît en regard à ce thème. Pour les personnes victimes d'abus ou ayant des problèmes liés à la sexualité qui dépassent le champ d'expertise de l'intervenant·e, l'utilisation de cet outil n'est pas recommandée (Institut universitaire en DI et en TSA, 2017b). Conçu pour DIM Non standardisé Publié par l'Institut universitaire en DI et en TSA Prérequis : formation sur l'ÉVAAS
	Portrait des comportements sexuels chez les personnes présentant une DI ou un TSA : pour une meilleure compréhension	Permet d'effectuer une collecte de données sur les comportements sexuels des usagers dans le but de réfléchir aux données en équipe interdisciplinaire par la suite, où la présence d'un sexologue est fortement suggérée (Institut universitaire en DI et en TSA, 2017a). Conçu pour DI et TSA Non standardisé Publié par l'Institut universitaire en DI et en TSA Prérequis : connaître les limites de son champ d'exercice lié à la sexualité
	Inventaire des conséquences de l'agression sexuelle chez les personnes adultes victimes présentant une DI	Permet de documenter une situation d'agression sexuelle et ses conséquences chez un·e usager·ère victime d'une agression sexuelle. Conçu pour DI ayant subi une agression sexuelle Non standardisé Publié par l'Institut universitaire en DI et en TSA Prérequis : connaître les bases de l'intervention auprès des victimes Accompagnement par un sexologue pour utiliser l'outil est souhaitable
Vieillesse	Questionnaire de repérage de la démence chez les individus ayant une déficience intellectuelle (QRDIDI)	Utile pour repérer les manifestations de la démence. Permet de déterminer s'il est utile de réaliser une référence pour une évaluation par un professionnel qui pourra poser un diagnostic (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2010). Conçu pour DI Standardisé Aucun prérequis

⁷ Publié par CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthique et pratiques de fin de vie) en collaboration avec la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement de l'Université du Québec à Montréal

Voici une liste **non exhaustive** de certains outils qui peuvent se révéler intéressants pour intervenir auprès de l'utilisateur.

Il n'est pas attendu que tous les intervenant-es connaissent tous ces outils, mais bien qu'ils ou elles ciblent ceux qui sont le plus pertinents pour intervenir auprès de l'utilisateur en lien avec leur champ d'exercice respectif. Il n'est pas non plus attendu que l'intervenant-e utilise systématiquement un outil et qu'il ou elle utilise des outils dans tous les dossiers.

L'utilisation ou non d'un outil doit être basée sur :

- La pertinence de l'outil pour évaluer la situation de l'utilisateur
- Le jugement clinique de l'intervenant-e
- Le champ d'exercice de l'intervenant-e
- Les prérequis pour utiliser l'outil

Habitude de vie	 Outil ou documentation	Quoi savoir ?
Communication	<u>Mains animées</u>	Outil de communication pour les personnes non-verbales
	Supports visuels personnalisés	Outils à créer soi-même pour faciliter la communication. Doivent être personnalisés pour l'utilisateur. Voir la section « Adapter les tâches ou l'environnement physique » au cœur des Stratégies d'intervention (6.2.) pour des lignes directrices sur leur conception et utilisation.
Déplacement	Apprentissage du transport en commun – Guide à l'intention des intervenants travaillant auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle	Guide décrivant les compétences de base pour utiliser le transport en commun. Quelques idées d'activités prévues, puis des visuels pour faciliter la compréhension sont inclus.
	Site web de la SAAQ	Site web comportant des renseignements sur les transports sécuritaires (piéton, vélo, auto). Outils éducatifs interactifs et activités pédagogiques répertoriés. À utiliser et à adapter en considérant les préférences et les capacités de la personne.
Nutrition	Site web du Guide alimentaire canadien	Site web offrant des informations pour une alimentation saine et équilibrée. Aborde également les compétences culinaires. Contenu à adapter à la compréhension de la personne.
	Site web de la <u>Fondation OLO</u>	Site web offrant des recettes imagées pour faciliter la compréhension. Gratuit et accessible pour tous.
	Livres adaptés sur la nutrition, comme : ▪ Je cuisine avec des images, d'Anne Perrault et Anne Mitchell aux éditions Carte blanche ▪ Mon premier livre de recette de Ricardo aux éditions La Presse	Livres proposant des recettes simples. Ce peut être intéressant pour la personne ayant une DI de se procurer un livre adapté à ses capacités. À part ceux répertoriés ici, il en existe plusieurs.
Condition physique et bien-être psychologique	Guide pour la mise en place de stratégies d'inclusion par le sport	Guide qui présente des informations utiles pour favoriser l'inclusion des personnes présentant une DI dans des activités sportives. Il détaille 7 stratégies d'inclusion.
Soins personnels et de santé	Site web de Santé BD : Faciliter l'accès à la santé pour tous	Source d'informations imagées pour aborder certains sujets reliés à la santé (aller chez le docteur, le dentiste, en apprendre sur les microbes, verbaliser la douleur, etc.). Informations validées et pensées par des professionnels de la santé. Site Européen : il est important de consulter le contenu avant de le présenter afin de s'assurer qu'il correspond à la réalité québécoise.

Habitude de vie	 Outil ou documentation	Quoi savoir ?
Habitation	Programme Logement Soutien Gradué	Programme qui pourrait être utile à l'utilisateur pour obtenir un accompagnement personnalisé vers la quête de son autonomie résidentielle (vers un appartement).
Responsabilités	Guide parentalité DI (à venir)	Guide permettant d'outiller les intervenant-es pour intervenir auprès de parents ayant une DI afin de les aider dans leur rôle de parent.
	Éducaloi	Site web permettant d'avoir accès aux droits et aux responsabilités en tant que citoyen. Pas nécessairement adapté à la DI, mais peut être une source d'information à adapter.
Vie associative et spirituelle	Site web 211	Site répertoriant les organismes communautaires. Il est possible d'appliquer un filtre avec la région et le thème recherché. Possible de trouver des associations offrant des activités pour les personnes ayant une DI.
Éducation	Guide sur le parcours scolaire d'un enfant handicapé	Conçu pour informer les parents, les soutenir dans leur réflexion et les accompagner dans leurs actions relativement à la réussite éducative et au parcours scolaire de leur enfant handicapé d'âge préscolaire, primaire ou secondaire, qu'il soit scolarisé en classe ordinaire, en classe spéciale ou à l'école spécialisée (Office des personnes handicapées du Québec, 2017).
Travail	Programme Intégration Travail	Programme offert au CISSS de la Montérégie-Ouest pour les personnes ayant une DI et désirant s'intégrer sur le marché du travail. Intéressant d'aller lire sur les services offerts pour être capable de référer la personne au programme.
Loisirs	L'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH)	Organisme qui répertorie certains événements adaptés, mais surtout, permet de fournir une carte d'accompagnement aux loisirs pour que les accompagnateurs bénéficient d'un accès gratuit aux événements
Relations interpersonnelles	Outil d'appréciation et d'intervention quant aux habiletés de régulation des émotions (AIHRE)	Permet d'établir un portrait des connaissances de l'utilisateur en lien avec les habiletés de régulation des émotions et leur application dans le quotidien. Permet également de cibler les apprentissages à prioriser au plan d'intervention.
	Programme <i>Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle</i> (ÉVAAS)	Programme ayant comme objectif d'augmenter les connaissances concernant la vie amoureuse, affective et sexuelle de la personne ayant une déficience, mais aussi de ses proches. Il s'agit d'un programme de groupe, mais l'intervenant-e peut s'inspirer du contenu pour des interventions individuelles.
	Programme <i>d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle</i> (PESSADI)	Programme qui s'adresse d'abord aux parents pour les outiller afin d'aborder des thèmes reliés à la sexualité avec leur adolescent présentant une DI. Dix thèmes sont abordés (fierté et émotions, hygiène générale, puberté, anatomie des organes sexuels, pudeur et masturbation, relations amicales, prévention des agressions sexuelles, relations amoureuses, orientation sexuelle, cyberprévention)
	Programme ADOPRO	Programme visant l'amélioration des compétences sociales liées à la régulation émotionnelle, à la communication pragmatique et à la gestion des problèmes sociaux des adolescents de 12 à 17 ans. C'est un programme de groupe, mais le contenu peut être utile en format individuel.
	Guide Santé sexuelle, vie intime, affective et amoureuse DI-TSA (GUI-10215)	Décrit le continuum de soutien clinique aux intervenant-es en matière de santé sexuelle chez la clientèle présentant une DI ou un TSA au CISSS de la Montérégie-Ouest. Offre des balises claires pour harmoniser l'éducation à la santé sexuelle et l'encadrement des situations à risque pour la clientèle, son entourage et le personnel.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2010). *Questionnaire de repérage de la démence chez les individus ayant une déficience intellectuelle. Traduction française du Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities, (DSQIID), Shoumitro Deb, 2007.*
- AlRawi, J. M. et AlKahtani, M. A. (2022). Universal design for learning for educating students with intellectual disabilities: a systematic review. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(6), 800-808. <https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1900505>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Health Sciences Division*. American Psychiatric Association (APA), Edited by Claire GUILABERT, Elsevier.
- Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec. (2019). *Le référentiel de compétences liés à l'exercice de la profession d'éducatrice spécialisée ou éducateur spécialisé du Québec. Version abrégée.*
- Balogh, R., McMorris, C. A., Lunsy, Y., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Colantonio, A. et Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Organising healthcare services for persons with an intellectual disability. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD007492. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007492.pub2>
- Boulanger, J. (2016). Les troubles associés à la déficience intellectuelle. *Empan*, 104(4), 31-37. <https://doi.org/10.3917/empa.104.0031>
- Brandon, C. et Morin, D. (2024). *Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. Le Centre de recherche en prévention du suicide (CRISE) en partenariat avec la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement (DITC).
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. et Museux, A.-C. (2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019). *Rôles et responsabilités des intervenants impliqués auprès de la clientèle hébergée dans une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF) (GUI-10110).*
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021). *Proposition d'ajout de la profession de criminologue aux programmes Nexus et spécialisé TC-TGC de la DPD. Réponse à une demande de consultation.*
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2022). *Cadre référence sur l'encadrement professionnel (n° CDR-10350).* <https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/cadre-de-reference-sur-encadrement-professionnel>
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023). *Direction des programmes de Déficiences (DPD).* <https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/page/nos-directions/direction-des-programmes-deficiences>
- Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2024). *Fiche d'emploi – 2691 – Éducateur ou éducatrice*. <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-emploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-emploi/2691-16-0>
- Corbeil, R., Bernard, M.-È., Dufour, C. et Morin, I. (2023). *Inventaire des habiletés pour la vie en appartement (2e édition)*. Groupe de Recherche et d'Étude en Déficience du Développement.

- Corbeil, R. et Dufour, C. (2014). *Inventaire des habiletés pour rester temporairement seul chez soi*. Groupe de Recherche et d'Étude en Déficience du Développement.
- Emerson, E. (2007). Poverty and people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(2), 107-113. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20144>
- Engen, G., Saebu, M., Juritzen, T., Bliksvær, T., Engebretsen, E., Sørberg, H. et Røe, C. (2016). A Systematic Review of Rehabilitation Interventions Aimed at Improving Participation in Young Adults with Disabilities. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 04. <https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000324>
- Fynn, G., Porter, M., Borchard, T., Kazzi, C., Zhong, Q. et Campbell, L. (2023). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for individuals with an intellectual disability and anxiety: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 67(9), 816-841. <https://doi.org/10.1111/jir.13046>
- Graser, J., Göken, J., Lyons, N., Ostermann, T. et Michalak, J. (2022). Cognitive-behavioral therapy for adults with intellectual disabilities: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(3), 227-242. <https://doi.org/10.1037/cps0000077>
- INESSS. (2019). *L'autonomie des jeunes âgées de 6 à 21 ans qui présentent une déficience intellectuelle. Guide de pratique*. Institut national d'excellence en santé et services sociaux.
- INESSS. (2021). *Troubles graves du comportement : meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme*. <https://www.inesss.qc.ca/>
- Institut universitaire en DI et en TSA. (2017a). *Portrait des comportements sexuels chez les personnes présentant une DI ou un TSA : pour une meilleure compréhension*.
- Institut universitaire en DI et en TSA. (2017b). *Programme d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles modérées* (2e édition).
- Institut universitaire en DI et en TSA. (2024). *Outil d'appréciation du niveau de réalisation de l'autodétermination pour les adultes présentant une déficience intellectuelle*.
- J. Fletcher, R., Barnhill, J. et Cooper, S.-A. (2017). *Diagnostic Manual - Intellectual Disability : A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability* (2^e éd.). National association for the dually diagnosed.
- Julien-Gauthier, F., Gascon, H. et Jourdan-Ionescu, C. (2021). *Pratiques inclusives en déficience Intellectuelle*. Presses de l'Université du Québec.
- Lindsay, W. R. et Taylor, J. L. (2018). *The Wiley Handbook on Offenders with Intellectual and Developmental Disabilities : Research, Training and Practice*. John Wiley & Sons, Incorporated.
- MacDonald, S. et Summers, S. J. (2020). Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and dementia: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 839-855. <https://doi.org/10.1111/jar.12722>
- Milot, É., Turcotte, D. et Tétreault, S. (2014). Parentalité et déficience intellectuelle : enjeux de l'intervention auprès des familles. *Service social*, 60(1), 49-71. <https://doi.org/10.7202/1025133ar>
- Morin, I. (2012). *Les troubles de l'attachement en déficience intellectuelle*. SQETGC.
- MSSS. (2016). *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour le programme-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme*.

- MSSS. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.*
- MSSS. (2021). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.* Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A. et Jansen, D. E. M. C. (2011). Prevalence of Chronic Health Conditions in Children With Intellectual Disability: A Systematic Literature Review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(2), 59-85. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.2.59>
- Office des personnes handicapées du Québec. (2017). *Guide sur le parcours scolaire d'un enfant handicapé.* Gouvernement du Québec.
- Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif.*
- RIPPH. (2023). *Modèle MDH-PPH : Concepts-clés.* Réseau international sur le Processus de production du handicap. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
- Sabourin, G., Senécal, P. et Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R – Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur).* CIUSSS MCQ.
- Sheerin, F., Eustace-Cook, J., Wuytack, F. et Doyle, C. (2021). Medication management in intellectual disability settings: A systematic review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(2), 242-276. <https://doi.org/10.1177/1744629519886184>
- SQETGC. (2014). *Prévention des troubles du comportement et des troubles grave du comportement (TC-TGC) - Cadre de référence.*
- Strnadová, I., Loblinzk, J. et Wehmeyer, M. L. (2021). Transitions in lives of people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 49(3), 263-270. <https://doi.org/10.1111/bld.12413>
- Taubner, H., Tideman, M. et Staland Nyman, C. (2022). Employment Sustainability for People with Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(3), 353-364. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-10020-9>
- Tomsa, R., Gutu, S., Cojocar, D., Gutiérrez-Bermejo, B., Flores, N. et Jenaro, C. (2021). Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041980>
- van Duijvenbode, N. et VanDerNagel, J. E. L. (2019). A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European Addiction Research*, 25(6), 263-282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- Verdugo, M. A., Aguayo, V., Arias, V. B. et García-Domínguez, L. (2020). A Systematic Review of the Assessment of Support Needs in People with Intellectual and Developmental Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9494. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249494>
- Wehmeyer, M. L., Brown, I., Percy, M., Fung, W. L. A. et Shogren, K. A. (2017). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities.* Brookes Publishing.
- Wehmeyer, M. L., Lachapelle, Y., Boisvert, D., Leclerc, D. et Morrisette, R. (2001). *Guide d'Utilisation de l'Échelle d'autodétermination pour Adultes du LARIDI.*

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Édith Arsenault, Développement et évolution des pratiques	2017-06-01
	Withney St-Onge Boulay, agente de planification, de programmation et de recherche à la DSMREU	2025-02-10
Personnes consultées	<u>Comité exécutif :</u> Annie Couture, directrice des programmes Déficiences Marie-Ève Garon, adjointe au directeur des programmes Déficiences Ysabelle Marleau, directrice adjointe des programmes DI-TSA et DP Laurence Pérusse-Tardif, directrice adjointe DI-TSA et Hébergement <u>Comité stratégique :</u> Annie Couture, directrice des programmes Déficiences Marie-Pierre Buisson, coordonnatrice des Services spécifiques DI-TSA-DP et programme spécialisé DI 7 + Catherine Besner, cheffe de service intérimaire - Développement et évolution des pratiques, DSMREU Marie-Eve Ratté, gestionnaire au Programme spécialisé DI 7+ <u>Comité tactique :</u> Marie-Pierre Buisson, coordonnatrice des Services spécifiques DI-TSA-DP et programme spécialisé DI 7 + Marie-Ève Ratté, gestionnaire, programme spécialisé DI 7+ Catherine Joly, PREC, programme spécialisé DI 7+ Mylène Hébert, gestionnaire, programme spécialisé DI 7+ Nathalie Fortier, gestionnaire, programme spécialisé DI 7+ <u>Comité de travail :</u> Cynthia Latourelle, PREC, programme spécialisé DI 7+ Catherine Joly, PREC, programme spécialisé DI 7+ Mélanie Geoffrion, éducatrice, programme spécialisé DI 7+ Maude Demers, PREC, programme spécialisé DI 7+ Sabrina Tourigny, éducatrice, programme spécialisé DI 7+ <u>Consultation ponctuelle liée aux rôles et responsabilités des professionnel·les</u> Marie-Michèle Girard, ergothérapeute, programme spécialisé TC-TGC Mélanie Lapointe, PREC, Programme DIS DIP Véronique Laframboise, criminologue, Programme spécialisé Nexus Sonia Bellefleur, psychologue, Programme spécialisé TSA 7+ Amélie Bérubé, sexologue aux programmes TC-TGC et Nexus <u>Consultation ponctuelle liée aux mécanismes d'accès :</u> Sylvie Ménard, chef de programme, Mécanismes d'accès DI-TSA-DP Maryse Langevin, agente de relations humaines, mécanismes d'accès des programmes DI-TSA-DP	2024
	<u>Comité de consultation :</u> Mélanie Lapointe, PREC, Programme DIS DIP Stéphane Lebeau, conseiller d'orientation professionnelle, conseillère d'orientation professionnelle Laurianne Vézina, Dominique Deslandes, Chef de programme, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans Valérie Leblanc, technicienne en assistance sociale, Programme MDA Sylvie Ménard, chef de programme, Mécanismes d'accès DI-TSA-DP	2024-10-18
	<u>Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)</u>	2025-01-30

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION		
Approuvé par	Comité exécutif de la DPD	Date 2025-03-19
Commentaires		

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

Québec

