

Programme spécialisé TC-TGC

Clientèle présentant un épisode de trouble du
comportement ou de trouble grave du comportement

Novembre 2020

Remerciements

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

Comité de rédaction

Ariane Sobieski, éducatrice spécialisée RI-RG, DPD
Carole Labelle, psychologue, coordination TC-TGC, DPD
Caroline Mercier, chef continuum TC-TGC Est, DPD
Cynthia Lambert, coordonnatrice par interim TC-TGC, DPD
Isabelle Perreault, coordonnatrice TC-TGC, DPD
Laurence Pérusse-Tardif, coordonnatrice TC-TGC, DPD
Jacinthe Vallée, éducatrice RAC Drouin, DPD
Mylène Charette, spécialiste en activités cliniques, DPD
Nathalie Pepper, conseillère clinique, coordination TC-TGC, DPD
Simon Lemire, chef continuum TC-TGC, Ouest, DPD
Sophie Beaudry, chef continuum TC-TGC Estrie et Résidence Lansdowne, DPD

Comité consultatif

Amélie Soucy, assistante RAC Moffat, DPD
Annie Tardif, psychologue, DPD
Ariane Sobieski, éducatrice spécialisée RI-RG, DPD
Benjamin Boileau, psychoéducateur, DPD
Carole Labelle, psychologue, coordination TC-TGC, DPD
Caroline Viau, spécialiste en activités cliniques
Christine Cayer, chef de service formation et développement professionnel, DSMREU
Cynthia Lambert, coordonnatrice TC-TGC, DPD
Erik Febbrari, éducateur spécialisé, Maison Lily Butters, DPD
Isabelle Perreault, coordonnatrice TC-TGC, DPD
Jacinthe Vallée, éducatrice RAC Drouin, DPD
Jean-Yves Maisonneuve, chef de programme, résidence Dépelteau et Jauniaux
Julie Lemieux, infirmière clinicienne, DPD
Julie Simard, assistante Maison Lily Butters, DPD
Julie Tremblay, éducatrice spécialisée, SRP, DPD
Kimberley Choinière, éducatrice RAC St-Sébastien, DPD
Laurence Pérusse-Tardif, coordonnatrice TC-TGC et Nexus, DPD
Louise L'Hérault, chef continuum TC-TGC, Est
Marie-Ève Caron, psychoéducatrice, DPD
Marie-France Giard, psychologue, DPD
Martin Ménard, psychoéducateur, résidence Robert et Trépanier, DPD
Mylène Charette, psychoéducatrice, unité St-Charles, DPD
Myriam Fortin, psychoéducatrice, Maison Lily Butters, DPD
Nadia Provencher, spécialiste en activités cliniques
Nathalie Pepper, conseillère clinique, coordination TC-TGC, DPD
Rachel Prévile, psychoéducatrice, unité St-Charles, DPD
Richard Plante, travailleur social, DPD
Roxanne Héroux, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU
Simon Lemire, chef continuum TC-TGC, Ouest, DPD
Sonia Bernard Veilleux, spécialiste en activités cliniques, DPD
Stéphanie Noiseux, psychoéducatrice, unité St-Charles, DPD
Valérie Oakes, psychoéducatrice, résidence Jeunesse, DPD
Yannick Beaulieu-Robert, psychoéducateur, DPD

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

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, novembre 2020.
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 PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE CIBLE	9
1.1. Définition de la clientèle cible	9
1.2. Troubles concomitants	10
1.3. Définition de la problématique cible	10
1.3.1. Facteurs de risque liés aux TC-TGC	11
1.3.2. Impacts des TC-TGC.....	11
1.3.3. Facteurs influençant le pronostic de participation sociale (PPS).....	12
1.4. Interventions recommandées en TC-TGC.....	13
2. OBJECTIFS.....	15
2.1. Objectif général.....	15
2.2. Objectifs spécifiques	15
3. THÉORIE	16
3.1. Modèles théoriques.....	16
3.2. Moyens projetés pour atteindre les objectifs.....	18
3.3. Rationnel qui motive le choix des actions	21
4. RESSOURCES.....	21
4.1. Ressources du programme.....	21
4.3. Rôles et responsabilités des ressources humaines.....	23
4.4. Compétences attendues (formation).....	28
4.5. Outils cliniques	31
4.6. Soutien clinique	32
5. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE.....	32
5.1. Cheminement de la demande	32
5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	33
5.3. Critères de fin d'intervention	35
6. STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	35
6.1. Modalités d'intervention	35
6.2. Description du processus d'intervention.....	38
7. PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION	58
7.1. Variables à évaluer	58
7.2. Indicateurs de suivi	59

8. LISTE DES ANNEXES.....	60
9. RÉFÉRENCES.....	61
ANNEXE A MODÈLE LOGIQUE DU PROGRAMME SPÉCIALISÉ TC-TGC	66
ANNEXE B TYPES DE COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES POUVANT ÊTRE REMIS PAR LA CLIENTÈLE AYANT UNE DI AVEC OU SANS TSA	67
ANNEXE C DÉFINITIONS DES CONTEXTES INTERNES ET EXTERNES D'APPARITION DU COMPORTEMENT (SABOURIN, SQETGC, 2014)	68
ANNEXE D PROCÉDURE IPEC.....	70
ANNEXE E LISTE D'OUTILS CLINIQUES POUVANT ÊTRE UTILISÉS AU PROGRAMME	71
ANNEXE F CONTINGENCES (OBSTACLES PRÉVISIBLES).....	72

Liste des abréviations et des acronymes

AAC	Analyse appliquée du comportement
AAO	Accueil, analyse et orientation des dossiers
ABC	<i>Aberrant Behavior Checklist</i>
AIMM	Analyse et intervention multimodales
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BRIEF	<i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
DI	Déficience intellectuelle
DIP DIS	Déficience intellectuelle profonde Déficience intellectuelle sévère
DMID	<i>Diagnostic Manual – Intellectual Disability</i>
DP	Déficience physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
EGCP-II R	Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques
EGTC-CI	Échelle de la gravité des troubles du comportement : conséquences et impacts
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
GE.CO.	Gestion de la colère
ICP	Inventaire des causes probables
INDEX	Échelle des indices comportementaux des dysfonctions exécutives
IPEC	Intervention post-événement critique
ISP	Indice de stress parental
ITCA	Interventions thérapeutiques lors de conduites agressives
MDH-PPH	Modèle de développement humain-Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PA	Plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement
PAM TC-TGC	Plan d'action multimodal en trouble de comportement ou trouble grave de comportement
PBS	<i>Positive Behavior Support</i>
PECS	<i>Picture Exchange Communication System</i> (Système de communication par échange d'images)
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RAC	Résidence à assistance continue
RIRG	Ressource intermédiaire de type résidence de groupe
RTF	Ressource de type familial
SIPAD	Système d'information pour personnes ayant une déficience
SQETGC	Services québécois d'expertise en troubles graves du comportement
SRP	Solution résidentielle personnalisée
SRSOR	Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TC	Trouble du comportement
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children</i>
TED/TSA	Trouble envahissant du développement, maintenant trouble du spectre de l'autisme
TGC	Trouble grave du comportement

Lexique

Dépistage	« Le dépistage est la détection dans l'ensemble d'une population d'une maladie ou d'un trouble chez un individu asymptomatique ou à risque. Le dépistage, par définition, est universel et s'adresse à l'ensemble de la population visée. » (MSSS, 2017)
Mesures de contrôle	Dans son cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, le MSSS (2015) a défini les mesures de contrôle suivantes : Contention : « Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. » Isolement : « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. » Substance chimique : « Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. »
Mesure de remplacement	« Mesure définie comme étant une stratégie d'intervention qui peut être liée à l'usager, ou à l'organisation des soins, à l'équipement utilisé, à l'environnement physique, psychosocial, récréatif ou occupationnel et qui vise à limiter au maximum le recours aux mesures de contrôle. » (CISSS Montérégie Ouest, 2019)
Repérage	« Le repérage est la détection des individus à risque, ou qui présentent des symptômes ou des écarts dans leur développement ou leur niveau d'autonomie en comparaison avec des individus du même âge. Le repérage est ciblé plutôt qu'universel et il se fait lors de contacts avec des services. » (MSSS, 2017)

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

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

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

Introduction

Pourquoi un programme spécialisé TC-TGC?

Jusqu'en 2015, les services pour les personnes ayant un trouble du comportement (TC) ou un trouble grave du comportement (TGC) en Montérégie étaient offerts par deux CRDITED (SRSOR et CRDITEDME). Depuis, l'intégration de ces établissements au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest² encourage à revoir et à harmoniser les pratiques au sein de la Direction des programmes Déficiences (DPD). La pertinence de ce programme est aussi appuyée par :

- La prévalence élevée des TC-TGC en CRDITED, soit 6,75 % en 2014 (CISSSMCQ, 2016);
- La préoccupation de l'établissement quant aux impacts négatifs reliés au TC-TGC pour la personne, ses proches et les intervenants;
- La nécessité d'offrir un continuum d'interventions spécialisées, cohérentes et préventives afin d'éviter l'aggravation des comportements problématiques;
- L'importance de travailler en collaboration avec les autres programmes afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation d'épisodes TC-TGC.

À qui s'adresse ce document?

Ce document s'adresse à l'ensemble des **intervenants et gestionnaires œuvrant au programme TC-TGC**, afin de leur permettre d'appliquer les interventions de façon cohérente et rigoureuse pour réaliser le mandat du programme. Des guides de pratiques sont associés à ce programme afin de bien définir les interventions pour les différentes étapes de ce continuum.

Il s'adresse également aux **intervenants et gestionnaires des autres programmes spécialisés** afin de soutenir la compréhension des composantes d'un épisode de TC ou TGC et la mise en place d'intervention adaptées, avant la référence au programme TC-TGC.

Sur quelles balises est bâti le programme?

Les orientations proposées dans ce document sont inspirées des meilleures pratiques en TC-TGC pour la clientèle présentant une DI et/ou un TSA, documentées dans la littérature scientifique, d'informations issues du Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) et de l'expérience terrain des membres du comité de travail. Les définitions de rôles des différents intervenants au programme TC-TGC sont appuyées sur les loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et de la mentale et des relations humaines (OPPQ, 2003, 2013).

Quels sont les services offerts?

Le programme spécialisé TC-TGC offre un **continuum de services** qui comprend :

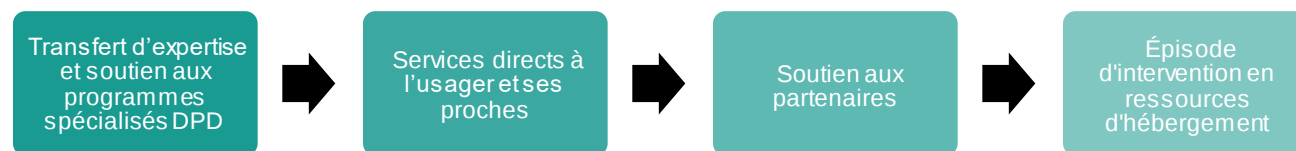


Fig. 1 – Continuum de services

² Découlant de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (chapitre O-7.2, LégisQuébec)*

1. Définition de la problématique et clientèle cible

1.1. Définition de la clientèle cible

Ce programme vise à répondre aux besoins d'enfants, d'adolescents ou d'adultes qui présentent un diagnostic de déficience intellectuelle (DI) ou de trouble du spectre de l'autisme (TSA) **ET** qui présentent également un épisode de trouble du comportement (TC) ou un trouble grave du comportement (TGC). Il cible également les parents et les proches de l'utilisateur puisqu'ils doivent composer avec les TC-TGC de la personne et vivent les conséquences de ces comportements problématiques.

Définition de la déficience intellectuelle (DSM 5, 2015)

La déficience intellectuelle est un trouble neurodéveloppemental touchant environ 1 % de la population et qui s'installe durant la période développementale. Elle est caractérisée par des incapacités intellectuelles et de fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuel, social et pratique.

- **Déficit des fonctions intellectuelles** comme le raisonnement, la résolution de problèmes la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmée par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence standardisés.
- **Déficit des fonctions adaptatives** qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité.

On retrouve différentes catégorisations de déficience intellectuelle : légère (DIL), modérée (DIM), sévère (DIS) ou profonde (DIP). Il s'agit d'un état permanent, mais avec le soutien requis dans différentes dimensions de sa vie quotidienne, la personne peut améliorer son fonctionnement et développer une autonomie et une participation sociale optimales dans l'environnement qui est le sien.

Trouble du spectre de l'autisme (DSM 5, 2015)

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)³ est aussi un trouble neurodéveloppemental qui toucherait environ 1 % de la population mondiale (Diallo et al., 2017) et 1,3 % de la population québécoise (Blackburn et al., 2018). La personne qui présente un trouble du spectre de l'autisme voit son développement perturbé dès les premières années de sa vie. Le TSA se caractérise par :

- Des **difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales** au niveau de la **réciprocité** sociale ou émotionnelle, de la communication non verbale et du développement, maintien et de la compréhension des relations sociales.
- **Un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités** comme des mouvements répétitifs ou stéréotypés, l'utilisation d'objets de façon répétitive ou stéréotypée ou des intérêts extrêmement restreints, fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but.

La personne ayant un TSA, présente, par rapport à la population en général, une façon différente de traiter l'information neurologique, sensorielle, perceptuelle et cognitive. On peut ainsi

³ Remplace l'appellation de Trouble envahissant du développement (TED).

observer des comportements tels qu'une intolérance au changement, une adhésion inflexible à des routines, une hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou un intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement.

TC et TGC

Le trouble du comportement (TC) et le trouble grave de comportement (TGC) ne représentent pas des diagnostics formels, mais plutôt des catégories de comportements problématiques émis par la personne. Or, il n'existe pas de consensus entre les chercheurs sur la définition des TC ou TGC. La description retenue est celle utilisée par le SQETGC, proposée par Tassé et al. (2010) :

- **TC ou trouble du comportement** est « une action ou un ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique ».
- **TGC ou trouble grave du comportement** est « (...) jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. »

La différence entre un TC et un TGC dépend ainsi de la nature et de la portée des impacts des comportements problématiques présentés par une personne.

1.2. Troubles concomitants

Différentes problématiques sont souvent associées à la DI ou au TSA, comme des difficultés de modulation sensorielle, le TDAH, l'épilepsie et des troubles de santé mentale (ex.; anxiété, opposition, dépression.) Les troubles concomitants peuvent s'avérer complexe à évaluer avec cette clientèle en raison de l'absence d'outils diagnostiques formels, des déficits en compréhension verbale et du fait que certains comportements caractéristiques de la DI ou du TSA peuvent s'apparenter à un trouble de santé mentale (Brisson et al. 2014).

1.3. Définition de la problématique cible

Selon le SQETGC, les manifestations comportementales de TC-TGC sont des **épisodes où la personne manifeste des comportements problématiques**. Contrairement à la DI et au TSA, elles ne sont pas un état permanent et peuvent apparaître à tout âge.

Sabourin, Sénécal et Paquet (SQETGC, 2016) présentent ces comportements sous neuf catégories :

- Comportements stéréotypés;
- Comportements sexuels aberrants;
- Comportements sociaux perturbateurs;
- Comportements sociaux offensants;
- Comportements de non-coopération et de provocation;
- Comportements de retrait;
- Comportements destructeurs envers les objets;
- Comportements d'autoagression (automutilation);
- Comportements d'hétéroagression (envers autrui).

Ces comportements sont décrits à l'[annexe B](#).

Au niveau de la **prévalence des TC-TGC**, elle serait plus élevée chez les personnes ayant une DI ou un TSA que dans la population générale (Farmer et Aman, 2009; Matson et Boisjoli, 2007, 2009a, 2009b dans Matson et al., 2011).

- Au Québec, en 2014, la prévalence de TC-TGC dans 20 CRDITED était de 6.8% (CISSSMCQ, 2016).
- Chez les personnes ayant une DI, le taux de prévalence de TGC oscille entre 10 % et 20 %, selon les auteurs (Emerson et al., 2001; Lowe et al., 2007 dans Davies et Oliver, 2013).
- Parmi les enfants avec un TSA, 22 % présenteraient aussi des TC-TGC (Hartley et al., 2008, dans Kanne et Mazurek, 2011).

1.3.1. Facteurs de risque liés aux TC-TGC

- Pour les personnes ayant un TSA, les difficultés comportementales seraient plus présentes lorsque la personne est non verbale, possède peu d'habiletés de communication alternatives et a un répertoire limité de comportements adaptatifs. (Hartley et al. (2008), McClintock et al., 2003).
- Chez la personne présentant une DI, les facteurs de risque associés à l'émission de TC-TGC seraient l'âge, le genre et la sévérité de la DI (Koritsas et Iacono, 2012). Les comportements d'autoagression seraient plus présents chez la personne ayant une DIS ou une DIP (McClintock et al., 2003).

1.3.2. Impacts des TC-TGC

Les TC ou TGC peuvent avoir diverses conséquences, autant pour la personne que pour son entourage.

Impacts pour la personne présentant un épisode de TC ou TGC

Plusieurs conséquences sont possibles, selon l'intensité et la durée des épisodes de troubles du comportement (Sturmey et al., 2005; Herzinger et Campbell, 2007, Lee et al., 2008, Sturmey et al., 2009 dans Matson et al., 2011) :

- | | |
|--|---|
| • Problèmes de santé physique; | • Vie en marge de la société en raison des services reçus (intervention précoce, scolarisation souvent en milieu ségrégué, milieu de jour pour adulte également ségrégué et recours à une multitude de services de santé et sociaux); |
| • Contraintes pharmacologiques et physiques (mesures de contrôle), de même que de blessures (elles-mêmes ou leur entourage); | • Maintien difficile des liens sociaux significatifs avec les membres de sa famille; |
| • Risque augmenté de déplacement vers une ressource plus ségréguée ou contraignante; | • Dommages à ses biens ou à ceux d'autrui; |
| • Intervention policière parfois nécessaire; | • Moins de disponibilité pour l'apprentissage; |
| • Fréquentes consultations à l'urgence ou en psychiatrie; | • Estime de soi et motivation de la personne affectée. |
| • Difficultés d'accès au niveau de l'autonomie résidentielle et aux services de base de la communauté et à un travail; | |

Impacts de TC-TGC sur la famille et les proches

L'impact sur la famille se manifeste principalement par un niveau de **stress accru**, une grande détresse et le besoin d'avoir accès à du soutien spécialisé (Hastings et Beck, 2004; Lecavalier et al., 2006 dans Tassé et al., 2010). Les TC-TGC augmentent la fréquence ou l'intensité des conflits et des tensions dans le réseau social, familial ou de services (Sabourin, 2010). Dans une étude sur l'impact pour les familles d'avoir un enfant autiste, Moxness (2013) mentionne que « lorsque l'enfant présentant un TSA a aussi un trouble du comportement associé, la capacité des parents à rester en santé est compromise ». Elle précise aussi que :

- Lorsque la gravité ou l'intensité des comportements de l'enfant augmentent, l'impact chez les parents est beaucoup plus important; « leur degré de stress augmente, leur capacité parentale ainsi que leur qualité de vie diminuent, leur vie de couple devient affectée et la probabilité de développer une problématique de santé mentale augmente ».
- « Dès que l'enfant devient plus vieux (et physiquement plus imposant), le stress parental semble être plus relié aux problèmes de comportements externalisés de leur enfant, tels des épisodes de comportements d'agressivité... (traduction libre, Reed et Osbourne 2012, p. 928; Poirier et Goupil, 2008) ».

Un **stress financier** et un stress en lien avec la **sphère du travail** peuvent également apparaître.

Impacts des TC-TGC sur l'organisation des services

Les intervenants cliniques sont eux aussi à risque de vivre du **stress** ainsi que de **l'épuisement ou de développer un sentiment d'échec et d'impuissance**. Les TC-TGC sont souvent les principales causes de blessures, d'accidents de travail, d'absentéisme et de démission des intervenants (Hastings et Brown, 2002; Mitchell et Hastings, 2001 dans Tassé et al., 2010). Au niveau des impacts financiers, la prolongation de l'hospitalisation à l'urgence à la suite d'un épisode de crise et l'augmentation générale des coûts pour le système sont des conséquences que doivent gérer les services de santé et services sociaux (FQCRDITED, 2012).

1.3.3. Facteurs influençant le pronostic de participation sociale (PPS)

Les facteurs peuvent être classés en six catégories, selon Labbé et al., (2014).

Tableau I
Facteurs de risque liés au TC-TGC, influençant le PPS

Catégories	Exemples
1. Facteurs liés à la qualité de vie et aux habitudes de vie	Problème de santé physique ou santé mentale, problème au niveau des occupations de jour, problème au plan relationnel, affectif et de santé sexuelle.
2. Facteurs liés aux domaines des habiletés favorisant l'exercice de l'autodétermination	Communication expressive (besoins, refus, émotions) et réceptive difficile, peu d'habiletés de résolution de problème, régulation sensorielle.
3. Facteurs liés à l'environnement physique et social	Sécurité déficiente, accès difficile aux services de la communauté, manque de confort.

Catégories	Exemples
4. Facteurs liés au milieu familial ou au milieu de vie substitut	Manque de compréhension des caractéristiques et des besoins des personnes vivant avec une déficience ou un TSA, manque de compréhension face aux postulats de l'approche positive, épuisement.
5. Facteurs liés aux réseaux de services	Manque de cohérence avec les programmes-services pour vérifier les facteurs de vulnérabilité et assurer la continuité dans les périodes de transition de vie, approche non personnalisée aux besoins et aux caractéristiques, absence d'habiletés pour travailler en équipe.
6. Facteurs liés à l'environnement politique et économique	Vision non suffisamment axée sur la prévention et les moyens nécessaires pour la pratique auprès de groupes à risque, manque de ressources financières.

Les facteurs **3), 4), 5) et 6)** seraient contributeur pour 60 % à 80 % des TGC émis chez la personne ayant une DI (Matson et al. (2011).

1.4. Interventions recommandées en TC-TGC

Prévention des comportements problématiques

Les personnes avec une DI et un TC-TGC, lorsqu'interrogées, disent souhaiter davantage d'interventions préventives, notamment être outillées afin de composer avec leurs émotions et pouvoir se calmer seules (Griffith et Hutchison, 2013). Selon le modèle Positive Behavior Support (PBS) (Dunlop et Fox, 2009, dans Labbé et al., 2014) la prévention doit se faire dans une vision écosystémique et à plusieurs niveaux :

- La prévention primaire « touche l'ensemble des clientèles vulnérables desservies (...) »;
- La prévention secondaire vise à intervenir rapidement afin d'empêcher un problème de progresser. Elle touche les personnes ayant des comportements à risque qui peuvent avoir besoin de services spécialisés (concerne 15 % à 20 % des personnes). L'intervention à ce niveau est importante et demande un degré d'expertise supérieur;
- La prévention tertiaire est mise en place lorsque les comportements sont à haut risque pour la personne et pour les autres. À ce niveau de prévention, le personnel doit posséder un haut degré d'expertise en TGC (concerne 5 % des personnes).

« La prévention, peu importe le niveau concerné, doit être au centre du processus clinique. » (Labbé et al., 2014)

Diverses activités sont recommandées pour la mise en place d'interventions préventives (Labbé et al., 2014), dont :

- Le dépistage et repérage des troubles du comportement;
- L'identification des facteurs de risque et de protection;
- Le rehaussement des compétences cliniques de l'équipe de base⁴;
- La mise en place d'un plan de développement de l'expertise en TGC;
 - La formation des intervenants sur les interventions thérapeutiques lors de conduites agressives (ITCA) vise la diminution des accidents, l'augmentation des moyens et habiletés à désamorcer les situations de crise, ainsi que le développement du contrôle et de la capacité à gérer les agissements agressifs (Bourdeau, 2020).
- L'application rigoureuse du plan d'action multimodal (PAM TC-TGC), avec des conditions de suivi et de soutien clinico-administratif.
 - Selon Longtin et al. (2016), « (...) de nombreuses études ont établi un lien entre l'augmentation de l'offre d'activités de jour et la réduction de la fréquence des TGC ». « L'accès aux activités de jour valorisantes doit être considéré comme un élément essentiel du plan d'intervention de chaque personne qui manifeste un TGC (Tassé et al. 2006 dans Longtin, 2016) et non pas seulement comme un service souhaitable visant un objectif d'inclusion sociale pour l'ensemble de la clientèle avec une DI ou un TSA ».

Interventions spécialisées et rigoureuses

Différents principes doivent guider l'ensemble du processus d'intervention (FQCRDITED, 2010) :

- Viser l'augmentation de la qualité de vie, des compétences de la personne et la réduction des situations de handicaps, plutôt que seulement la réduction des TC-TGC;
- Faciliter l'accès pour la personne à des soins médicaux et psychiatriques, lorsque requis;
- Offrir les services dans le milieu naturel, le plus possible, de la façon la moins contraignante;
- Offrir un niveau élevé et personnalisé d'intensité de services;
- Privilégier une approche transdisciplinaire⁵;
- Faire le suivi des interventions minimalement aux deux semaines;
- Utiliser un plan de transition pour tout changement significatif pour la personne;
- Avoir un engagement organisationnel significatif pour garantir une bonne sélection, une préparation optimale, une formation et un soutien continus à l'ensemble des ressources impliquées auprès des personnes ayant un TGC.

Limiter le recours à des mesures de contrôle

Dans un article faisant la synthèse d'études qualitatives portant sur la perception qu'ont les personnes sur leur propre qualité de vie, Griffith et Hutchison (2013) ont mis en évidence quelques éléments récurrents spécifiquement en lien avec les mesures de contrôle :

- Elles n'auraient pas un impact sur la réduction des comportements à moyen et long terme;
- Elles peuvent augmenter le stress chez la personne et contribuer à augmenter les TC-TGC;

⁴ Équipe de base; « Équipe du CRDITED qui intervient de manière courante et continue [...] auprès de la personne et son entourage. » (FQCRDITED, 2010).

⁵ « Divers professionnels interagissent autour et avec le client et son représentant [...] dans une production commune. Inclus l'équipe de base et un ou des professionnels de l'équipe spécialisée [...] de même que des partenaires significatifs. » (FQCRDITED, 2010)

- Elles peuvent être perçues par les personnes qui les reçoivent comme étant punitives, non thérapeutiques et source de souffrance physique et émotionnelle, même lorsque les personnes comprennent qu'elles sont utilisées afin de les empêcher de se blesser ou de blesser autrui;
- Beaucoup considèrent qu'être sous étroite observation par la mise en place d'une mesure de contrôle après un épisode de crise est stressant, humiliant et inefficace.

Dans sa « Politique clinique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle », le CISSS de la Montérégie-Ouest (2019) stipule que celles-ci doivent être utilisées en dernier recours. Ainsi, au programme spécialisé TC-TGC, ainsi que pour l'ensemble des directions, afin de limiter le recours aux mesures de contrôle, des interventions alternatives doivent avoir été mises en place et évaluées (via le formulaire « Mesures de remplacement »). Si des mesures de contrôle demeurent nécessaires, elles doivent faire l'objet d'un plan d'intervention spécifique (formulaires *Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle* et *Grille de surveillance*).

Soutenir la famille, les proches

Au niveau parental, pour la clientèle ayant un TSA, Moxness (2013) indique « Les soutiens psychologiques et psychosociaux ainsi que des programmes d'éducation parentale (acceptation du diagnostic, techniques de gestion du comportement, etc.) combinés à l'enseignement des compétences parentales positives peuvent favoriser un impact positif sur la santé mentale des parents en leur permettant de rester engagés dans le développement de leur enfant. » Les parents de personnes qui ont une DI auraient besoin de soutien pour comprendre le fonctionnement de leur enfant, peu importe son âge afin d'adapter les exigences et stimuler son potentiel.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Offrir à la personne présentant un épisode de TC-TGC, ainsi qu'à ses proches, des services spécialisés de prévention et de traitement visant à diminuer chez la personne le recours à des TC-TGC en traitant les causes et en augmentant l'utilisation de comportements alternatifs appropriés.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Prévenir l'aggravation des TC-TGC dépistés;
2. Identifier chez la personne les causes, fonctions et facteurs de maintien des TC-TGC;
3. Réduire les conséquences et impacts des TC-TGC et soutenir la personne dans l'apprentissage de comportements alternatifs;
4. Intervenir avec une intensité modulable selon les besoins de la personne;
5. Accompagner les proches, l'entourage et les partenaires communautaires dans le processus d'adaptation et d'intervention;
6. Soutenir la personne lors des transitions.

3. Théorie

3.1. Modèles théoriques

Aux éléments décrits dans le cadre conceptuel du Processus clinique aux services spécialisés à la DPD⁶ (p.16), s'ajoutent plusieurs éléments recommandés par le SQETGC.



Modèles conceptuels

Analyse et intervention multimodales (AIMM)

Le SQETGC prône l'utilisation de l'**AIMM** (Sabourin et Lapointe, 2014), qui vise à réduire la gravité des comportements et à améliorer la qualité de vie des personnes (Sabourin et Lapointe, 2014). Ce modèle intègre la rigueur de l'analyse appliquée du comportement (AAC) tout en tenant compte de la complexité des besoins multiples de la personne présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme (Tassé et al., 2007; CRDI Montérégie-Est, 2003, Sabourin et Lapointe, (2014).

L'AIMM vise à développer chez l'utilisateur de nouvelles habiletés ou des comportements alternatifs, plutôt que de ne faire que des modifications de l'environnement, ce qui augmente les chances de succès des interventions. L'AIMM comprend ainsi deux volets soit l'analyse fonctionnelle des comportements et l'intervention (comportementale, écosystémique et biopsychosociale) (Sabourin et Lapointe, 2014).

Trois principes sont à la base de cette approche :

- Être centré sur la personne, sur ses besoins;
- Prévenir l'apparition du comportement problématique;
- Comprendre les causes à la base du comportement problématique.

Le cycle d'intervention de l'AIMM se déploie en sept étapes, qui doivent être suivies de façon rigoureuse. Les composantes de l'AIMM sont présentées dans la figure 2.

⁶ Interdisciplinarité, autodétermination, Modèle de développement humain-Processus de production du handicap (MDH-PPH) modèle écosystémique, approche positive et approche d'utilisateur partenaire.

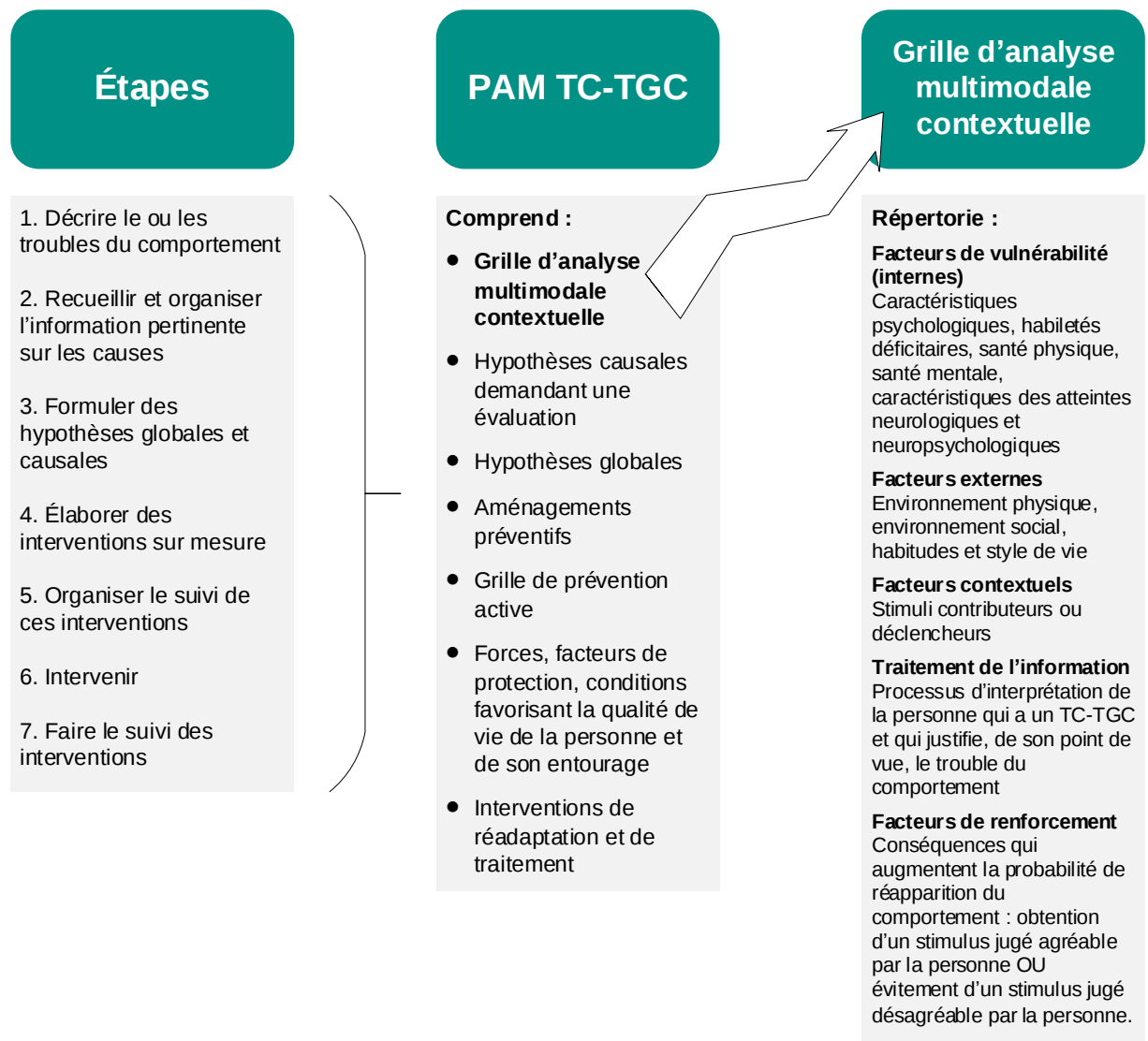


Fig. 2 – Composantes du modèle AIMM

Voir l'[annexe C](#) pour plus de détails sur les éléments se retrouvant dans la grille d'analyse multimodale contextuelle.



Approches

Analyse appliquée du comportement (AAC)

Fréquemment utilisée pour traiter les TC-TGC (Matson et al., 2011), cette approche permet d'identifier les fonctions du comportement. Elle permet aussi d'apprendre des comportements alternatifs aux TC-TGC, en ce en modifiant les antécédents aux comportements (ce qui vient avant) et les conséquences aux comportements (ce qui vient après). L'AAC est aussi appelée analyse fonctionnelle du comportement.

Approche cognitivocomportementale

Cette approche axée sur l'apprentissage stipule que les comportements d'une personne sont initiés, maintenus ou cessés, selon que les pensées (cognitions), événements ou les personnes renforcent ou diminuent la probabilité d'apparition de ce comportement. Cette approche vise le remplacement d'idées ou de comportements inadaptés par des comportements alternatifs moins dommageables. Campbell et ses collègues (2014) ont identifié que les interventions psychologiques auprès des personnes avec un TC-TGC sont efficaces lorsque combinées à une analyse fonctionnelle du comportement.

Interventions en milieu naturel

Jones (2004, dans ETMI, 2015) explique que « la stabilité familiale produit des effets positifs sur le comportement, la santé, les compétences sociales et émotionnelles des enfants ». En ce sens, le déplacement d'un usager qui présente des TC-TGC vers une résidence spécialisée devrait se faire en dernier recours, soit après que tous les services spécialisés et de soutien aient été offerts dans le milieu de vie naturel de la personne (soit le milieu familial ou en RI-RTF) et que ceux-ci n'aient pas permis de diminuer la gravité des TGC et leurs impacts.

3.2. Moyens projetés pour atteindre les objectifs

Mise en place d'équipes continuum spécialisées en TC-TGC, dans chacun des territoires **sous la responsabilité** du CISSS de la Montérégie Ouest.

Chaque équipe est constituée :

- Des éducateurs spécialisés;
- Des psychoéducateurs;
- Des chefs de programme (RAC et continuum);
- D'un professionnel responsable du soutien clinique;
- D'un travailleur social;
- D'un psychologue;
- D'infirmiers ou infirmiers cliniciens;
- D'un ergothérapeute;
- Des assistants en réadaptation (dans les résidences seulement);
- Des auxiliaires aux services de santé et services sociaux (dans les résidences seulement).

Au besoin, d'autres professionnels⁷ provenant d'autres programmes peuvent s'impliquer.

La création d'équipes spécialisées par territoire permet d'assurer des interventions préventives, adaptées, accessibles et intensives. Ces équipes dédiées permettront également une harmonisation dans l'utilisation de l'AIMM et des outils qui en découle. Les interventions de ces équipes sont organisées sous forme de **continuum**, tel qu'illustré à la figure 3 présentée ci-dessous.

⁷ Le terme « professionnel » utilisé dans le présent document réfère à des membres d'ordres professionnels

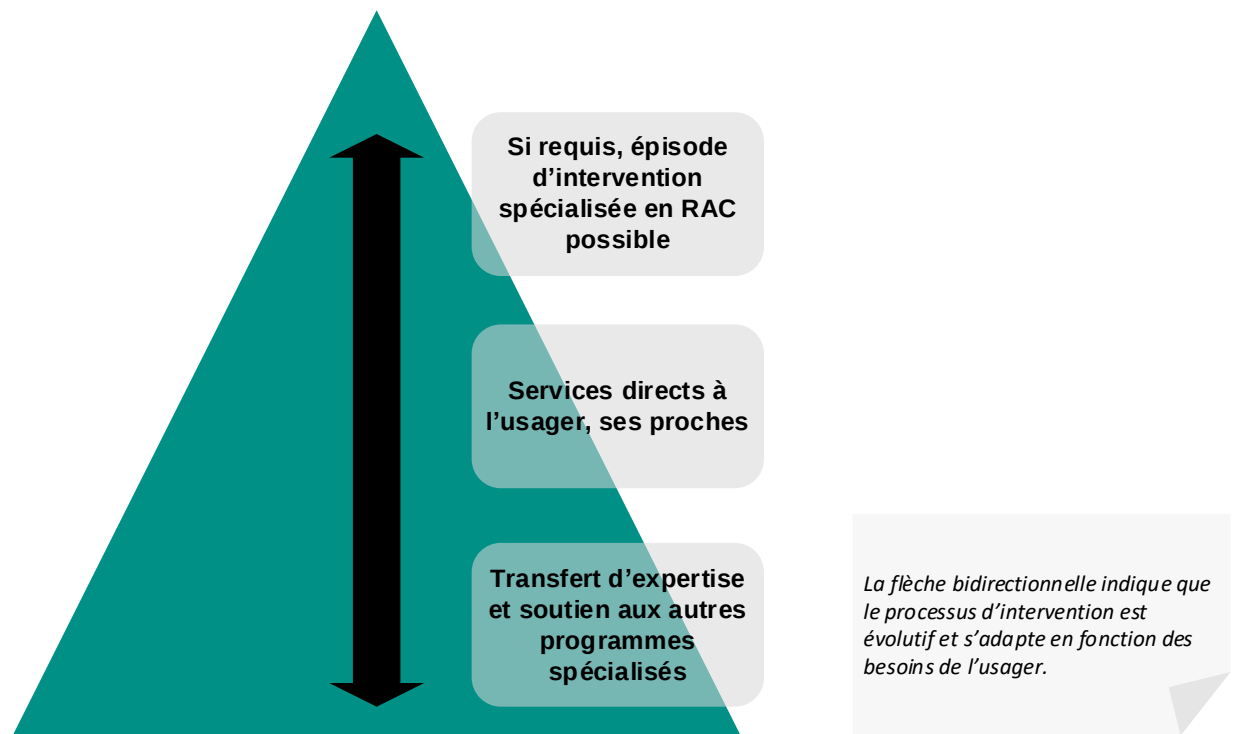


Fig. 3 – Continuum d'interventions au programme TC-TGC

Transfert d'expertise et soutien aux autres programmes spécialisés DPD

Aux partenaires de la communauté

- Transfert de connaissances générales sur les TC-TGC et soutien au dépistage précoce (prévention primaire);
- Soutien à l'application des recommandations émises par l'équipe continuum spécialisée TC-TGC.

Aux autres programmes spécialisés à la DPD

- Transfert de connaissances générales sur les TC-TGC et soutien au repérage précoce (prévention primaire);
- Soutien aux autres programmes spécialisés pour la compréhension des TC-TGC d'un usager et la mise en place d'interventions adaptées pour celui-ci (prévention secondaire).

Aux familles et aux proches

- Transfert de connaissances générales sur les TC-TGC et soutien à la compréhension des divers facteurs impliqués dans l'épisode de TC-TGC de l'utilisateur concerné.

Consolidation de l'offre de services d'hébergement spécialisé en TC-TGC

La DPD regroupe différentes ressources d'hébergement, qui ont chacune leur mission.

Tableau II
Répertoire des ressources d'hébergement du CISSS de la Montérégie Ouest

Ressources	Fonctions
RAC⁸ pour les enfants	Réduire de façon significative les manifestations de TC de l'enfant ou de l'adolescent de façon à ce qu'il puisse intégrer un milieu de vie offrant un encadrement moins intensif. Favoriser le développement le plus harmonieux possible de l'enfant ou de l'adolescent dans toutes les sphères de fonctionnement.
RAC TGC adulte	Identifier les causes et fonctions des TGC et mettre en place les interventions et aménagements nécessaires à la diminution et à la stabilisation des comportements pour une clientèle nécessitant un encadrement clinique et physique intensif.
RAC Lily Butters	Stabiliser les personnes présentant un TGC et un état de désorganisation important, en vue de les réorienter vers le milieu le plus approprié à leurs besoins. Plus précisément : - Évaluer, à partir des principes de l'approche multimodale, les manifestations comportementales excessives, les conditions de vulnérabilité et leurs renforceurs; - Stabiliser les comportements de la personne par différents moyens tels l'aménagement de l'environnement, le changement de la médication, etc; - Transférer l'expertise afin de permettre une intégration réussie dans le milieu d'accueil répondant aux besoins de la personne.
Unité St-Charles	Répondre, en Montérégie, aux besoins des personnes présentant une DI ou un TSA associé à un TGC et nécessitant un encadrement dans un milieu ultraspécialisé. Plus précisément : - Fournir un milieu de vie structuré, sécuritaire et adapté aux besoins de la clientèle; - Affecter les ressources spécialisées pour permettre des interventions de réadaptation basées sur une évaluation biopsychosociale intégrée ou multimodale; - Réduire, contrôler et, si possible, éliminer les comportements dangereux des usagers tout en favorisant le développement maximal et global de leurs capacités; - Identifier, dans le cas des atteintes permanentes, les conditions qui sont à l'origine de la manifestation des comportements dangereux; - Viser la réintégration et le maintien de la clientèle dans une ressource résidentielle dans la communauté en identifiant et en mettant en place les conditions prévenant l'apparition des comportements à risque; - Éviter l'hospitalisation à long terme des usagers présentant une DI ou un TSA dans des milieux psychiatriques; - Transférer, lors de la fin du séjour, l'expertise des intervenants de l'unité à ceux du service ou de l'établissement référent.
Solutions résidentielles personnalisées (SRP)	Outre l'actualisation des actions cliniques directement liées aux meilleures pratique en TGC ainsi que les aménagements architecturaux recommandés afin de diminuer les facteurs contextuels contribuant aux TGC, le concept des SRP prévoit des mécanismes visant : - La modulation des services en fonction des besoins de l'utilisateur mais aussi en fonction du processus clinique à actualiser. - L'actualisation du plan de prévention des risques; des services de répit et de dépannage afin de prévenir les blessures, prévenir l'épuisement et les déplacements récurrents.

⁸ Résidence à assistance continue

Ressources	Fonctions
	• L'actualisation de mesures pour favoriser la formation, la supervision, la rétention et la stabilité du personnel et ce, afin d'assurer le développement des compétences requises; la mobilisation du personnel, l'adhésion aux valeurs phares du processus AIMM ainsi que la continuité et la performance au sein des services. • L'actualisation de mesures clinicoadministratives visant des décisions et actions qui permettent une étroite collaboration entre le milieu de vie, les services résidentiels et les services spécialisés en TGC afin d'assurer que les conditions gagnantes à la réadaptation du TGC et la mobilisation de l'usager soient réunis au sein du milieu de vie choisit. • L'organisation des services en reconnaissant les priorités requises pour que cette organisation soit un atout dans la réadaptation et le traitement des causes sous-jacentes au TGC

Des guides d'intervention seront élaborés afin de préciser les interventions ou processus propres à chacun des milieux d'hébergement.

3.3. Rationnel qui motive le choix des actions

Le choix des actions retenues a été fait en fonction de l'hypothèse que la prévention et la réduction d'épisodes de TC-TGC seront soutenues par :

- L'accès à un continuum d'interventions spécialisées en TC-TGC;
- Une intensité de services modulée selon les besoins de la personne;
- Un suivi rigoureux du processus AIMM;
- Un soutien parental accru, au sein même du programme TC-TGC;
- Une connaissance accrue par les intervenants, parents et partenaires des facteurs déterminants dans le développement ou le maintien de TC-TGC;
- L'accent sur le développement de comportements alternatifs.

4. Ressources

4.1. Ressources du programme

L'équipe référente est constituée des intervenants d'un autre programme spécialisé qui ont dépisté le TC-TGC et qui ont fait une demande au programme TC-TGC.

Une équipe continuum spécialisée en TC-TGC est présente dans chaque territoire **sous la responsabilité** du CISSS de la Montérégie Ouest.

Les équipes RAC sont composées d'intervenants œuvrant dans une ou plusieurs ressources d'hébergement de la DPD.

Le tableau III à la page suivante départage les fonctions assumées par les différentes équipes.

Tableau III
Fonctions assumées par les différentes équipes

Équipes	Fonctions	Changements
Équipe référente	- Dépister les TC-TGC - Interventions précoces sur les TC-TGC dépistés - Effectuer une analyse des besoins de l'utilisateur/sa famille - Référer au programme TC-TGC, si requis - Actualiser des moyens recommandés par les intervenants du programme spécialisé TC-TGC	N/A
Équipe continuum spécialisée en TC-TGC	Transfert d'expertise et soutien au programme spécialisé - Soutiens la compréhension des TC-TGC d'un usager et la mise en place d'interventions adaptées par l'intermédiaire de formations, transfert de connaissances ou tout autre moyen permettant d'outiller les programmes spécialisés - Soutiens le développement de l'expertise en TC-TGC - Offre une modalité consultative pour toutes situations nécessitant l'expertise en TC-TGC	Pas de changement d'intervenant pivot Collaboration court terme Rencontres de suivi des interventions Capsules d'information diverses
Équipe continuum et RAC spécialisées en TC-TGC	Services directs à l'utilisateur Offrir un épisode de service ⁹ pour les usagers qui nécessitent une plus grande intensité/spécialisation de services - Déploiement de toutes les étapes de l'AIMM - Intervention directe en situation de crise - Disponibilité pour donner une intensité de services - Travail en interdisciplinarité	Fermeture du dossier par l'équipe référente et l'intervenant pivot devient le psychoéducateur de l'équipe TC-TGC. Intervention temporaire ou transitoire.

⁹ La notion « épisode de service » est ici définie par les travaux d'un comité inter programme (juin 2016) applicable pour l'ensemble de la Direction des Programmes Déficience (DPD). L'épisode de services spécialisés représente la période de temps nécessaire pour le déploiement des interventions spécialisées d'un ou des programmes afin de réduire ou de compenser les situations de handicap en lien avec une habitude de vie.

4.3. Rôles et responsabilités des ressources humaines

Les prochains paragraphes décrivent le champ de pratique des différents membres de l'équipe interdisciplinaire. La description des champs de pratique permet de mieux comprendre la fonction des différents professionnels et intervenants afin de soutenir le travail interdisciplinaire. Il est à noter que selon les besoins de l'utilisateur et de ses proches, ces professionnels ou intervenants pourraient être appelés à faire d'autres tâches cliniques que celles mentionnées dans le document, et ce, selon leurs champs d'exercices.

Assistant en réadaptation/Auxiliaire aux services de santé et aux services sociaux (en contexte résidentiel)

- Il collabore avec l'éducateur/psychoéducateur à la mise en place des interventions décrites dans le PAM TC-TGC :
 - Complète les grilles d'observation;
 - Applique les plans d'action et anime certaines activités.
- Il communique aux membres de l'équipe ses observations sur l'utilisateur;
- Il applique les protocoles de traitements médicaux (incluant l'administration de médicaments et soins autorisés par la Loi 90);
- Il s'assure du bien-être des usagers dans les AVQ, AVD, activités sociales et loisirs, en tenant compte de leurs goûts et centres d'intérêt selon la programmation individuelle prévue.

Chef de programme

Lorsqu'un usager est accepté dans le programme TC-TGC, le chef de programme est responsable de :

- La gestion de la liste d'attente de son secteur;
- L'assignation du ou des intervenants au dossier de l'utilisateur;
- La gestion et la supervision administratives du personnel de son service;
- L'animation des rencontres d'équipe;
- Le transfert des informations auprès de ses équipes;
- D'assurer les liens avec les autres programmes de l'établissement et établir des ententes avec les partenaires, au besoin;
- D'assurer une vigie auprès de ses équipes de professionnels et d'intervenants, afin qu'ils actualisent les PII ou les PSI, ainsi que les recommandations issues du suivi des interventions;
- D'assurer le suivi des mesures de contrôle (en collaboration avec les professionnels concernés);
- L'application des recommandations émises par la direction de la gestion des risques, de la gestion des ressources matérielles et informationnelles ainsi que de l'application et de la compréhension des différentes politiques et procédures;
- S'assurer que l'ensemble de son personnel a accès aux ressources organisationnelles nécessaires pour l'actualisation de leurs responsabilités cliniques, par exemple, la formation continue en TC-TGC en collaboration avec le SQETGC et le soutien clinique.

Éducateur

L'éducateur anime diverses activités d'intervention auprès de la personne en difficulté d'adaptation psychosociale.

- Par ses observations, il contribue à l'évaluation :
 - des besoins;
 - des capacités;
 - des habitudes de vie;
 - des comportements de l'utilisateur.
- Il contribue au dépistage, à l'estimation, à la détection de troubles non diagnostiqués;
- Il collabore à l'élaboration du PII ainsi qu'à sa révision, planifie les activités de la personne (programmation), intervient auprès de celle-ci et l'accompagne au travers des situations de la vie quotidienne;
- Il participe au suivi des interventions auprès de l'utilisateur (monitorage);
- Il élabore et anime les plans d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement (en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire) et assure la gestion courante des soins et des suivis;
- Il veille à la compréhension et à la cohérence des interventions dans le milieu de vie de l'utilisateur;
- Il émet des recommandations pour la planification de la transition concernant les caractéristiques du milieu recherché pour répondre aux besoins de l'utilisateur;
- Il est responsable (avec le psychoéducateur) de la rédaction et de la mise à jour du plan de transition;
- Il peut être appelé à soutenir les stratégies d'intervention identifiées au plan de transition de l'utilisateur.

Ergothérapeute

Suite à une demande de service, ce professionnel est responsable :

- De l'évaluation du processus neurosensoriel ainsi que de certaines habiletés fonctionnelles, de même que l'environnement dans lequel évolue l'utilisateur;
- De s'assurer que les autres professionnels impliqués au dossier de l'utilisateur reçoivent l'information pertinente quant au suivi et aux changements dans le suivi des recommandations;
- De planifier et mesurer l'impact des interventions mises en place;
- De participer aux discussions cliniques de l'équipe interdisciplinaire et ses recommandations fait habituellement partie du plan d'action multimodal TC-TGC;
- De discuter, au besoin, avec les autres professionnels de mesures alternatives possibles à l'utilisation des mesures de contrôle;
- D'évaluer le matériel propre à l'ergothérapie et de faire l'enseignement concernant l'utilisation du matériel recommandé. Il s'assure d'une bonne compréhension de l'utilisation du matériel recommandé auprès des professionnels, des intervenants et des gestionnaires.

Infirmier/infirmier clinicien

L'exercice infirmier consiste à :

- Évaluer l'état de santé;
- Déterminer et assurer l'application du plan thérapeutique de soins et de traitements infirmiers, dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement;
- Prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Lorsque le suivi de santé d'un usager se complexifie, celui-ci communique avec l'infirmier clinicien afin de l'impliquer au dossier.

L'infirmier (rôle sommaire)

L'infirmier travaille en étroite collaboration avec l'infirmier clinicien de son secteur et assure un suivi de santé au niveau de la clientèle en résidence à assistance continue (RAC). Par exemple :

- Faire le suivi des rendez-vous médicaux auprès des médecins ou des intervenants au dossier;
- Évaluer l'état de santé physique et mental en collaboration avec l'équipe;
- Élaborer le plan de soins infirmiers individualisé et le plan thérapeutique infirmier;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires.

L'infirmier joue un rôle clé dans la pratique de la loi 90 dans divers milieux, soit les RAC, RTF, RIRG ou les services de jour. Ce rôle implique :

- La formation des nouveaux employés ou des formations spécifiques en lien avec les besoins des usagers (gavage, diabète, etc.);
- La prévention des infections :
 - déclare à l'infirmier clinicien l'apparition d'infections au niveau des RAC;
 - effectue et collabore aux suivis nécessaires et s'assure d'une pratique des mesures d'hygiène efficaces;
 - participe à la vaccination antigrippale des usagers en RAC.

L'infirmier clinicien (rôle sommaire)

- Il travaille en étroite collaboration avec l'infirmier de son secteur du service de santé;
- Il supporte l'infirmier dans tous les milieux d'intervention;
- Il reçoit les demandes de services, les analyse et répartit les tâches selon le type de suivi nécessaire;
- Il est impliqué dans les suivis de type AIMM de son secteur;
- Il peut être appelé à analyser les dossiers pharmacologiques et émettre des recommandations (dans le cadre de l'AIMM);
- Il participe à l'analyse des causes probables aux TC-TGC, dont celles reliées à la santé physique et à la santé mentale.
- Il contacte, si la demande de service initiale ne nécessite qu'une consultation rapide, le demandeur et propose une rencontre afin de répondre au besoin.

Psychoéducateur

L'exercice de la psychoéducation consiste à :

- Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives;
- Déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre;
- Rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi 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;
- Être porteur du PII ou PSI en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire;
- S'assurer de la rigueur du processus AIMM et collaborer avec l'éducateur spécialisé pour ajuster les interventions;
- Observer l'usager dans divers milieux afin de mieux comprendre ses besoins et ainsi proposer des stratégies d'intervention permettant à celui-ci de retrouver son équilibre;
- Effectuer un suivi auprès des parents, en lien avec les objectifs ciblés au PII et partager cette responsabilité avec le travailleur social lorsque celui-ci est assigné au dossier.

À l'intérieur du processus AIMM, le psychoéducateur :

- Identifie le TC ou le TGC;
- Procède à la cueillette et à l'analyse des données en étroite collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire (lecture du dossier, outils de mesure, observations), tout en coordonnant les différentes étapes cliniques;
- Est, lors de la planification de la transition de l'usager, responsable (avec l'éducateur) de la rédaction et de la révision du plan de transition de l'usager;
- Peut être appelé à soutenir l'usager lors du changement de milieu de vie, en utilisant des moyens d'intervention individualisés (par exemple, en l'accompagnant dans la gestion de ses émotions);
- Est responsable de transmettre la compréhension des besoins de l'usager au milieu receveur;
- Collabore étroitement (lorsque requis) avec l'éducateur pour établir des modalités de *coaching* dans le milieu de vie de l'usager, afin d'assurer l'application conforme des interventions.

En plus de son rôle professionnel clinique, il assure les fonctions d'intervenant pivot dans le programme TC-TGC. Il est l'interlocuteur principal pour l'usager et ses proches. Il assure une constance auprès de l'usager lors du cheminement entre les programmes et il s'assure de la coordination des divers services offerts à l'usager (se référer à la définition d'intervenant pivot disponible dans le processus clinique de la DPD).

Psychologue

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. Plus spécifiquement, le psychologue :

- Participe à l'analyse des besoins de l'usager en collaboration avec le psychoéducateur et le professionnel responsable du soutien clinique;
- Assure la rigueur du processus AIMM avec le psychoéducateur et peut être le répondant suite à une demande de soutien de l'équipe interdisciplinaire en présence d'un tableau de troubles de santé mentale;

- Peut procéder à l'évaluation formelle d'un trouble de santé mentale suite à l'émission d'une hypothèse clinique lors du processus AIMM;
- Soutiens l'équipe interdisciplinaire dans l'analyse des besoins de l'utilisateur en mettant à profit son expertise sur :
 - les processus cognitifs émotionnels et motivationnels;
 - le fonctionnement neuropsychologique;
 - la personnalité;
 - les troubles psychiatriques.
- Participe (en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire) à l'élaboration du PAM TC-TGC en formulant ses recommandations et hypothèses par rapport au TC-TGC de l'utilisateur;
- Peut être appelé à intervenir auprès de l'utilisateur afin de le soutenir dans l'atteinte de ses objectifs de réadaptation;
- Peut soutenir (selon les besoins) le psychoéducateur dans la préparation d'un rapport ou d'un résumé de dossier pour une consultation en psychiatrie;
- Peut, lors de consultations en psychiatrie, être appelé à assister à la rencontre, s'il est demandé par le psychoéducateur, lorsqu'il s'agit d'une rencontre importante quant à la compréhension de la dynamique de santé mentale de l'utilisateur et des interventions à mettre en place par la suite.

Professionnel responsable du soutien clinique

Pour l'accès au programme, il :

- Est responsable de l'analyse des demandes d'accès au programme TC-TGC;
- Achemine, suite à son analyse, ses recommandations (acceptation ou refus) au chef de programme correspondant;
- Est le répondant, dans le cas d'une demande de soutien provenant des équipes des autres programmes de la DPD;
- A la responsabilité d'accepter ou refuser les demandes de soutien provenant des autres programmes.

Au niveau clinique, il :

- Participe à l'analyse des besoins de l'utilisateur en collaboration avec le psychoéducateur et le psychologue;
- Assure la rigueur dans le processus AIMM;
- Soutiens, au besoin, les intervenants quant à l'analyse multimodale et les interventions pertinentes à mettre en place.

Il aura la responsabilité de coordonner les activités de codéveloppement des différents professionnels du programme.

Travailleur social

L'exercice du travail social consiste à :

- Évaluer le fonctionnement social;
- Déterminer un plan d'intervention
- Assurer la mise en œuvre du plan d'intervention

- 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;
- Identifier, en collaboration avec l'équipe, les aspects sociaux impliqués dans un épisode de TC-TGC et soutenir la compréhension par l'équipe des besoins de l'utilisateur et de sa famille.

Dans le cadre du processus AIMM, le travailleur social :

- Contribue à la compréhension des facteurs de risque et de protection ayant un impact sur le fonctionnement familial de l'utilisateur;
- Soutiens la mise en place du PII en aidant la famille/les proches à identifier les difficultés dans l'application des interventions et à trouver des solutions adaptées;
- Peut évaluer, selon la situation de l'utilisateur, la pertinence d'ouvrir un régime de protection et effectuer les réévaluations des régimes de protection.

Au-delà de la présente description des différents champs de pratique dans le programme spécialisé TC-TGC, les professionnels sont responsables de connaître et respecter les balises qui guident leur pratique.

Dans un contexte où il y a présence d'un risque imminent à la sécurité de l'utilisateur ou d'autrui, la mise en place de mesures de contrôle auprès d'un usager peut être nécessaire, mais doit demeurer une intervention exceptionnelle. Au CISSS de la Montérégie-Ouest, ces interventions sont encadrées par la « Politique d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (février 2017) ». La décision d'utiliser des mesures de contrôle survient à la suite de discussions interdisciplinaires et peut être prise par un infirmier, un psychoéducateur, un psychologue, un ergothérapeute ou un travailleur social. Par contre, l'application, le suivi et la surveillance des mesures de contrôle concernent tous les intervenants. Cette intervention doit être bien justifiée, planifiée, encadrée et limitée dans le temps, afin d'éviter de porter atteinte à la qualité de vie de la personne.

Activités réservées

La loi 21 vient encadrer la pratique dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines et certains éléments sont à considérer pour l'organisation des services. Cette loi vise la protection des clientèles les plus vulnérables, à travers la réserve à des professionnels, des activités à risque de préjudice pour l'utilisateur. Les personnes présentant une DI ou un TSA sont considérées comme une clientèle vulnérable.

4.4. Compétences attendues (formation)

Les **profils de compétence**¹⁰ précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leur fonction. Les profils de compétences comprennent les compétences de fonction, reliées au titre d'emploi, ainsi que des compétences générales et spécifiques reliées au programme.

Concernant les **compétences générales** attendues pour l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de la DPD, se référer au *Guide explicatif du processus clinique de la direction des programmes Déficiences*, Section 6 – Ressources nécessaires.

En ce qui a trait aux **compétences spécifiques attendues liées au programme**, celles-ci s'adressent à tous les intervenants du programme afin de favoriser son application. Ces compétences ont été regroupées selon deux thématiques.

¹⁰ Des profils de compétence ont été élaborés pour chacun des titres d'emploi de la catégorie 4 du CISSS de la Montérégie-Ouest

Tableau III
Compétences spécifiques attendues liées au programme TC-TGC

I. Connaissances
• Connaître les caractéristiques de la clientèle desservie par le programme • Connaître le processus d'intervention AIMM • Connaître les responsabilités légales entourant la clientèle Les intervenants ont également accès aux formations offertes par le SQETGC. Ces formations visent à mettre à jour les connaissances des intervenants. Le SQETGC offre également des conférences données par des experts québécois et internationaux. Elles permettent aux intervenants d'actualiser leurs connaissances et de partager leurs expériences sur des thèmes particuliers en lien avec le TC-TGC
II. Savoir-faire et savoir-être
• Travailler en interdisciplinarité, en respectant les champs d'exercices ainsi que les activités réservées de chacun des professionnels impliqués auprès de la clientèle DI sévère et profonde. • Effectuer une analyse multidimensionnelle des besoins de l'utilisateur présentant une DI sévère et profonde, pour expliquer la situation de handicap, et ce, en cohérence avec la théorie recommandée par le programme. • Utiliser les outils pertinents à l'évaluation des besoins de la clientèle en cohérence avec le processus d'intervention clinique. • Appliquer des stratégies d'intervention comportementales, notamment des interventions préventives et sécuritaires en contexte de conduite agressive. • Identifier et appliquer des moyens alternatifs de communication. • Assurer le déplacement des usagers de façon sécuritaire. • Appliquer des stratégies d'adaptation favorisant l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale.

L'approche interdisciplinaire est privilégiée. Elle vise une intervention concertée d'une équipe multidisciplinaire, travaillant en synergie et en interaction, en vue de partager une compréhension globale des besoins de l'utilisateur et de ses proches et d'offrir des services intégrés et convergents à un usager/ses proches. Elle a pour objectif le transfert des méthodes et des connaissances d'une discipline à une autre pour résoudre un problème complexe. Rappelons ici certains éléments-clés qui peuvent faciliter le travail interdisciplinaire :

- Avoir un objectif commun centré sur l'utilisateur;
- Avoir des attitudes interpersonnelles positives (communication efficace, flexibilité, attitude respectueuse, ouverture d'esprit);
- Planifier le partage des tâches et des rôles;
- Établir un climat propice, des règles de savoir-être et de savoir-faire.

Formations prioritaires

- Approche « Analyse et intervention multimodales » (AIMM) (Techniques d'observation/Stratégies d'intervention/analyse fonctionnelle);
- Une formation complète sur l'approche AIMM est nécessaire pour une utilisation efficace des outils qu'elle propose.
- Approche d'intervention post événement critique (IPEC);
- Approche « Intervention thérapeutique lors de conduites agressives » (ITCA);
- Échelle globale de la gravité des comportements problématiques - Révisée (EGCP-II-R) EGCP-II (psychoéducateurs);
- Stratégies de communication et interventions sécuritaires lors de situations de tension (Programme déficiences).

Formations complémentaires pertinentes

- Communication par échange de symboles visuels (PECS);
- Outils d'évaluation ABAS-II;
- Outils d'évaluation BRIEF;
- Intervention structurée individualisée (ISI) (de type TEACCH) et scénarios sociaux;
- Analyse appliquée du comportement (AAC);
- Sensibilisation aux approches sensorielles;
- Développement de l'enfant et de l'adolescent;
- Formation en autoapprentissage sur le suivi des interventions du SQETGC (monitoring);
- Approche équilibre en situation de TGC;
- Indice de stress parental (ISP).

4.5. Outils cliniques

Tableau IV
Principaux outils utilisés au programme spécialisé TC-TGC¹¹

Grille ABC	Cette grille d'observation vise à identifier les éléments qui précèdent un comportement (antécédents) et ceux qui suivent (conséquences).
Grille sommaire	Cette grille d'observation vise principalement à identifier la fréquence, la durée et les moments d'apparition de différents comportements.
PAM TC-TGC (CLI-60156)	Le PAM TC-TGC est l'outil qui permet de regrouper les informations relatives aux 7 étapes de l'AIMM. Il inclut les documents suivants : • La <u>Grille d'analyse multimodale contextuelle</u> permet l'identification des différents facteurs internes et externes, impliqués dans le développement et le maintien de TC-TGC et vise à formuler des hypothèses sur les causes des TC-TGC. Voir l'annexe C pour plus de détails • <u>Hypothèses causales demandant une évaluation.</u> • <u>Hypothèses globales</u> • Aménagements préventifs : Aménagements de l'environnement physique ou social visant à réduire la probabilité d'apparition d'un comportement problématique • Grille de prévention active : Afin d'éviter l'escalade des comportements, cette grille vise à identifier les signes précurseurs d'une crise et à déterminer les interventions appropriées dès l'apparition des premiers signes • Forces, facteurs de protection, conditions favorisant la qualité de vie de la personne et de son entourage • Intervention de réadaptation-traitement : Apprentissage de nouveaux comportements et traitement de problèmes médicaux ou psychiatriques
Plan de transition TC-TGC (CLI-60154)	Plan détaillé visant à faciliter le processus de passage d'une situation à une autre en visant les gains pour la personne et la diminution des difficultés d'adaptation pendant cette période.
Compte rendu de rencontre interdisciplinaire - Suivi des interventions en troubles graves de comportements (TGC) (CLI-60177)	Soutiens l'analyse clinique en résumant les interventions mises en place depuis la dernière rencontre et leurs impacts. Il soutient également l'efficacité du processus d'intervention en balisant le déroulement des rencontres et en partageant les responsabilités entre les différents intervenants.
Plan d'action d'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement clientèle DI-TSA (CLI-60148)	Identifie les stratégies d'enseignement visant l'atteinte d'un objectif.
SOMNET	Application recommandée par le SQETGC pour compiler les données d'observation et en faire l'analyse.
SPÉCIFIQUES AU TRAVAIL EN RAC	
Suivi quotidien et des objectifs en cours TC-TGC (CLI-60178)	Vise à effectuer le suivi du fonctionnement général de l'utilisateur en RAC ainsi que des objectifs qui sont visés par la démarche interdisciplinaire.
Programmation quotidienne en résidence clientèle DI-TSA (CLI-60147)	Permet de planifier le déroulement d'une journée type pour l'utilisateur et planifier les conditions nécessaires aux apprentissages et à la bonification de la qualité de vie.
Stratégies d'accompagnement moments du quotidien (CLI-60146)	Permet de regrouper l'ensemble des stratégies d'accompagnement que doit réaliser l'intervention afin d'offrir un soutien efficace à l'utilisateur.

¹¹ Pour tout autre outil clinique, consultez le http://squetgc.org/developper_l'expertise/nos-publications/outils-cliniques/

4.6. Soutien clinique

Le soutien aux intervenants est un élément très important du programme TC-TGC, considérant la complexité des besoins des usagers et ceux de leurs proches. Ainsi, des **rencontres régulières avec un responsable du soutien clinique sont prévues** à cet effet. Des **activités d'appropriation et de codéveloppement** peuvent également être offertes. Au besoin, le SQETGC peut également soutenir l'intervention, dans des cas complexes.

De plus, suivant une situation de crise ou une désorganisation, un soutien est offert rapidement à l'intervenant par l'entremise de l'**Intervention post-événement critique (IPEC)**, s'il le souhaite (voir annexe D - *Procédure IPEC*). Cette approche permet d'offrir un environnement de qualité aux personnes travaillant auprès de la clientèle présentant un TC-TGC. L'approche est basée sur le *Critical Incident Stress Management* (CISM) de Mitchell (2006). Cette approche est considérée par l'Organisation des Nations Unies comme un standard de pratique en ce qui concerne les programmes de soutien par les pairs (Muller-Leonhardt, Mitchell, Vogt et Schurmann, 2014). Elle est conçue afin de soutenir le personnel exposé lors d'un événement critique; elle comprend des interventions de crises systématiques et multitactiques qui permettent d'alléger les réactions aux expériences traumatiques des intervenants.

5. Mécanisme de référence

5.1. Cheminement de la demande

Pour les références externes, les usagers non connus des services spécialisés

- Les demandes sont analysées via le guichet de l'AAO;
- La **Grille de dépistage rapide** (Sabourin, 2017) doit être complétée, en plus des documents habituels nécessaires pour une référence aux services spécialisés;
- L'orientation vers le programme le plus approprié se fera en fonction de l'urgence de la situation, la gravité des impacts ainsi que l'intensité et la spécialisation des interventions requises. L'utilisateur sera orienté vers le programme TC-TGC en fonction des critères ci-dessous et suite à la complétion de la grille de dépistage.

Pour les usagers recevant des services d'autres programmes spécialisés à la DPD

Voici les étapes pour référer au Programme :

A. Identification des comportements problématiques, avec l'outil approprié

- Pour les usagers présentant une DI et/ou un TSA, âgé de 7 ans et plus ; l'EGCP-II-R¹² (voir annexe G);
- Pour les usagers présentant une DI et/ou un TSA âgé de 6 ans et moins : le Questionnaire sur les comportements problématiques (dans le Guide ODIS¹³) spécifiquement la section comportementale qui est nécessaire pour l'analyse.

¹² L'EGCP-II-R est un document qui est commandé auprès du SQETGC et qui peut être disponible via les agentes de la coordination TC-TGC

¹³ Outil de détermination de l'intensité de services, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans.

B. Discussion interdisciplinaire (entre 2 professionnels)

- Attribution d'un descripteur clinico-administratif (inscrire le descripteur au SIPAD);
- Résumé de la discussion interdisciplinaire (note au SIPAD).

C. Rédaction du rapport d'évaluation psychoéducative dans lequel on retrouve les résultats des points A et B (référence à l'annexe 1)

D. Faire, dans le cas d'une référence interprogramme à la DPD, les démarches de changement de programme selon les modalités interprogramme

E. Suivre, dans le cas d'une nouvelle demande, les modalités d'orientation déjà définies par le guichet unique DI-TSA-DP

5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tableau V
Critères d'inclusion, d'exclusion et particularités du programme spécialisé TC-TGC

Critères d'accès	• Évaluation récente des difficultés de comportement (moins d'un an); • Le rapport du professionnel démontre que la personne a fait l'objet d'une analyse complète et d'interventions spécifiques sur les TC-TGC qui n'ont pas permis de contrôler la ou les situations problématiques ou les causes sont toujours difficilement identifiables; • L'équipe interdisciplinaire qui recommande l'usager a analysé que la personne présente un TC ou un TGC (descripteur attribué); • La personne et/ou son entourage acceptent de recevoir les services.
Particularités de la priorisation au programme	TRANSFERT D'EXPERTISE ET SOUTIEN AUX PROGRAMMES SPÉCIALISÉS <u>Priorité 1</u> • Usager ayant un descripteur TGC OU TC pour qui, suite à l'analyse du dossier, une intervention intensive spécialisée en DI, TSA, TC-TGC ne semble pas justifiée parce que : – L'analyse effectuée semble démontrer, de façon prioritaire, des besoins en lien avec une autre expertise (ex. toxicomanie, habiletés parentales, soutien psycho social, thérapie, service ressource, etc.); – Il semble juste de croire que l'expertise du programme TC-TGC est requise afin de soutenir l'équipe dans l'analyse de la situation et l'identification des enseignements cliniques prioritaires afin d'arriver à stabiliser la situation et éviter l'aggravation des impacts à moyen et long terme. <u>Priorité 2</u> • Usager ayant un descripteur TGC stabilisé accompagné de vulnérabilités importantes OU TGC en rémission NE NÉCESSITANT PAS une intervention intensive, MAIS pour qui l'équipe clinique nécessite un transfert de connaissances afin d'identifier et d'actualiser les apprentissages nécessaires à la réadaptation/traitement des causes. <u>ET</u> • Il semble juste de croire que l'expertise du programme TC-TGC est requise afin de soutenir l'équipe dans l'élaboration du plan de réadaptation/traitement et/ou dans l'apprentissage des techniques et stratégies nécessaires.

	SERVICES DIRECTS À L'USAGER, SELON LE NIVEAU DE PRIORITÉ
	<u>Urgent</u> • Usager ayant reçu un descripteur TC-TGC ET l'analyse des impacts démontre ou permet d'anticiper des conséquences graves à court terme (3 mois) pour lui-même ou son entourage, si la situation n'est pas stabilisée rapidement. <u>ET</u> • L'analyse du dossier démontre que les aménagements préventifs et/ou les interventions au plan de prévention active de l'escalade ne s'avèrent pas efficaces actuellement afin d'atténuer les impacts à court terme; • Il semble juste de croire qu'une <u>intervention intensive spécialisée en DI, TSA, TC et TGC</u> aura un impact bénéfique sur les manifestations comportementales. <u>Élevé</u> • Usager ayant un descripteur TC-TGC stabilisé, accompagné de vulnérabilités importantes OU TGC en rémission ET nécessitant une intervention intensive afin d'effectuer/consolider les apprentissages nécessaires à la réadaptation/traitement des causes. <u>ET</u> • L'analyse du dossier démontre que les aménagements préventifs et les interventions au plan de prévention active de l'escalade s'avèrent efficaces actuellement afin d'atténuer les impacts et peuvent être maintenus à long terme; • Suite à l'analyse du dossier, il semble juste de croire qu'une intervention intensive spécialisée en DI, TSA, TC TGC est requise afin d'arriver à effectuer les apprentissages nécessaires à un plan de réadaptation. <u>Modéré</u> • Tous les autres dossiers.
Exclusions	Au CISSS de la Montérégie-Ouest, les personnes présentant des comportements dits antisociaux sont desservies par le biais du « Programme Nexus ». Il importe donc de procéder à une analyse clinique rigoureuse pour bien distinguer la personne présentant des comportements dits antisociaux de celle présentant des TC-TGC afin de l'orienter vers le programme qui répondra le mieux à ses besoins.

5.3. Critères de fin d'intervention

Tableau VI
Critères de fin d'intervention du programme TC-TGC

Critère de fin d'un épisode de service	Dans le cas d'un épisode de service, il prendra fin lorsque l'ensemble de ces éléments sera présent : • Un nouvel EGCP-II-R démontre chez l'utilisateur, depuis un minimum de trois mois, une diminution significative : – De la fréquence ou de l'intensité des comportements problématiques; – Des impacts et des conséquences du trouble du comportement ou du trouble grave du comportement. • Mise à jour du rapport d'évaluation psychoéducative qui évoque l'identification des causes des TC-TGC et la mise en place d'interventions spécialisées dans le continuum TC-TGC qui ont permis de contrôler la ou les situations problématiques; • La personne maintient des habiletés adaptatives apprises et le plan de traitement est débuté; • L'entourage social de la personne ou l'équipe clinique du programme receveur est en mesure de poursuivre la mise en place des interventions; • L'équipe recommande la fin de l'intervention dans le continuum TC-TGC. Pour les modalités Soutien aux programmes spécialisés, les critères de fin seront déterminés suivant des discussions cliniques interdisciplinaires et avec le support du responsable du soutien clinique.
---	---

6. Stratégies d'intervention

6.1. Modalités d'intervention

Transfert d'expertise et soutien aux programmes spécialisés

- Favoriser la prévention primaire et secondaire au sein des autres programmes spécialisés avec les usagers dépistés qui présentent des comportements à défis en offrant des capsules de sensibilisation et d'information aux équipes référentes sur l'intervention en TC-TGC, les facteurs de risque, etc.;
- Modalités de consultation (en prévention active) dans le but d'éviter les situations d'escalade comportementale et intervention en situation de crise;
- Modalités de consultation par l'adaptation physique et/ou humaine de l'entourage de l'utilisateur dans toutes les sphères de sa vie pour réduire les manifestations des TC-TGC;
- Offrir une intensité de services pouvant aller jusqu'à plusieurs heures par semaine (y compris la fin de semaine, si requis) sur une période déterminée, en fonction des besoins de l'utilisateur, avec des critères de fin de service bien établis par une équipe de professionnels qui détiennent une expertise terrain, spécialisée en coaching aux programmes.

Services directs à l'utilisateur

- Évaluer et intervenir auprès de la personne en respectant les processus cliniques reconnus (analyse et intervention multimodales (AIMM), évaluation fonctionnelle du comportement, analyse appliquée du comportement (AAC);

- Intervenir en prévention active afin d'éviter les situations d'escalade comportementale et intervention en situation de crise;
- Offrir au besoin un service d'hébergement transitoire en résidence à assistance continue (RAC) pour la clientèle présentant un TC ou un TGC afin de stabiliser les comportements. Les RAC font partie du continuum TC-TGC
- Enseigner de nouvelles habiletés adaptatives ayant pour objectif de développer l'autonomie et l'autodétermination de la personne;
- Maintenir ou restaurer les liens significatifs de l'usager ainsi que sa participation sociale
- Diminuer les manifestations comportementales et les gérer à travers les différents environnements de la personne, en s'appuyant sur des standards de pratique reconnus et basés sur une philosophie de prévention et de traitement en adaptation et réadaptation
- Élaborer le plan d'intervention comportemental et en assurer le suivi selon un échéancier rigoureux;
- Concevoir des plans de transition en s'assurant que les interventions et les aménagements préventifs sont transposés et/ou adaptés au nouveau milieu.

Suivi parental individualisé

Suivi individuel structuré, animé par un professionnel visant à identifier les obstacles et facilitateurs dans la collaboration aux différentes étapes de l'intervention et à la mise en place du PAM TC-TGC. Ce suivi vise à identifier les attentes, forces, obstacles potentiels à la mise en place des interventions spécialisées en TC-TGC et identifie les solutions pour y répondre. Les principes d'intervention de l'approche motivationnelle sont pertinents à utiliser.

Au début des services, les parents reçoivent une formation sur les TC-TGC et l'analyse fonctionnelle et par la suite, un suivi régulier est planifié avec les parents. Un objectif concernant les besoins des parents en lien avec la mise en place des interventions recommandées doit être présent dans le PI.

- ➡ Voir la section portant sur les Stratégies de soutien au processus d'adaptation à la situation de handicap, dans le Processus clinique des services spécialisés DPD, p. 29-30.

Rencontres interdisciplinaires

Aux deux semaines (maximum), les membres de l'équipe interdisciplinaire impliqués auprès d'un usager se rencontrent, selon les modalités décrites dans « Guide technique - Le suivi des interventions en TGC » (Buisson et al., 2012). Étant donné l'importance de la cohérence de l'intervention auprès des usagers présentant des TC ou TGC, tous, intervenants, professionnels et gestionnaires, sont responsables d'établir et de maintenir une collaboration, une confiance et une circulation efficace de l'information entre tous les acteurs impliqués auprès de l'usager, qu'ils soient de l'établissement ou de l'extérieur (parents/proches et partenaires).

Soutien aux partenaires, aux proches

Une collaboration entre les différents partenaires (réseau de la santé et des services sociaux, interdirections et inter-CISSS, Centre jeunesse, milieux associatifs, milieux de garde, milieux scolaires, RI-RTF, personnel médical, etc.) sera, la plupart du temps, nécessaire pour assurer la cohérence et la continuité des interventions. Dans une vision intégrée de service, ces échanges se feront dans le cadre d'un **Plan de services individualisé (PSI) ou d'un Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)**, obligation légale de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

(LSSSS)¹⁴ afin de soutenir la prise de décision concernant le choix des interventions ainsi que le partage des rôles et des responsabilités de chacun. Une formation peut être offerte afin d'habiliter les partenaires ou les proches à reconnaître les facteurs impliqués dans le développement ou maintien des TC-TGC chez une personne et à mettre en place des interventions adaptées. Ces rencontres aborderaient les thèmes suivants : TC-TGC, analyse fonctionnelle du comportement, aménagements préventifs et grille de prévention active. Un suivi adapté est par la suite proposé aux partenaires et aux proches.

Intervention transitoire en résidence à assistance continue (RAC)

Il est également possible qu'une intervention intensive en milieu structuré devienne nécessaire en raison de la fréquence, l'intensité et la dangerosité des TC-TGC émis par la personne. À ce moment, une intervention transitoire en RAC peut être considérée. La RAC est un milieu spécialisé d'observation, d'évaluation et de traitement et de stabilisation qui se centre sur les facteurs sous-jacents à la problématique de TGC qui s'inscrit dans un continuum d'hébergement de réadaptation (Maison Lily Butters et unité St-Charles). Ce type de milieu offre des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation et de réadaptation intensive qui, après tentatives dans le milieu de vie de la personne, ne peuvent pas être offerts dans les milieux résidentiels (ex. : au domicile et dans les ressources intermédiaires). Il vise un retour de l'usager dans son milieu de vie d'origine ou une orientation vers un milieu de vie adapté à ses besoins.

Pour la clientèle adulte, la figure 4 présente le continuum hébergement organisé fonction de l'encadrement et la spécialisation que leurs besoins nécessitent.

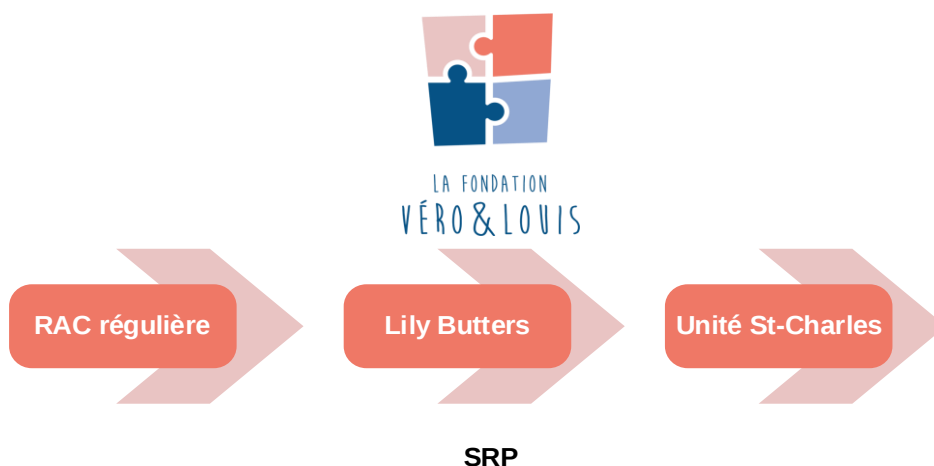


Fig. 4 – Continuum d'hébergement

Lieux d'intervention

Un continuum d'interventions nécessite d'offrir les services à la personne dans divers milieux afin de s'adapter à ses besoins :

- À son domicile (famille naturelle ou RTF, RI-RG, RAC);
- À l'école;
- Dans la communauté;
- Bureaux du CISSS de la Montérégie et du CIUSSS de l'Estrie.

¹⁴ Il est à noter qu'une nouvelle version de la LSSSS est disponible en date du 1^{er} mars 2017. Cette nouvelle version amène des changements notamment dans les notions de PI et PSI.

6.2. Description du processus d'intervention

Description du processus d'intervention

Le processus clinique prévu par l'établissement s'applique dans sa totalité et le cycle d'intervention de l'AIMM s'y insère à différents moments, tel que démontré par le tableau ci-dessous.

Tableau VII
Étapes de l'AIMM

Étapes du processus clinique au CISSS de la Montérégie-Ouest	Étapes de l'AIMM intégrées au processus clinique du programme
Validation de la demande	
Identification et analyse des facteurs en cause	I. Décrire le ou les troubles du comportement II. Recueillir et organiser l'information pertinente sur les causes
Élaboration du PI/PSI	III. Formuler des hypothèses globales et causales IV. Élaborer des interventions sur mesure
Mise en œuvre du plan d'intervention	V. Organiser le suivi des interventions en planifiant les moyens et en définissant les responsabilités VI. Intervenir
Mesure des résultats du plan d'intervention	VII. Faire le suivi des interventions
Recommandations, orientations et plan de services individualisé	

Les étapes du processus clinique ainsi que le partage des activités qui en découlent sont présentés aux pages suivantes. Le lecteur est aussi invité à se référer aux procédures en place dans l'établissement et aux normes issues des ordres professionnels (le cas échéant) en ce qui concerne l'évaluation, la tenue de dossier, l'utilisation du système d'information clientèle (SIPAD) et la rédaction des notes évolutives.

APPLICATION DU PROCESSUS CLINIQUE DANS LE PROGRAMME SPÉCIALISÉ TC-TGC

Étape 1 : Début de l'épisode de service

BUTS :

- Orientation du dossier de l'utilisateur en fonction des critères du programme

Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
1.1 Analyser la demande			
• Analyse de la demande	• Rapport du Guichet d'Accès unique DPD ainsi que l'Évaluation globale des besoins • Rapports complémentaires fournis par l'AAO incluant l'outil de dépistage • Attribution du descripteur clinico-administratif (Annexe 1) • Si premier service : prendre connaissance du niveau de priorité déterminé par le plan d'accès • Si référence interprogramme (deuxième service) : niveau de priorité déterminé selon le document « Priorisation Accès Programme TC-TGC » – prendre connaissance du rapport d'évaluation psychoéducative	• Professionnel responsable du soutien clinique	• Coordonnateur TC-TGC • Chef de programme
• Acheminer les recommandations au chef de programme correspondant.	• Analyse des besoins et orientations cliniques	• Professionnel responsable du soutien clinique	• Chef de programme
1.2 En considérant la nature des besoins et les ressources disponibles, assignation en dyade du dossier à un psychoéducateur et un éducateur	• Suivi de l'information par courriel	• Chef de programme	• Professionnel responsable du soutien clinique

Étape 2 : Identification et analyse des facteurs en cause	Échéancier : Le plus rapidement possible après l'intégration au programme Au besoin, mettre en place les mesures requises dans l'immédiat		
BUTS : • Valider la compréhension de la demande de service • S'entendre avec l'utilisateur, sa famille, ses proches et partenaires sur le cadre de l'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
2.1 Analyser la demande			
• Lire le dossier	• Rapport du Guichet d'Accès unique DPD ainsi que l'Évaluation globale des besoins • Ordonnances, protocole de retrait • Rapport d'évaluation psychoéducative (EGCP-II-R et descripteur clinicoadministratif) • Note et rapport et évaluation dans SIPAD • Autres rapports de professionnels pertinents, par exemple : résumé de dossier, histoire sociale, dossier médical, rapport d'évaluation psychoéducative, etc. • Plan de transition	• Psychoéducateur	
2.2 Contacter l'utilisateur/son représentant			
• Mettre à jour des besoins et valider la disponibilité de l'utilisateur/représentant à mettre en place des interventions spécialisées et intensives	• Note d'évolution SIPAD	• Psychoéducateur	• Usager et sa famille
2.3 Contacter le référent ainsi que toute autre personne pertinente pour discuter d'éléments cliniques nécessaires	• Note d'évolution SIPAD	• Psychoéducateur	
Si l'utilisateur est hébergé en RI-RTF : • Lire le sommaire, lire le plan de transition;(incluant les tableaux de concordance) • Contacter le responsable de la ressource; • Contacter l'intervenant contrôle qualité et convenir d'une rencontre • Consulter l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance et la convention de placement.		• Psychoéducateur	• Intervenant qualité; • Responsable de la ressource.

Étape 2 : Identification et analyse des facteurs en cause	Échéancier : Le plus rapidement possible après l'intégration au programme Au besoin, mettre en place les mesures requises dans l'immédiat		
BUTS : • Valider la compréhension de la demande de service • S'entendre avec l'usager, sa famille, ses proches et partenaires sur le cadre de l'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
2.4 Rencontrer l'usager/son représentant pour clarifier les attentes et expliquer le programme			
• Informer l'usager/sa famille des services offerts par l'établissement et expliquer les objectifs du programme (durée et intensité des interventions) • Préciser la notion d'épisode de service	• Offre de service du programme, code d'éthique, informations sur le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le comité des usagers • Autorisations signées de communication de renseignements personnels • Formulaire de « Consentement aux soins et services¹⁵ » et • Si hébergement en RAC : Formulaire « Entente de placement » • Si hébergement en RI-RTF : Formulaire « Consentement à l'hébergement en RI-RTF »	• Psychoéducateur	• Usager et sa famille - Éducateur
• Recueillir des informations concernant : - Les comportements ciblés : fréquence, impacts, etc. - Le projet de vie, les attentes, les objectifs et les besoins de l'usager et sa famille - Le contexte d'intervention	• Faire des observations dans le milieu de vie	Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Usager et sa famille • Professionnel responsable du soutien clinique • Assistant/Auxiliaire Responsable de la ressource
	PAM TC-TGC préliminaire : • Débuter la liste d'aménagements préventifs; • Débuter une grille de prévention active; • Politique et procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de la Montérégie-Ouest.	• Psychoéducateur	• Éducateur

¹⁵ Au cours du suivi de l'utilisateur, les professionnels qui s'ajouteront à l'équipe interdisciplinaire devront faire signer un formulaire de « Consentement aux soins et services » à l'utilisateur ou son représentant.

Étape 2 : Identification et analyse des facteurs en cause		Échéancier : dans les 14 à 30 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Identifier et analyser les situations de handicap sur lesquelles portera l'intervention • Identifier les motifs et les cibles d'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
2.5 Identifier les comportements problématiques			
• Déterminer le niveau de base du ou des comportements ciblés en observant l'usager dans divers milieux de vie • Identifier le ou les comportements prioritaires	• Grilles d'observation • Grilles de dispersion • Discussions avec usager/son représentant	• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Professionnel responsable du soutien clinique • Usager et sa famille • Responsable de la ressource • Assistant/Auxiliaire
	• Consulter le dernier EGCP-II-R rempli • Compiler les données disponibles à partir du logiciel SOMNET		
Si l'usager est hébergé en RI-RTF : • Observer l'usager dans ce milieu de vie s'avère nécessaire		• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Intervenant qualité; • Responsable de la ressource
2.6 Décrire le ou les troubles du comportement	• PAM TC-TGC	• Psychoéducateur	• Éducateur • Professionnel responsable du soutien clinique

Étape 2 : Identification et analyse des facteurs en cause		Échéancier : dans les 14 à 30 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Identifier et analyser les situations de handicap sur lesquelles portera l'intervention • Identifier les motifs et les cibles d'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
2.7 Identifier et analyser les facteurs en cause¹⁶			
• Observer pour identifier : - Les facteurs contextuels et de renforcement - Les adaptations et obstacles de l'environnement social et physique présents dans les milieux	• Grilles ABC • Fiches d'observation du SQETGC • Grilles de dispersion	• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Professionnel responsable du soutien clinique • Usager et sa famille • Responsable de la ressource • Assistant/Auxiliaire Si besoin¹⁷ : • Travailleur social
• Recueillir l'information pertinente sur les causes, selon le modèle AIMM : - Santé physique - Santé mentale - Caractéristiques personnelles - Atteintes neurologiques	• Consulter le résumé médical de la personne, rapports antérieurs sur conditions de santé • Consulter rapports antérieurs sur conditions de santé mentale • Consulter rapports d'évaluation au dossier (ABAS-II, plan de transition, grilles de classification, etc.) • Consulter rapports antérieurs en neuropsychologie, évaluation du fonctionnement intellectuel	• Psychoéducateur	• Éducateur • Professionnel responsable du soutien clinique Si besoin : • Infirmier • Infirmier clinicien • Psychologue • Ergothérapeute
• Identifier les forces, intérêts et préférences de l'usager	• Évaluation et analyse des préférences, inventaire des agents de renforcement, profil motivationnel de REISS, etc. • Rencontres individuelles avec l'usager	• Psychoéducateur	En collaboration avec l'usager : • Famille • Éducateur • Responsable ressource • Assistant/Auxiliaire

¹⁶ Lors de la première rencontre interdisciplinaire, suite à la mise en place du PAM TC-TGC **préliminaire**, les professionnels et intervenants suivants se joindront au psychoéducateur, à l'éducateur et au professionnel responsable du soutien clinique : l'assistant, l'infirmier, l'infirmier clinicien, le psychologue et le travailleur social. Par la suite, leur niveau d'implication respectif sera déterminé selon les besoins de l'usager et en concertation avec le chef de programme correspondant.

¹⁷ Pour tous les professionnels inscrits sous la mention « si besoin », ce besoin d'implication est déterminé en fonction de l'analyse et des hypothèses retenues, et ce, tout au long de la démarche AIMM.

Étape 2 : Identification et analyse des facteurs en cause		Échéancier : dans les 14 à 30 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Identifier et analyser les situations de handicap sur lesquelles portera l'intervention • Identifier les motifs et les cibles d'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
2.8 Identifier et administrer les évaluations pertinentes			
• Administrer les évaluations pertinentes pour : - L'utilisateur : L'annexe E du programme spécialisé TC-TGC présente différents outils pouvant être pertinents - Mesurer le niveau de stress des parents	<u>Selon les besoins, liste non exhaustive :</u> • Coffre à outils de l'éducateur (SQETGC) Qualité de vie : • Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie Santé : • Fiches d'observations au niveau de la santé physique (sommeil, journal alimentaire, compilation de selles, hydratation) • Grille d'évaluation de la douleur (enfant et adulte) Santé mentale : • Dépistage dépression • Grille de l'humeur • REISS Screen • Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis • Échelle de dépistage du trouble de personnalité limite • Inventaire des comportements compulsifs pour la personne avec un retard mental Caractéristiques personnelles : • Grille d'évaluation de la communication • Profil motivationnel de REISS • Inventaire du stress pour les individus atteints d'autisme ou de TED Capacités adaptatives : • ABAS-II Atteintes neurologiques : • Échelle des indices comportementaux des dysfonctions exécutives (INDEX) • Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-P)	• Psychoéducateur Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social	• Educateur • Professionnel responsable du soutien clinique
• Estimer les connaissances sur le TC-TGC des parents/partenaires	• Entrevue/questionnaire avec les parents • Indice de stress parental (ISP)	• Psychoéducateur Si besoin : • Travailleur	• Educateur • Parents • Professionnel responsable du soutien clinique

Étape 2 : Identification et analyse des facteurs en cause		Échéancier : dans les 14 à 30 jours suivant l'intégration au programme		
BUTS : • Identifier et analyser les situations de handicap sur lesquelles portera l'intervention • Identifier les motifs et les cibles d'intervention				
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration	
2.9 Organiser l'information pertinente sur les causes	• Grille d'analyse multimodale contextuelle • Suivis médicaux • Rencontres interdisciplinaires	• Psychoéducateur	• Éducateur • Professionnel responsable du soutien clinique Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social	
	2.10 Identifier les facilitateurs et obstacles à la mise en place des interventions en milieu familial	• Suivi parental individualisé	• Psychoéducateur	• Usager et sa famille Si besoin : • Travailleur social
		• Observations en milieu naturel	• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Usager et sa famille
	Si l'usager est hébergé en RI-RTF : • En collaboration avec la ressource et l'intervenant contrôle qualité, réaliser ou mettre à jour « L'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance » afin de bien décrire les services attendus par la ressource	• Intervenant contrôle qualité	• Éducateur • Psychoéducateur • Responsable de la ressource	

Étape 3 : Élaboration du PSI/PAM TC-TGC		Échéancier : dans les 30 à 45 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Traduire les cibles d'intervention en objectifs observables et mesurables à mettre en place pour répondre aux besoins de la personne en vue de réduire ou éliminer sa situation de handicap • identifier les moyens ou stratégies permettant d'atteindre les objectifs convenus avec l'usager			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
3.1 Formuler une synthèse de l'analyse avec des hypothèses expliquant la/les situations de handicap identifiées			
• Identifier les indicateurs pertinents pour valider les hypothèses • Déterminer le pronostic (analyse de la situation de handicap) • Identifier les interventions à mettre en place	• Comptes rendus de rencontres interdisciplinaires • PAM TC-TGC sections : – Hypothèses globales • Hypothèses causales	• Psychoéducateur	• Éducateur • Professionnel responsable du soutien clinique Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social
3.2 Transmettre et expliquer les résultats de l'analyse à la personne (ou à son représentant) et aux partenaires	• Le raisonnement clinique doit être présenté à l'usager et sa famille afin d'orienter leurs décisions et ce raisonnement doit être consigné dans une note évolutive ou dans un rapport d'analyse	• Psychoéducateur	• Éducateur • Usager et sa famille • Responsable ressource Si besoin : • Travailleur social
3.3 Rédiger le plan d'intervention	• PSI • PAM TC-TGC • Politique et procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de la Montérégie-Ouest	• Psychoéducateur	• Éducateur • Professionnel responsable du soutien clinique • Assistant/Auxiliaire Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social
3.4 Planifier l'intervention avec la personne ou son représentant et les personnes qui appliqueront le PSI (si requis) et le PAM TC-TGC	• Calendrier des activités cliniques	• Psychoéducateur	• Éducateur • Usager et sa famille • Assistant/Auxiliaire • Responsable de la ressource

Étape 3 : Élaboration du PSI/PAM TC-TGC		Échéancier : dans les 30 à 45 jours suivant l'intégration au programme			
BUTS :					
• Traduire les cibles d'intervention en objectifs observables et mesurables à mettre en place pour répondre aux besoins de la p personne en vue de réduire ou éliminer sa situation de handicap • identifier les moyens ou stratégies permettant d'atteindre les objectifs convenus avec l'utilisateur					
Actions		Outils/documents requis (à titre indicatif)		Responsable	Collaboration
3.5 Élaborer des interventions sur mesure pour :	L'utilisateur	• Intervention de réadaptation et de traitement • Activités de jour valorisantes • Plan(s) d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement (PA), Plan d'intervention disciplinaire (PID), Plan thérapeutique infirmier (PTI) • Aménagements préventifs • Grille de prévention active incluant les stratégies d'interventions thérapeutiques lors de conduites agressives (ITCA) • Politique et Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle du CISSS de la Montérégie-Ouest		• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social • Psychoéducateur	• Usager et sa famille • Professionnel responsable du soutien clinique • Responsable de la ressource
	Sa famille/proches	• Suivi parental individualisé		• Psychoéducateur Si besoin : • Travailleur social	• Usager et sa famille
		• Coaching à la famille sur les interventions recommandées		• Éducateur	• Professionnel responsable du soutien clinique • Psychoéducateur • Usager et sa famille
3.6 Identifier le besoin de concertation entre partenaires	• Rencontre avec les partenaires • PAM TC-TGC • PSI		• Psychoéducateur	• Éducateur • Usager et sa famille • Responsable de la ressource Si besoin : • Travailleur social	
3.7 Être prêt pour un changement de milieu de vie, toutes transitions	Au fur et à mesure que les stratégies gagnantes sont identifiées, les inscrire dans le plan de transition • Plan de transition TGC		• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Assistant/auxiliaire	

Étape 3 : Élaboration du PSI/PAM TC-TGC	Échéancier : dans les 30 à 45 jours suivant l'intégration au programme		
BUTS :			
- Traduire les cibles d'intervention en objectifs observables et mesurables à mettre en place pour répondre aux besoins de la p personne en vue de réduire ou éliminer sa situation de handicap - identifier les moyens ou stratégies permettant d'atteindre les objectifs convenus avec l'utilisateur			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
	Si l'utilisateur est hébergé en RI-RTF : En collaboration avec la ressource et l'intervenant contrôle qualité, mettre à jour « L'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance » afin de bien décrire les services attendus par la ressource	Intervenant contrôle qualité	- Éducateur - Psychoéducateur - Responsable de la ressource

Étape 4 : Mise en œuvre du PSI/PAM TC-TGC	Échéancier : dans les 60 jours suivant l'intégration au programme		
BUT :			
Actualiser les moyens et les stratégies visant l'atteinte des objectifs inscrits au PSI/PAM TC-TGC			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
4.1 Préparer les outils de mesure de l'effet des interventions sur :			
- Le TC-TGC - Les causes	- Grilles d'observation - Grilles de dispersion - Grille de réadaptation/traitement – Suivis médicaux - Mise à jour du profil SOMNET	Éducateur	- Psychoéducateur - Professionnel responsable du soutien clinique Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social

Étape 4 : Mise en œuvre du PSI/PAM TC-TGC	Échéancier : dans les 60 jours suivant l'intégration au programme		
BUT : Actualiser les moyens et les stratégies visant l'atteinte des objectifs inscrits au PSI/PAM TC-TGC			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
4.2 Organiser le suivi des interventions			
Planifier des rencontres interdisciplinaires aux 2 à 4 semaines pour s'assurer de l'application conforme du PAM TC-TGC et procéder aux ajustements nécessaires Selon l'intensité du TC-TGC, cette rencontre pourrait avoir lieu chaque semaine	Comptes rendus de rencontres interdisciplinaires	Psychoéducateur	- Éducateur - Professionnel responsable du soutien clinique - Chef de programme Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social
Définir les responsabilités entre les membres de l'équipe interdisciplinaire		Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire	
4.3 Actualiser le plan d'intervention : intervenir			
- Préparer l'intervention Appliquer les interventions auprès de l'utilisateur	Interventions de réadaptation et de traitement, aménagements préventifs, prévention active, <i>coaching/modeling</i> sur les interventions à mettre en place Plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement (PA), Plan d'intervention disciplinaire (PID), Plan thérapeutique infirmier (PTI)	- Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social	- Professionnel responsable du soutien clinique - Assistant/Auxiliaire - Usage et sa famille - Responsable de la ressource

Étape 4 : Mise en œuvre du PSI/PAM TC-TGC		Échéancier : dans les 60 jours suivant l'intégration au programme	
BUT : Actualiser les moyens et les stratégies visant l'atteinte des objectifs inscrits au PSI/PAM TC-TGC			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
Organiser et planifier le suivi des interventions	- Grilles d'observation - Grilles de dispersion - SOMNET Observations en milieu naturel	- Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social	- Professionnel responsable du soutien clinique - Auxiliaire/Assistant - Usager et sa famille - Responsable de la ressource
Soutenir la mise en place des interventions visant le soutien parental/ des partenaires	Suivi parental individualisé	- Psychoéducateur Si besoin : - Travailleur social	Usager et sa famille
	Soutien direct à l'intervention (<i>coaching</i>)	Éducateur	- Psychoéducateur - Usager et sa famille
Identifier le besoin d'évaluations supplémentaires et effectuer les démarches nécessaires	- Section PAM TC-TGC : hypothèses causales demandant une évaluation - Demande de référence à un professionnel	Psychoéducateur	Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social

Étape 4 : Mise en œuvre du PSI/PAM TC-TGC	Échéancier : dans les 60 jours suivant l'intégration au programme		
BUT : Actualiser les moyens et les stratégies visant l'atteinte des objectifs inscrits au PSI/PAM TC-TGC			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
4.4 Assurer l'application conforme et rigoureuse du PAM TC-TGC			
- Assurer la cohérence des interventions dans le milieu de vie et sensibiliser le milieu par rapport à la qualité de vie de l'utilisateur et - Assurer la cohérence des interventions en considérant les besoins des autres usagers dans le milieu de vie. Par exemple : arrimage des différentes programmations, ajustements au code de vie, sensibiliser le milieu de vie par rapport à la qualité de vie des usagers, etc.	- Rencontres interdisciplinaires - Observations dans le milieu de vie	- Éducateur - Assistant/Auxiliaire - Chef de programme de la RAC - Responsable de la ressource - Famille naturelle si usager habite avec celle-ci	- Psychoéducateur - Famille naturelle si usager est hébergé en RAC ou en RIRG/RTF Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social

Étape 5 : Mesure des résultats		Échéancier : dans les 90 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Évaluer l'atteinte des objectifs et en vérifier la pertinence • Réviser les stratégies utilisées • Améliorer l'efficacité des interventions spécialisée			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
5.1 Faire le suivi des interventions aux 2 à 4 semaines (selon l'intensité du TC-TGC, cette rencontre pourrait avoir lieu chaque semaine)			
• Compiler les données cliniques obtenues	• Comptes rendus de rencontres interdisciplinaires • Grilles d'observation • Grilles de dispersion • Notes évolutives • SOMNET	• Éducateur Si besoin : • Infirmier	• Psychoéducateur • Professionnel responsable du soutien clinique Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social

Étape 5 : Mesure des résultats		Échéancier : dans les 90 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Évaluer l'atteinte des objectifs et en vérifier la pertinence • Réviser les stratégies utilisées • Améliorer l'efficacité des interventions spécialisée			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
5.2 Réviser les interventions avec l'usager/famille dans les 90 jours			
• Analyser les données cliniques obtenues : - Expliquer la correspondance ou non entre l'objectif, les moyens utilisés et les résultats obtenus - Réviser les objectifs, moyens, méthodes, stratégies, techniques et critères de réussite retenus - Mesurer les TC-TGC et leurs impacts - Faire le suivi des interventions et s'assurer d'apporter les corrections nécessaires en fonction des aspects suivants : ○ Fiabilité des données recueillies ○ Conformité dans l'application des interventions ○ Efficacité des interventions; ○ Erreur d'hypothèse sur la cause du TC ou du TGC ○ Impact d'autres causes	• SOMNET • Comptes rendus de rencontres interdisciplinaires • EGCP-II-R • PAM TC-TGC • Plan d'action usager pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement (PA)/plan d'action parental • Plan d'intervention disciplinaire (PID) • Plan thérapeutique infirmier (PTI)	• Psychoéducateur Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social	• Éducateur • Professionnel responsable du soutien clinique

Étape 5 : Mesure des résultats		Échéancier : dans les 90 jours suivant l'intégration au programme	
BUTS : • Évaluer l'atteinte des objectifs et en vérifier la pertinence • Réviser les stratégies utilisées • Améliorer l'efficacité des interventions spécialisée			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
5.3 Poursuivre l'application des interventions en fonction des résultats de la révision			
• Poursuivre l'application des interventions en fonction des résultats de la révision	• PSI; • PAM TC-TGC • Plan d'action usager pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement / Plan d'action parental • Plan d'intervention disciplinaire (PID) • Plan thérapeutique infirmier (PTI)	• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur Si besoin : • Ergothérapeute • Infirmier et Infirmier clinicien • Psychologue • Travailleur social	• Professionnel responsable du soutien clinique • Responsable de la ressource • Usager et sa famille
5.4 Mettre à jour le plan de transition			
• Mettre à jour le plan de transition	• Plan de transition TGC	• Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	• Professionnel responsable du soutien clinique • Usager et sa famille • Responsable de la ressource • Assistant/Auxiliaire
Si l'usager est hébergé en RI-RTF : • Mettre à jour « L'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance » afin de bien décrire les services attendus par la ressource en collaboration avec l'intervenant contrôle qualité		• Intervenant qualité	• Éducateur • Psychoéducateur • Responsable de la ressource

Étape 6 : Recommandations, orientations et plan de service		Échéancier : avant la fin de l'épisode de service	
BUTS : - Analyser la situation et émettre les recommandations requises pour la suite des interventions et des services - Évaluer la satisfaction et la motivation de la personne et ses proches par rapport aux services - Orienter la suite de l'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
6.1 Faire le point sur l'épisode de service			
- Évaluer les résultats des interventions en fonction des aspects suivants : - Fréquence, durée intensité des TC-TGC - Impact sur les causes - Diminuer des impacts des TC-TGC - Intégration/participation sociale	- Comptes rendus de rencontres interdisciplinaires - EGCP-II-R - PAM TC-TGC : - Aménagements préventifs, prévention active - Plan de réadaptation et de traitement - Plan d'action usager pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement (PA), Plan d'action parental - Plan d'intervention disciplinaire (PID) - Plan thérapeutique infirmier (PTI) - Rencontre interdisciplinaire	- Psychoéducateur Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social	- Éducateur - Assistant/Auxiliaire - Responsable ressource - Usager et sa famille - Professionnel responsable du soutien clinique
	Rencontre avec l'usager, la famille et les partenaires	Psychoéducateur	- Usager et sa famille - Éducateur Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social
Évaluer la pertinence de terminer ou reconduire l'épisode de service		Psychoéducateur	- Usager et sa famille - Éducateur - Responsable du soutien clinique Si besoin : - Ergothérapeute - Infirmier et Infirmier clinicien - Psychologue - Travailleur social

Étape 6 : Recommandations, orientations et plan de service		Échéancier : avant la fin de l'épisode de service	
BUTS : - Analyser la situation et émettre les recommandations requises pour la suite des interventions et des services - Évaluer la satisfaction et la motivation de la personne et ses proches par rapport aux services - Orienter la suite de l'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
6.2 Préparer une synthèse de l'épisode de service			
Préparer une synthèse de l'épisode de service	Confirmer la fin de l'épisode de service	- Professionnel responsable du soutien clinique - Psychoéducateur	Chef de programme continuum
	Note d'évolution de fermeture suite à une rencontre interdisciplinaire	Psychoéducateur	- Éducateur - Tout professionnel impliqué dans ce dossier
6.3 Planifier la mise en place du plan de transition			
Planifier la mise en place du plan de transition	- Plan de transition - Aménagements préventifs, grille de prévention active, interventions de réadaptation et traitement, programmation adaptée	Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	- Professionnel responsable du soutien clinique - Usager et sa famille - Responsable de la ressource
Si l'épisode de service prend fin : S'assurer que les interventions soient mises en place avant la fin de l'épisode de service			
- Informations supplémentaires à donner ou <i>coaching/modeling</i> à l'équipe qui reprendra les interventions et les partenaires - Recommander l'usager/la famille à d'autres ressources, si requis - Informar les partenaires de la fin de l'épisode - Suggérer la tenue d'un PSI et y participer - Outiller le programme spécialisé si nécessaire	- Plan de transition - PAM TC-TGC - Grilles de dispersion - Grilles d'observation	Partage des responsabilités entre le psychoéducateur et l'éducateur	- Professionnel responsable du soutien clinique - Usager et sa famille - Responsable ressource - Assistant/Auxiliaire

Étape 6 : Recommandations, orientations et plan de service	Échéancier : avant la fin de l'épisode de service		
BUTS : - Analyser la situation et émettre les recommandations requises pour la suite des interventions et des services - Évaluer la satisfaction et la motivation de la personne et ses proches par rapport aux services - Orienter la suite de l'intervention			
Actions	Outils/documents requis (à titre indicatif)	Responsable	Collaboration
<u>Si l'usager est hébergé en RI-RTF :</u> Mettre à jour « L'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance » afin de bien décrire les services attendus par la ressource en collaboration avec les intervenants contrôle qualité			
		Intervenant qualité	- Psychoéducateur - Éducateur - Responsable de la ressource

7. Planification de l'évaluation

7.1. Variables à évaluer

L'évaluation permettra d'apprécier **l'implantation, la satisfaction et les effets proximaux** du programme en fonction de différentes variables :

- Spécialisation des intervenants;
- Utilisation des modèles/approches d'intervention et des outils;
- Orientation des usagers vers le programme spécialisé;
- Mesure du progrès des usagers;
- Mesure de la satisfaction des usagers, des proches, des partenaires et des intervenants.

7.2. Indicateurs de suivi

Objectifs	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
IMPLANTATION			
Mesurer la spécialisation des intervenants	Taux de participation des intervenants aux formations prévues au programme Taux de participation des intervenants aux ateliers de consolidation ou autres modalités de perfectionnement	Liste de présence aux formations et aux ateliers	Un an et trois ans après le début de l'implantation du programme
Mesurer l'utilisation des outils, objectifs de PI-PSI et modèles d'intervention prévus au programme spécialisé TC-TGC	Adéquation entre les composantes du programme et la pratique	Grille d'implantation et SIPAD	Deux ans après le début de l'implantation du programme (échantillon de 60 dossiers d'usagers) (30 hébergés, 30 non hébergés)
Valider l'orientation des usagers au programme spécialisé (bon service/bon programme)	Pourcentage de dossiers de l'échantillon dont les besoins correspondent aux services offerts au programme TC-TGC	SIPAD	Un an (<i>focus group</i>) et trois ans (SIPAD) après le début de l'implantation du programme (échantillon de 30 dossiers d'usagers) (15 hébergés, 15 non hébergés)
EFFICACITÉ			
Mesurer le progrès des usagers du programme	Mesure des progrès dans la réduction de l'impact des TC-TGC	Pré-post avec l'EGCP-II R	Trois ans après le début de l'implantation du programme (échantillon de 60 dossiers d'usagers) (30 hébergés, 30 non hébergés)
SATISFACTION			
Mesurer la satisfaction des usagers et de leurs proches	Satisfaction globale des usagers et de leurs proches sur les services reçus (services, objectifs fixés, progrès réalisés)	Questionnaire	Trois ans après le début de l'implantation du programme (échantillon de 60 dossiers d'usagers) (30 hébergés, 30 non hébergés)
Mesurer la satisfaction des intervenants, gestionnaires et soutien spécialisé du programme TC-TGC	Satisfaction globale : soutien clinique, accessibilité et utilité des outils, accès aux autres programmes et services, autonomie et compétence	Questionnaire électronique (tous) et <i>focus group</i> (n=15)	Deux ans après le début de l'implantation du programme
Mesurer la satisfaction quant à la collaboration avec les partenaires	Satisfaction de la collaboration des partenaires (RI-RTF, comité des usagers, autres directions cliniques)	Questionnaire électronique (n=20)	Deux ans après le début de l'implantation du programme

Évaluation sommaire

Puisque l'implantation du programme spécialisé TC-TGC s'échelonnera sur deux ans, une évaluation sommaire sera réalisée à mi-parcours de l'implantation (après un an) afin de constater si elle se déroule comme prévu.

Une ou deux rencontres (groupes de discussion) seront organisées avec l'équipe concernée afin de savoir comment se déroule l'implantation et quelles sont les difficultés rencontrées. Ceci permettra d'effectuer des ajustements s'il y a lieu, afin de poursuivre l'implantation jusqu'à l'évaluation complète l'année suivante.

8. Liste des annexes

- Annexe A** Modèle logique
- Annexe B** Types de comportements problématiques pouvant être émis par la clientèle ayant une DI avec ou sans TSA
- Annexe C** Définitions des contextes internes et externes d'apparition du comportement
- Annexe D** Procédure IPEC
- Annexe E** Liste d'outils cliniques pouvant être utilisés au programme TC-TGC

- Annexe 1** Formulaire clinique – Attribution du descripteur clinico-administratif (CLI-60361)
- Annexe 2** Aide-mémoire clinique – Démarche pour référence au programme TC-TGC (AMC-DPD-10210)

9. Références

- American Psychiatric Association (APA) (2015), Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5e édition, DSM 5, Elsevier - Health Sciences Division, 1275p.
- Allen, D., Langthorne, P., Tonge, B., Emerson, E., McGill, P., Fletcher, R. Dosen, A. et Kennedy, C. (2013). Towards the Prevention of Behavioural and Psychiatric Disorders in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(6), 501-514.
- Bibeau, L. et Sabourin, G. (2014). *Intervention post-événement critique (IPEC) – Lignes directrices*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.
- Blackburn, M., Noiseux, M., Provencher, S., Savoie, E., & Simoneau, M.-E. (2018c). *Portrait de santé RTS de la Montérégie-Ouest*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique
- Bourdeau, Jocelyn, « Interventions thérapeutiques lors de conduites agressives (ITCA) » 2020 <http://www.itca.ca/>
- Brisson, A., Bolduc, M., Jourdan-Ionescu, C., (2014) Étude descriptive de l'évaluation de comorbidité psychiatrique en déficience intellectuelle adulte Revue francophone de la déficience intellectuelle, 25, p. 5-22.
- Buisson, D., M. Rondeau et G. Sabourin (2012) « Guide technique - Le suivi des interventions en TGC ». FQCRDITED | SQETGC.
- Buisson, D., Rondeau, M., Sabourin, G., SQETGC (2012), Guide technique - le suivi des interventions en TGC. 65 pages.
- Campbell, M., Robertson, A., & Jahoda, A. (2014). Psychological Therapies for People with Intellectual Disabilities: Comments on a Matrix of Evidence for Interventions in Challenging Behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, 58(2), 172-188.
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., . . . Fox, L. (2002). Positive behavior support : Evolution of an Applied Science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4-16.
- Chaire TSA Technologies – Soutien – Autodétermination. (2009). « À la découverte de l'autodétermination ».
- CIUSSS MCQ, Institut universitaire en DI et en TSA. Résumé d'avis d'ETMI sur l'efficacité des programmes de soutien offerts aux parents d'enfants présentant une DI ou un TSA et ayant un TC ou un TGC, par M-C. Lehoux, en collaboration avec S. Gayadeen. Trois-Rivières, QC : Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA, 2015; 83 p.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, CIUSSS MCQ. (2016). Portrait de l'implantation des guides de pratique de la FQCRDITED pour l'année 2014-2015.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2018). Processus clinique à la Direction des Programmes Déficiences (document de travail). Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire.
- CISSS de la Montérégie Ouest (2019), Politique clinique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, Direction des Services Infirmiers et de l'enseignement universitaire.
- CRDI Montérégie-Est, (2003), L'approche positive. Cadre de référence, Éd. Service de communication.
- CRDITED de la Montérégie-Est (2012). Programme d'adaptation réadaptation à la personne de 6 ans et plus présentant un trouble envahissant du développement.
- CRDITSA MCQ – IU & SQETGC. Le *Programme TC-TGC* : Pour mieux comprendre et intervenir auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme vivant des situations à défis, Trois-Rivières, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, 2014.

- Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É. et Lesage, A. (2017). Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf
- Davies, L., & Oliver, C. (2013). The Age Related Prevalence of Aggression and Self-Injury in Persons with an Intellectual Disability: A Review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(2), 764-775.
- FQCRDITED, (2010), Guide de pratique. Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC), 21 pages.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise, Processus de production du handicap*. Québec, QC : Réseau international sur le Processus de production du handicap.
- Fox, L., Dunlap, G., & Cushing, L. (2002). Early intervention, Positive Behavior Support, and Transition to School. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(3), 149-157.
- Gardner, W. (2002). Aggression and Other Disruptive Behavioral Challenges. *Biomedical and Psychosocial Assessment and Treatment*, NADD Press, Kingston, N.Y. 412 pages
- Grey, I., Pollard, J., McClean, B., MacAuley, N., & Hastings, R. (2010). Prevalence of Psychiatric Diagnoses and Challenging Behaviors in a Community-Based Population of Adults with Intellectual Disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3(4), 210-222.
- Griffith, G. M., Hutchinson, L., & Hastings, R. P. (2013). "I'm Not a Patient, I'm a Person": The Experiences of Individuals with Intellectual Disabilities and Challenging Behavior - A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 20(4), 469-488.
- Hastings, R.P., (1996) Staff Strategies and Explanations for Intervening with Challenging Behaviours, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40 (2), 166-175.
- Hastings, R.P., (1997a) Measuring Staff Perceptions of Challenging Behaviour: the Challenging Behaviour Attributions Scale (CHABA), *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (6), 495-501.
- Hartley, S.L., Sikora, D. M., et McCoy R., (2008) Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with Autistic Disorder, *Journal of Intellectual Disability Research (JIDR)*, 52(10): 819–829.
- Jenkins, R., Rose, J., Lovell, C., (1997) Psychological Well-Being of Staff Working with People who Have Challenging Behaviour, *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6), 502-511.
- Jones, C., Hastings, R.P., (2003) Staff Reactions to Self-Injurious Behaviours in Learning Disability Services : Attributions, Emotional Responses and Helping, *British Journal of Clinical Psychology*, 42 (2), 189-203.
- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in Children and Adolescents with ASD: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937.
- Koritsas, S., & Iacono, T. (2012). Challenging Behaviour and Associated Risk Factors: An Overview (part I). *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(4), 199-214.
- Labbé, L., Choquette P. et Turgeon, M.-J. (2014). *Prévention des troubles du comportement et des troubles graves du comportement – Cadre de référence*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.
- Labbé, L., SQETGC (2014), Modèle de prévention des TC-TGC, 73 pages
- L'Abbé, Y., Morin, D. (1999). Comportements agressifs et retard mental. Compréhension et intervention. Éditions Behaviora inc., Eastman, Québec, 621 pages.
- Lambert, J.L., (2002). Le personnel éducatif face aux comportements-défis d'adultes déficients intellectuels : Les théories implicites, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 13 (2), 125-132.

- Lapointe, A., (20 février 2014). Les solutions résidentielles personnalisées, Présentation à la Communauté de pratique en TGC, Groupe de travail SRP-II, Présentation au Comité des affaires professionnelles et au Comité des ressources humaines de la FQCRDITED le 31 janvier 2014.
- Larivière C. Ricard, C. (2000) Formation au travail interdisciplinaire, Le réseau-conseil interdisciplinaire du Québec.
- Longtin, V., Lapointe, A., Labbé, L. et Castonguay, J. (2016). *Activités de jour valorisantes : définition et recommandations pour l'intégration des personnes manifestant un TGC*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS, MCQ.
- Lunsky, Y., Lake, J.K., Balogh, R., Weiss, J., Morris, J., (2013) A Review of Canadian Mental Health Research on Intellectual and Developmental Disabilities, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6:2, 106-126
- Matson, J. L., Neal, D., & Kozlowski, A. M. (2012). Treatments for the Challenging Behaviours of Adults with Intellectual Disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*, 57(10), 587.
- Matson, J. L., Sipes, M., Fodstad, J. C., & Fitzgerald, M. E. (2011). Issues in the Management of Challenging Behaviours of Adults with Autism Spectrum Disorder. New Zealand: Wolters Kluwer Health.
- McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk Markers Associated with Challenging Behaviours in People with Intellectual Disabilities: A Meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), 405-416.
- McTiernan, A., Leader, G., Healy, O., & Mannion, A. (2011). Analysis of Risk Factors and Early Predictors of Challenging Behavior for Children with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1215-1222.
- Medeiros, K., Curby, T. W., Bernstein, A., Rojahn, J., & Schroeder, S. R. (2013). The Progression of Severe Behavior Disorder in Young Children with Intellectual and Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3639-3647.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, 30p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *Cadre de référence sur l'organisation des services en DI, DP, TSA*, 84p.
- Morin, I., Sabourin, S., Labbé, L., Beaulieu, Y. (2015). *Inventaires des causes probables des troubles graves du comportement (ICP-DI et ICP-TSA) – Manuel de l'utilisateur*. SQETGC | CIUSSS MCQ.
- Morin, Diane et Rivard, Mélina. *Guide d'implantation d'une ressource spécialisée pour les personnes présentant des troubles graves du comportement*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Dépôt légal – 2011, 60 p.
- Moxness, K. (2013). Vivre avec un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme; impact sur les familles, *Psychologie Québec*, vol.30 (2) 35-38.
- Myrbakk, E., & von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric Disorders and Behavior Problems in People with Intellectual Disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29(4), 316-332.
- Noone, S.J., Jones, R.S., Hasting, R.P., (2006) Care Staff Attributions About Challenging Behaviors in Adults with Mental Disabilities, *Research Developmental Disabilities*, 27 (2), 109-120.
- Office des professions du Québec. (2003). (OPPQ) *Cahier explicatif - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Gouvernement du Québec, E.D. Québec.
https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf.

- Office des professions du Québec. (2013), (OPPQ) *Guide explicatif - le projet de loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan*. Gouvernement du Québec, Ed. Québec, Québec.
http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Grand_public/M_informer/Guide_explicatif_DECEMBRE_2013.ashx?la=fr.
- Roberge, M. (2015). *Le modèle de plan de développement de l'expertise en TGC. Tome I - Guide pour l'amélioration progressive du dispositif de services en TGC dans les établissements desservant une clientèle ayant une DI ou un TSA et un TGC*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Roberge, M. (2015). *Le modèle de plan de développement de l'expertise en TGC: The Impact of Stress on Attributions of Challenging Behaviour*, *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (11), 827-838.
- Sabourin, G., Senécal, P., et Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R – Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur)*. Montréal, Canada. SQETGC | CIUSSS MCQ.
- Sabourin, G. et Lapointe, A. (2014). *Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement – Grille et lexique*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.
- Sabourin, G. (2010a) Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement (ECI-TC-Expérimentale). Montréal, Canada SQETGC | FQCRDITED.
- Sabourin, G. SQETGC (2017), Grille de dépistage rapide des risques de TGC pour les personnes âgées de 6 ans et plus présentant une DI ou un TSA.
- Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort. (2015). Processus d'intervention lors d'un épisode TC-TGC : Pour une compréhension commune de la prévention des comportements-défis (document de travail).
- Tassé, M.J., Sabourin G., Garcin, N et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une défiance intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 42(1). 62-69 repéré a sqetgc
- Tassé, J.M., Sabourin, G., Garcin, N., Lecavalier L. (2007) Troubles graves du comportement : approche multimodale et pratiques exemplaires, Communication présentée au XVIIIe Colloque thématique annuel de l'Institut Québécois de la déficience intellectuelle, Centre d'expertise de Montréal en trouble grave du comportement pour personnes DI ou TSA (CEM-TGC), Montréal.
- Watts, M.J., Reed, T.S., Hastings, R.P., (1997) Staff Strategies and Explanations for Intervening with Challenging Behaviours: a Replication in a Community Sample, *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (3), 258-263.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Marie-Ève Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2020-09-22
Révisé par	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2020-11-03
Personnes consultées	Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires, volet QEP	2020-10-12
	Jennifer Mascitto, chef de service, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2020-10-12

Historique du document		
Approuvé par	Direction des programmes Déficiences	2020-11-03

ANNEXE A

Modèle logique du programme spécialisé TC-TGC

Nom du programme	Programme spécialisé pour une clientèle présentant un épisode de TC ou TGC					
Clientèle cible	Personnes ayant une DI ou un TSA présentant un épisode de trouble du comportement ou un trouble grave du comportement (TC-TGC) ainsi que leurs proches.					
Objectif général	Offrir à la personne présentant un épisode de TC ou TGC ainsi qu'à ses proches, des services spécialisés de prévention et de traitement visant à diminuer chez la personne le recours à des comportements problématiques en traitant les causes et en augmentant l'utilisation de comportements alternatifs appropriés.					
Objectifs spécifiques	Prévenir l'aggravation des TC-TGC dépisés	Identifier les causes, fonctions et facteurs de maintien des TC-TGC	Réduire les conséquences et impacts des TC-TGC et soutenir la personne dans l'apprentissage de comportements alternatifs	Intervenir avec une intensité modulable selon les besoins	Accompagner les proches, l'entourage ou les partenaires dans le processus d'adaptation et d'intervention	Soutenir la personne dans les transitions
Actions projetées pour atteindre les objectifs	Mise en place d'équipes continuum spécialisées TC-TGC Transfert d'expertise et soutien aux programmes spécialisés DPD Consolider l'offre de services d'hébergement spécialisé TC-TGC					
Modalités d'intervention	Transfert d'expertise et soutien aux programmes spécialisés DPD Services directs aux usagers Rencontres interdisciplinaires Intervention transitoire en RAC, si requis				Suivi parental individualisé	Soutien aux partenaires, proches
Extrants	– Capsules de sensibilisation aux équipes référentes – Consultations en prévention active pour éviter l'escalade – Intervention en situation de crise (intensité de service) Consultations pour l'adaptation physique et/ou humaine	– PII et PID – PAM TC-TGC – Plan d'action d'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement clientèle DI-TSA – Compte rendu de rencontre interdisciplinaire - Suivi des interventions en troubles graves de comportements	Spécifiques en RAC – Suivi quotidien et des objectifs en cours (TC-TGC) – Programmation quotidienne en résidence clientèle DI-TSA – Stratégies d'accompagnement moments du quotidien	– Formation sur les caractéristiques d'un TC-TGC et l'analyse fonctionnelle – Objectif adressé aux parents dans le PI.	– Formation sur les facteurs impliqués dans le développement ou maintien des TC-TGC. – Plan de transition – PSI ou PII	
Effets à court et moyen termes	• Augmentation de l'expertise des intervenants (spécialisation); • Augmentation de l'utilisation d'alternatives efficaces au TC-TGC chez les usagers; • Accroissement de la contribution des familles et des proches auprès des personnes présentant un TC-TGC (augmentation de leurs connaissances et habiletés); • Diminution du nombre de déplacements dans des milieux plus contraignants, de l'aggravation des situations ou des ruptures dans les services reçus; • Diminution de l'impact sur les services de santé et services sociaux (hospitalisation prolongée, hébergement, liste d'attente, mobilisation du personnel clinique).					
Effets ultimes	• Augmentation de la participation sociale de la personne présentant des TC-TGC; • Amélioration de la qualité de vie des usagers, familles et proches.					

Types de comportements problématiques pouvant être remis par la clientèle ayant une DI avec ou sans TSA¹⁸

Comportements stéréotypés	Comportements que la personne répète encore et encore (répétitif), sans qu'ils aient de fonction apparente ou évidente. Par exemple : bouger tout son corps en tournant sur elle-même ou en se berçant, agiter ses doigts ou ses mains, jouer avec ses cheveux ou d'autres parties de son corps, faire bouger des objets, faire du bruit ou des sons à répétition, faire les mêmes actions ou dire les mêmes mots.
Comportements sexuels aberrants	Comportements liés à l'immaturité du développement psychosexuel Par exemple : se déshabiller au mauvais endroit, exhiber son corps dans des lieux publics, comportements nettement agressifs sexuellement (attouchement sexuel forcé, gestes sexuellement déplacés, se masturber devant les autres, etc.). ** Il n'est cependant pas nécessaire qu'il y ait une excitation sexuelle ou une intention d'associer à ces manifestations pour les considérer comme des comportements à caractère sexuel.
Comportements sociaux perturbateurs	Comportements perçus comme dérangeants pour autrui soit physiquement, verbalement, non verbalement ou dans l'interaction avec les autres. Par exemple : agacer, harceler, se moquer ou déranger les activités des autres, rire ou pleurer sans raison, crier ou hurler, etc.
Comportements d'hétéroagression	Comportements d'exercer de la violence physique envers autrui, sous une forme ou sous une autre. Par exemple : donner ou tenter de donner des coups de poing, des coups de pied ou des gifles, mordre ou tenter de mordre, frapper ou tenter de frapper autrui à l'aide d'un objet (fourchette, crayon, tournevis, etc.), lancer des objets en direction des gens, pousser ou bousculer physiquement autrui, pincer, égratigner, faire mal aux animaux, etc.
Comportements sociaux offensants	Comportements qui enfreignent directement des règles sociales de base associées à la politesse ou à la bienséance et qui heurtent directement les valeurs sociales de l'entourage. Par exemple : sacrer, se tenir trop près d'autrui, roter sans retenue, cracher sur les autres, menacer autrui, faire du bruit en mangeant, en buvant ou en se mouchant, péter en public, jouer avec sa salive, se mettre les doigts dans le nez, jouer avec ses selles, uriner en public ou aux mauvais endroits, etc.
Comportements de retrait	Comportements de passivité, de timidité ou de non-intérêt dans les interactions sociales, indépendamment des motivations ou causalités associées. Par exemple : manifester de la difficulté à être en compagnie des autres, éviter les autres, ignorer ce qui l'entoure, manifester peu d'intérêt dans les activités sociales, rester à l'écart du groupe ou préférer rester assis et regarder les autres, être inactif, être renfermé, timide, et réservé, éviter le contact visuel, etc.
Comportements destructeurs envers les objets	Comportements qui visent à endommager ou à détruire ses biens personnels, les biens d'autrui ou les biens publics. Par exemple : bousculer les meubles, mettre le feu, boucher les toilettes, déchirer ses vêtements, etc.
Comportements d'autoagression	Comportements d'automutilation des parties du corps ou pica (ingérer des substances non comestibles telles que des mégots, de la poussière, etc.) et de la régurgitation (se faire vomir).
Comportements de non-coopération et de provocation	Comportements problématiques associés à de la rébellion, de la contestation ou même des comportements à caractère délictueux. Par exemple : désobéir, ne pas faire les tâches assignées ou ne pas respecter les règlements, agir avec une attitude de défi, être en retard, refuser d'aller à l'école ou au travail, ne pas attendre son tour, tricher, mentir, voler, enfreindre la loi, etc.

¹⁸ SQETGC, Sabourin, G., Sénécal, P., Paquet, M., 2016

Définitions des contextes internes et externes d'apparition du comportement (Sabourin, SQETGC, 2014)

Contexte interne	
Réfère à des facteurs directement reliés à la personne qui peuvent contribuer à l'apparition et au maintien des TGC. C'est ici que se retrouvent les Facteurs de vulnérabilité. Ils rassemblent toutes les caractéristiques (présentes et passées) liées à la personne et qui sont associées à une plus grande probabilité d'apparition des TGC ciblés. Ils peuvent être aussi bien de nature psychologique, que biologique et de nature normale ou pathologique.	
Caractéristiques psychologiques	Les caractéristiques psychologiques comprennent l'ensemble des caractéristiques personnelles (ex. : tempérament, caractère, etc.), des motivations, des émotions, des cognitions, du bagage d'expériences (ex. : souvenirs, mémoires d'apprentissage, répertoire comportemental, etc.) et des processus psychologiques (ex. : gestion particulière du stress et de l'anxiété, etc.) qui relèvent du fonctionnement normal de la personne et qui peuvent être en lien causal avec un TGC.
Habiletés déficitaires	Les habiletés déficitaires réfèrent à tous les facteurs liés à l'absence ou au manque d'habiletés adaptatives qui peuvent avoir un lien avec le TGC.
Santé physique	Les indicateurs de la santé physique réfèrent à tout ce qui comporte des indices cliniques qui peuvent révéler des perturbations de certaines fonctions physiologiques pouvant nécessiter des traitements particuliers sur le plan médical. Cette dimension peut comporter des problèmes de santé physique diagnostiqués par un médecin ou toutes autres sensations physiques jugées agréables (ex. : sensation de la peau agréable, etc.) ou désagréables (ex. : sensation de picotement, de douleur, etc.) pouvant contribuer à augmenter la probabilité d'apparition ou de maintien du TGC ciblé.
Santé mentale	Les indicateurs de la santé mentale comprennent les indices cliniques des symptômes ou des diagnostics, tels que reconnus dans le <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition</i> (DSM-5) ou dans le <i>Diagnostic Manual – Intellectual Disability</i> (DMID), qui peuvent contribuer à augmenter la probabilité d'apparition ou favoriser le maintien du ou des TGC de la personne.
Caractéristiques des atteintes neurologiques et neuropsychologiques	Les indicateurs des caractéristiques des atteintes neurologiques et neuropsychologiques comprennent les indices cliniques ou des symptômes pouvant révéler des troubles neurologiques ou neuropsychologiques (ex. : la dysarthrie, la dyspraxie, la dysphasie, le traumatisme crânien, l'épilepsie et les atteintes sensorielles) et les phénomènes associés pouvant augmenter la probabilité d'apparition ou favoriser le maintien du ou des TGC de la personne. Les éléments retenus dans cette dimension affectent de manière particulière le fonctionnement du système nerveux central (SNC) et le traitement de l'information en ayant par exemple un impact sur le niveau d'énergie, la vigilance, l'attention, les fonctions exécutives (ex. : capacités de planification, d'organisation, d'inhibition).

Contexte externe	
Réfère à des conditions naturelles ou artificielles, physiques, chimiques ou biologiques, sociales ou culturelles au sein desquelles l'individu se développe et qui pourraient être susceptibles d'avoir un effet sur son fonctionnement.	
Environnement physique	Les indicateurs de l'environnement physique réfèrent à tous les facteurs de l'environnement physique de la personne qui peuvent avoir un lien avec le TGC. Ces indicateurs relèvent tant du monde matériel inanimé (ex. : environnement résidentiel, sons et lumière ambiants) que des éléments d'ordre architectural (un lieu, une caractéristique d'un lieu) ou encore d'ordre dynamique (ex. : mouvement, circulation, densité humaine, etc.).
Environnement social	Les indicateurs de l'environnement social réfèrent à tous les facteurs de l'environnement social de la personne qui peuvent avoir un lien avec le TGC en partant du type et de la nature des contacts interpersonnels et du soutien jusqu'aux attitudes de l'entourage vis-à-vis de la personne.
Habitudes et style de vie	Les habitudes et styles de vie réfèrent à tous les facteurs liés aux activités, au soutien (aux plans physique, matériel, technologique, humain, social et professionnel) et au style de vie offerts à la personne en lien avec le développement et le maintien de son autonomie et de son bien-être et qui peuvent avoir un lien avec le TGC.

Facteurs contextuels

Les facteurs contextuels (contributeurs et déclencheurs) sont des stimuli antérieurs ou simultanés au(x) TGC (causes immédiates ou lointaines probables) qui augmentent la probabilité d'apparition d'un TGC spécifique ou d'un épisode de plusieurs TGC ou qui modulent son niveau de gravité.

- **Facteurs contextuels contributeurs**

Les facteurs contextuels contributeurs sont des stimuli dont la présence débute généralement longtemps avant le comportement problématique et qui peuvent se poursuivre après son apparition. Ils ont un début et une fin plus vagues que les déclencheurs.

- **Facteurs contextuels déclencheurs**

Les facteurs contextuels déclencheurs sont des stimuli qui ont généralement un début et une fin plus nets que les facteurs contributeurs. Ils se produisent immédiatement avant l'émission du comportement.

Facteurs liés au traitement de l'information

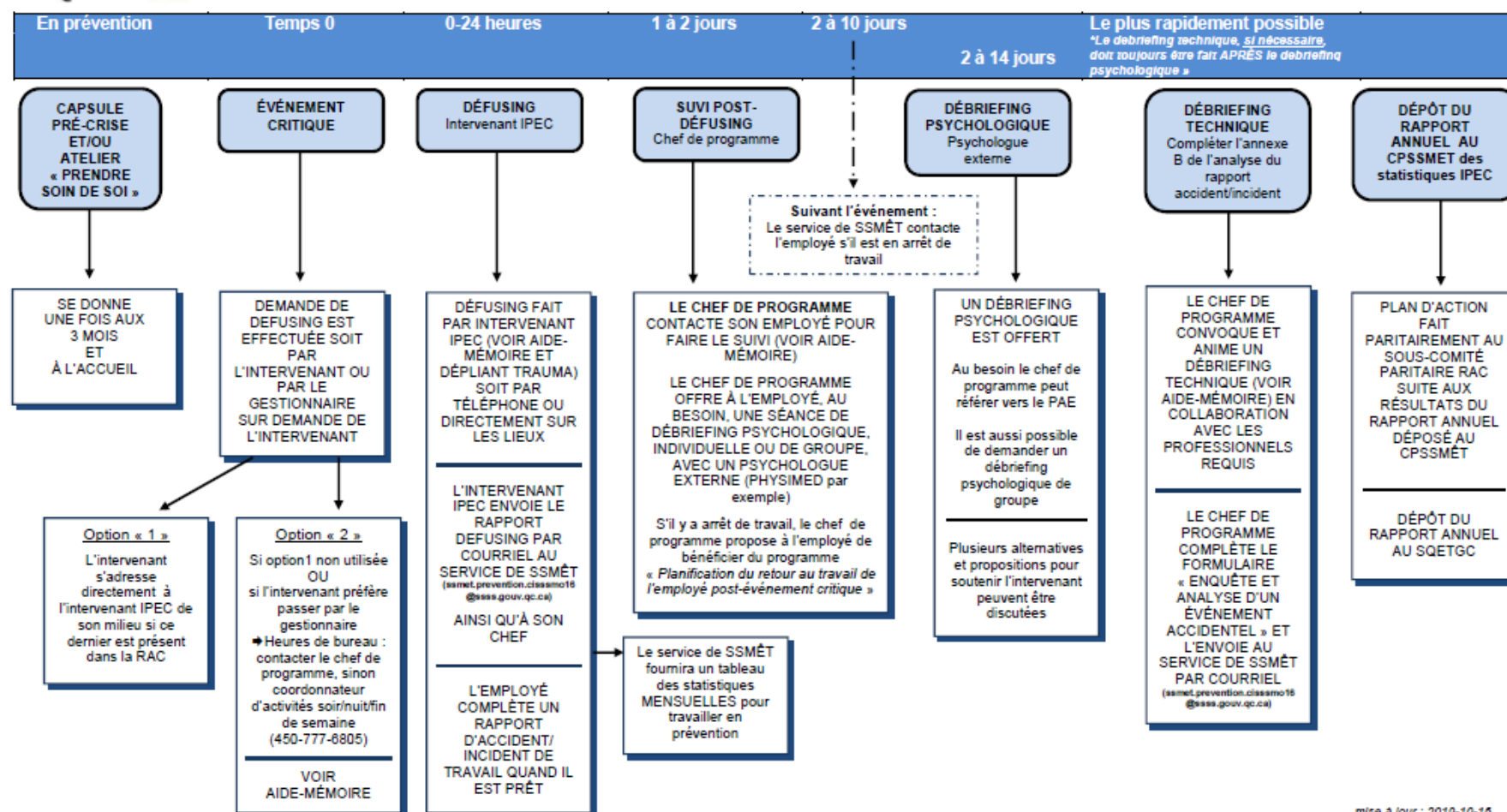
Le traitement de l'information est un concept plus complexe qui fait référence à des interprétations de la personne. C'est un « processus » d'interprétation de la personne découlant des stimuli antérieurs et des facteurs de vulnérabilité et qui justifie, du point de vue de la personne, l'adoption d'un trouble du comportement.

Facteurs de renforcement

Les facteurs de renforcement réfèrent à des événements qui se présentent après l'apparition du comportement. Dans une séquence temporelle d'apparition d'un TGC, il existe d'abord une ou des causes provoquant un TGC, et les conditions de renforcement constituent la dernière étape du processus. Ainsi, à chaque cause probable identifiée, peu importe la dimension du contexte externe ou interne, la condition de renforcement représente le résultat obtenu par la personne à la suite de son TGC.

ANNEXE D Procédure IPEC

PROCÉDURE IPEC EN SÉQUENCE CHRONOLOGIQUE ÉVÈNEMENT CRITIQUE INTERVENANT



mise à jour : 2019-10-16
/cd

*En tout temps, la trajectoire peut être aménagée en fonction des besoins

Liste d'outils cliniques pouvant être utilisés au programme

Liste non exhaustive	
• Coffre à outils de l'éducateur (SQETGC); • Schéma MDH-PPH; • Évaluation « La mesure des habitudes de vie (MHAVIE) » Cet outil est retenu ici notamment : - Dans une visée d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur - Pour mesurer les écarts entre le souhait de l'utilisateur et l'offre de son milieu de vie - Favoriser l'implication de l'utilisateur dans une optique d'autodétermination • Génogramme; • Inventaires des causes probables (DI et TSA); • Évaluation et analyse des préférences; • Dépistage des problématiques sensorielles; • Inventaire de qualité de vie en milieu résidentiel; • Inventaire du stress pour les individus atteints d'autisme ou de TED; • Inventaire des agents de renforcement; • Profil Reiss; • Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-P); • Instrument d'analyse fonctionnelle des comportements (Tool Fast); • ABAS-II; • Échelle d'évaluation de la démence pour le syndrome de Down; • ECI-TC; • EGCP-II R; • GÉCEN; • Échelle de dépistage du trouble de personnalité limite; • Inventaire des comportements compulsifs pour la personne ayant un retard mental; • Échelle des indices comportementaux des dysfonctions exécutives (INDEX); • PEP-III; • Reiss scales for Children's Dual Diagnosis;	• Vineland II; • Grille d'évaluation de la communication; • Grilles d'évaluation des besoins et du projet de développement de l'enfant 0 à 6 ans TSA, besoins et du projet de vie de l'adulte (TSA); • Tableau de dépistage des comportements problématiques de la petite enfance; • Grille d'évaluation de la douleur déficience intellectuelle (GED-DI); • Échelle de douleur enfant San Salvador (Grille DESS); • Grille de préparation pour une entrevue psychiatrique; • Grille de préparation pour une entrevue en médecine physique; • Analyse de la tâche; • Grille d'observation des cycles de repli sur soi et d'activation; • Trousse « Mon projet de vie »; • Extinction et apprentissage à l'escalade de comportements; • Les règles sociales/scénarios sociaux; • Ateliers sur la gestion des émotions; • Techniques de résolution de problèmes; • Systèmes de communication alternatifs; • Encadrement structuré intensif (inspiré de TEACCH); • Scénarios sociaux; • Communication par échanges d'images inspirée du programme PECS; • Ateliers sur les habiletés sociales; • Ateliers de gestion de la colère (GE.CO); • Relaxation (gestion du stress, de l'anxiété); • Techniques d'approche neurosensorielle; • Techniques d'autorégulation; • Éducation à la vie affective, sexuelle et amoureuse.

ANNEXE F

Contingences (obstacles prévisibles)

Comme pour la majorité des programmes, des contingences pouvant présenter un défi pour l'atteinte des objectifs sont à prévoir :

- L'accès et le maintien de la personne dans divers milieux (scolaire, travail, communautaire) peuvent être entravés lorsqu'elle présente des TC-TGC;
- Le maintien des interventions dans le milieu de vie naturel de la personne peut être difficile à réaliser;
- L'accès à des services externes peut être complexe (ex. : services psychosociaux pour les parents, évaluation pour des problèmes de santé physique);
- Le recrutement de ressources d'hébergement (RI-RTF) étant outillées à travailler auprès de la clientèle présentant un TC ou un TGC peut s'avérer difficile;
- La cohabitation de personnes ayant des TC-TGC en milieu résidentiel spécialisé peut exacerber certains comportements problématiques;
- Le développement et le maintien de l'expertise des intervenants en lien avec les meilleures pratiques nécessitent du temps;
- L'intensité de soutien nécessaire peut être difficile à maintenir en fonction de la disponibilité des ressources humaines et financières;
- L'ampleur du territoire à desservir amène une plus grande logistique dans l'organisation afin de s'assurer de suivre l'usager dans son milieu de vie;
- L'impact des TC-TGC sur les intervenants peut affecter l'efficacité du processus d'intervention;
- Le changement de pratique en lien avec les mesures de contrôle et le développement d'habiletés/comportements alternatifs.

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

Québec

