

Programme d'hébergement et de services à la Maison des Tournesols

Direction des programmes Déficiences (DPD)

Direction des services d'hébergement pour les aînés et
les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA)

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées dans le tableau *Processus d'élaboration/Révision* à la fin du document. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE – TERMES GÉNÉRAUX.....	5
INTRODUCTION	7
1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE CIBLE.....	9
1.1. Clientèle cible	9
1.2. Problématique	12
2. OBJECTIFS	15
2.1. Objectif général	15
2.2. Objectifs spécifiques	15
3. THÉORIE	15
3.1. Cadre conceptuel.....	15
3.1.1. Concepts théoriques.....	16
3.1.2. Modèle conceptuel.....	17
3.1.3. Approches.....	17
4. RESSOURCES	19
4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités	19
4.2. Développement des compétences.....	29
5. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE À L'HÉBERGEMENT.....	30
5.1. Cheminement de la demande d'hébergement.....	30
5.2. Critères d'inclusion à l'hébergement.....	30
5.3. Critères de fin d'hébergement.....	30
6. DESCRIPTION DU PROCESSUS CLINIQUE	31
7. STRATÉGIES D'INTERVENTION	35
CONCLUSION.....	47
LISTE DES ANNEXES	48
RÉFÉRENCES	49
ANNEXE A PRINCIPALES ATTEINTES CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DIS OU DIP	54
ANNEXE B PROFILS ISO-SMAF	55
ANNEXE C MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (MDH-PPH)	56
ANNEXE D MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE.....	57

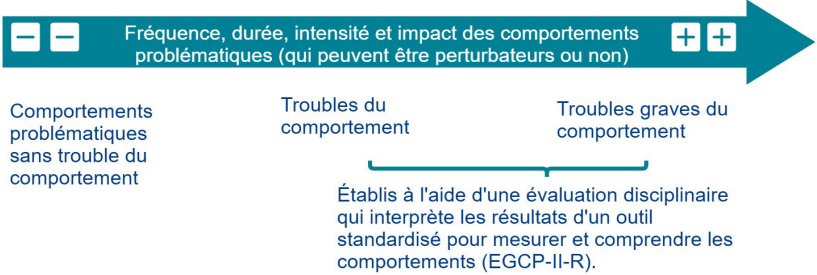
Liste des abréviations et des acronymes

AAC	Analyse appliquée du comportement
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
DIP	Déficiência intellectuelle profonde
DIS	Déficiência intellectuelle sévère
DP	Déficiência physique
DPD	Direction des programmes Déficiencies
DSHAPPA	Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – cinquième édition
MAH	Mécanismes d'accès aux lits d'hébergement
MDH-PPH	Modèle de développement humain - Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCCI	Outils de cheminement clinique informatisés
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPA	Personne proche aidante
RAC	Résidences à assistance continue
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TC	Trouble du comportement
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Lexique – termes généraux

Collaboration interprofessionnelle	Les membres de l'équipe de la Maison des Tournesols sont appelés à travailler selon les principes de la collaboration interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle « s'inscrit dans un partenariat entre une équipe de professionnels et une personne, ses proches et la communauté, dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (1)
Colocataire	À la Maison des Tournesols, le terme colocataire est utilisé pour nommer la personne hébergée. Ce terme démontre davantage le lien recherché entre la personne et son milieu de vie. Il est donc employé dans ce document, en alternance avec le terme personne hébergée afin de faciliter la lecture.
Habitudes de vie	« Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. » (2)
Intervenant·e	« Celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de la [personne usagère] (incluant les soins et services médicaux). »(3). Dans le présent programme, ce terme inclut : professionnel·le, clinicien·ne, technicien·ne, préposé·e aux bénéficiaires, médecin, résident·e (médecine/pharmacie), stagiaire.
Micromilieus	L'organisation en micromilieus amène un regroupement des personnes hébergées en fonction de caractéristiques et d'intérêts similaires. Les micromilieus sont aussi de petites unités de vie où le nombre de personnes hébergées est restreint (entre 5 et vingt), ce qui favoriserait le développement d'un sentiment d'être comme à la maison. Un micromilieu permet aussi de répondre aux besoins d'intimité, d'appartenance et de socialisation des personnes hébergées et d'offrir des soins et services de qualité et flexibles (4).
Personne proche aidante	« Désigne toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. » (5)

Lexique – termes liés aux comportements

Comportements problématiques	Il s'agit de comportements qui nuisent ou interfèrent à l'adaptation fructueuse des individus au sein d'une communauté. Les comportements problématiques se situent sur un continuum selon leur fréquence, durée, intensité et impact : de l'absence de trouble de comportement au trouble du comportement (TC), jusqu'au trouble grave du comportement (TGC) (6).  À la Maison des Tournesols, à leur admission, les colocataires présentent des comportements problématiques, pouvant parfois être des TC. Les personnes présentant un TGC sont exclues à l'admission, même s'il peut arriver qu'un TGC survienne en cours d'hébergement. Il existe plusieurs catégories de comportements problématiques : comportements perturbateurs, stéréotypés, de retrait, sexuels inadéquats, etc.
Comportements perturbateurs	Il s'agit d'un type de comportement problématique qui est dérangeant pour autrui (frapper, griffer, crier, etc.) (6). Ces comportements sont particulièrement évalués pour déterminer de l'admissibilité des colocataires. Les personnes présentes à la Maison des Tournesols sont des personnes vulnérables et une attention particulière doit être portée à ce type de comportement qui pourrait leur porter préjudice.
Trouble du comportement (TC)	Il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais bien d'un état. Il s'agit d'une action ou d'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 (6). Pour établir un indicateur de TC, l'EGCP-II-R est essentiel. Dans le cadre du présent programme, on ne parle pas ici seulement d'agitation ou de comportements perturbateurs¹, mais bien d'un ensemble de comportements qui portent atteinte aux droits, aux intérêts ou au bien-être de l'utilisateur ou d'un autre colocataire.
Trouble grave du comportement (TGC)	« Un trouble 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 » (6). Tout comme le TC, la présence potentielle d'un TGC peut être suspectée par la grille de dépistage rapide du SQETGC, mais seul l'EGCP-II-R peut l'établir.

¹ À noter que l'OCCI ainsi que la documentation liée aux symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD) utilisent aussi le terme « trouble du comportement » pour qualifier l'agitation et les comportements perturbateurs. Ces deux sources visent davantage les personnes vieillissantes. Ainsi, ces définitions ne sont pas retenues dans le présent document. Ce sont celles du Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) pour la clientèle DI-TSA qui est utilisé dans ce document, puisque ce programme concerne une clientèle présentant une DI.

Introduction

La Maison des Tournesols est un micromilieu de dix places dont la **mission est régionale** : elle peut accueillir des personnes provenant de tous les territoires de la Montérégie (Est, Ouest et Centre).

Elle héberge des adultes qui :

- ✓ Présentent des limitations sévères dans la réalisation des habitudes de vie, lesquelles entraînent des besoins de soutien et d'assistance importants et quotidiens, tant sur le plan des **soins** que sur celui de la réadaptation;
- ✓ Présentent une **déficiência intellectuelle**, généralement de niveau sévère à profonde;
- ✓ Peuvent présenter un **polyhandicap** ;
- ✓ Manifestent, à leur arrivée des **comportements problématiques**, pouvant parfois être suffisamment importants pour être qualifiés de troubles du comportement (TC), mais sans être qualifiés de troubles graves du comportement (TGC) ;
- ✓ Peuvent présenter des **comportements perturbateurs**, mais qui, lorsqu'ils sont bien encadrés, ne nuisent pas à la qualité de vie des autres personnes hébergées.

Ce micromilieu, construit en 2022 sur le terrain du Centre d'hébergement Cécile-Godin, situé à Beauharnois, a vu le jour pour répondre aux besoins précis de cette clientèle et il a été aménagé en conséquence. Il comprend : une salle commune, une salle d'exercice, une salle multifonctionnelle (pour répondre à des besoins sensoriels ou de réadaptation) de réadaptation, des espaces individuels qui favorisent les apprentissages, des espaces réservés aux rencontres familiales ainsi que des espaces extérieurs avec des équipements adaptés.

Deux directions cliniques du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest sont investies dans ce programme :

- La Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA) ;
- La Direction des programmes Déficiences (DPD).

Ces deux directions, soucieuses d'avoir des pratiques basées sur les données probantes ainsi qu'une vision claire et commune, adoptent ce programme clinique qui permet de :

- ✓ Définir la problématique ayant motivé la création de la maison et la clientèle cible qu'elle héberge;
- ✓ Établir les objectifs recherchés auprès de cette clientèle;
- ✓ Présenter les assises théoriques sur lesquelles les intervenant·es doivent se baser pour intervenir auprès de cette clientèle ;
- ✓ Préciser les compétences attendues ainsi que les rôles et les responsabilités des intervenant·es qui œuvrent dans ce programme ;
- ✓ Établir clairement les mécanismes de référence au programme;
- ✓ Recenser les stratégies d'intervention permettant d'atteindre les objectifs du programme.

À la page suivante, le tableau I résume le contenu du présent programme clinique. Il offre un regard global sur le document.

Tableau I Programme d'hébergement et de services à la Maison des Tournesols	
Clientèle cible	• 18 ans et plus • Ayant généralement un diagnostic de DIS ou de DIP et pouvant présenter un polyhandicap • Présentant des limitations sévères dans la réalisation des habitudes de vie, lesquelles entraînent des besoins de soutien importants autant sur le plan des soins que sur celui de la réadaptation • Ayant un profil ISO-SMAF de 11 à 14 • Adoptant, à leur arrivée, des comportements problématiques, pouvant aller jusqu'à un TC (sans TGC) mais qui, lorsqu'ils sont bien encadrés, ne nuisent pas à la qualité de vie des autres personnes hébergées. • Ayant un besoin de développement, de maintien des habitudes de vie et de stimulation spécifique.
Objectif général	Être hébergée dans un milieu de vie stimulant, adapté et dynamique qui répond à ses besoins et lui permet d'optimiser son plein potentiel et sa qualité de vie dans l'ensemble des sphères de sa vie.
Objectifs spécifiques	Afin d'atteindre l'objectif général, il est attendu que dans le cadre de ce programme, la personne hébergée puisse... • Se sentir incluse dans un milieu de vie sécurisant; • Prendre part à ses soins et services adaptés à ses besoins; • Réduire la manifestation de ses comportements problématiques; • Développer ou maintenir son autonomie dans son quotidien et son autodétermination dans les décisions qui la concernent; • Favoriser sa socialisation et sa participation à des activités significatives.
Théorie	Concepts • Dignité • Gestion des risques calculés • Autodétermination • Autonomisation • Pratiques collaboratives
	Modèles • MDH-PPH • Écosystémique
	Approches • Approche de l'analyse appliquée du comportement • Approche positive • Approche de partenariat
Stratégies d'intervention	Interventions en lien avec... ✓ L'horaire occupationnel personnalisé, stimulant et équilibré ✓ La communication ✓ Les activités de la vie quotidienne (AVQ) ✓ Les activités de la vie domestique (AVD) ✓ L'état de santé ✓ L'activité physique ✓ La socialisation et les loisirs ✓ Les comportements ✓ Les proches et les personnes proches aidantes ✓ L'environnement ✓ Les modalités alternatives
Processus clinique	*PI : pour la Maison des Tournesols, chaque colocataire a un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) qui permet de coordonner les différents plans d'intervention disciplinaires (PID). En raison du profil de la clientèle, des objectifs communs, notamment liés aux comportements, sont nécessaires.

1. Définition de la problématique et clientèle cible

1.1. Clientèle cible

La Maison des Tournesols accueille une clientèle âgée de 18 ans et plus qui présente une **déficiência intellectuelle** (DI), généralement de niveau sévère (DIS) à profonde (DIP). Les personnes qui y sont hébergées manifestent des **comportements problématiques** qui nécessitent l'intervention quotidienne d'une **équipe de réadaptation**. Elles ont un **profil de besoins** correspondant aux profils ISO-SMAF de 11 à 14 et nécessitent donc aussi quotidiennement l'intervention d'une **équipe de soins**. C'est en fait la **collaboration de ces deux équipes** qui permet de répondre aux besoins de la clientèle cible.

À la Maison des Tournesols, le terme **colocataire** est utilisé pour nommer la personne hébergée. Ce terme démontre davantage le lien recherché entre la personne et les autres personnes hébergées. Il est donc employé dans ce document, en alternance avec le terme personne hébergée afin de faciliter la lecture.

Déficiência intellectuelle

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – cinquième édition* (DSM-5) définit la DI² comme un trouble se caractérisant par une atteinte du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui débute durant la période développementale (7).

Le Tableau II présente les critères diagnostiques de la DI du DSM-5.

Tableau II - Critères diagnostiques de la DI

Critères diagnostiques de la déficiência intellectuelle (7)
Les trois critères suivants doivent être présents :
• Déficiência 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. • Déficiência des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale³. Sans assistance au long cours, les déficiences adaptatives limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale et l'indépendance dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité. • Début du déficiência intellectuel et adaptatif pendant la période du développement.

Il existe quatre niveaux de DI : **léger, modéré, sévère⁴, profond**. Cette classification réfère aux degrés de gravité de la DI en fonction des aptitudes de la personne. Les DI sévère et profonde constituent les degrés les plus graves. Les différences à considérer entre ces deux niveaux de sévérité sont notamment, une plus grande passivité et moins de comportements perturbateurs chez les personnes présentant une DI profonde que celles présentant une DI sévère (8).

² À noter que le DSM-5 adopte les termes « handicap intellectuel » ou « trouble du développement intellectuel ». Le terme DI est largement établi au Québec et réfère aux mêmes caractéristiques, c'est pourquoi son utilisation est privilégiée dans le texte.

³ En d'autres mots, cela signifie que les personnes ayant une DI ne sont pas aussi autonomes que les autres personnes au sein de la société.

⁴ Précisions sur la terminologie utilisée : depuis 2015, le terme « sévère » a été remplacé par « grave » dans la littérature scientifique francophone. Néanmoins, le terme « sévère » est encore celui qui est privilégié dans les organisations scolaires ainsi que dans celles du réseau de la santé et des services sociaux. Ce document pourra être modifié lorsque la terminologie usuelle changera.

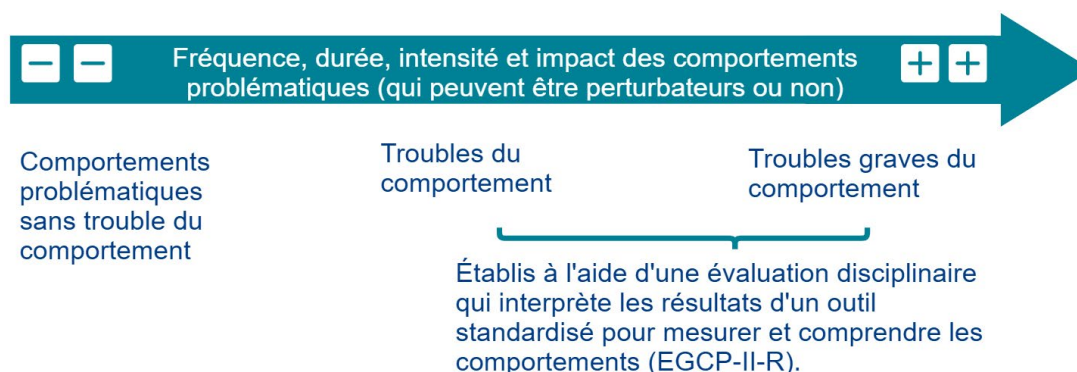
Les personnes ayant une **DIS et DIP** présentent des **limitations sévères dans la réalisation des habitudes de vie**, lesquelles entraînent des besoins de soutien⁵ importants.

 L'Annexe A présente les principales atteintes chez les personnes présentant une DIS ou DIP.

Comportements problématiques

Les comportements problématiques se situent sur un continuum, selon l'importance de leurs fréquences, impacts et intensités, représentés par la Figure I :

Figure I – Continuum des comportements problématiques



À leur arrivée, les colocataires présentent des comportements problématiques, avec ou sans TC, mais ne devraient pas présenter un trouble grave du comportement (TGC). Ces comportements ne doivent pas nuire à la qualité de vie des autres colocataires.

Un TGC pourrait toutefois se développer **en cours de séjour**, auquel cas les interventions préconisées dans la section *Stratégies d'intervention* seront à actualiser afin de résorber le TGC.

L'inverse pourrait également se produire : une personne présentant des comportements problématiques pourrait, grâce aux interventions et aux aménagements de son environnement, ne plus en présenter du tout, ou très peu, en cours de séjour. Ces personnes ont aussi leur place à la Maison des Tournesols, tant et aussi longtemps qu'elles requièrent l'intervention du personnel de soins ainsi que du personnel de réadaptation au quotidien.

Voici quelques exemples de comportements problématiques (6) :

- **Des comportements stéréotypés** (6)
Exemples : faire des sons ou des actions à répétition.
- **Des comportements d'automutilation** (6);
Exemples : se pincer, se frapper.
- **Des comportements pouvant causer des blessures ou détruire des biens** (6)
Exemples : frapper les autres, lancer des objets.
- **Des comportements sociaux inadéquats**
Exemples : faire du bruit en mangeant, se tenir trop près d'autrui.
- **Des comportements nuisant à la quiétude** (10)
Exemples : crier, cogner un mur, tirer sur un chandail.
- **Des comportements sexuels inappropriés** (10)
Exemples : se déshabiller au mauvais endroit, toucher sans consentement.

⁵ Les besoins de soutien « réfèrent aux types et à l'intensité du soutien nécessaire à une personne pour participer aux activités liées au fonctionnement humain typique » (9).

L'apparition de ces comportements chez les personnes présentant une DI doit être considérée comme une tentative de répondre à un besoin, bien souvent celui de communiquer en réponse à un stress environnemental.

À noter qu'une section intitulée « Comportements » se trouve dans les outils de cheminement clinique informatisés (OCCI). C'est à l'intérieur de cette section que sont répertoriés les comportements des personnes avant qu'elles ne soient hébergées. Les colocataires de la Maison des Tournesols obtiennent généralement une cotation de -2.

Profil de besoins

La clientèle de la Maison des Tournesols affiche un profil de fonctionnement correspondant aux **profils ISO-SMAF de 11 à 14**. Ces quatre profils correspondent à ceux dont l'atteinte de l'autonomie est la plus sévère.



Se référer à l'[Annexe B](#) pour plus de détails sur les profils ISO-SMAF.

Les personnes hébergées à la Maison des Tournesols ont donc besoin d'un éventail de soins et services **adaptés** qui prend en considération :

- Leurs **besoins complexes et variés**;
- Leur **vulnérabilité** de la personne;
- Leur **sécurité**;
- Le **risque accru d'épuisement parental** ou de **précarité du réseau de soutien** de la personne;
- Le besoin de **soutien continu** et particulièrement **accru** lorsque la personne doit s'adapter à de nouvelles situations.

Pour la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (AVQ) ou pour ses besoins de nature plus physique, la clientèle présentant ce profil de besoin nécessite au quotidien l'intervention d'une équipe de soins.

La Figure II répertorie les caractéristiques et les besoins possibles de la clientèle-cible (11,12) :

Figure II - Portrait de la clientèle-cible



Malgré ces différentes limitations, les personnes hébergées ont tout de même la capacité de :

- ✓ Participer et prendre des décisions quant aux activités, aux soins et aux services qu'elles reçoivent (autodétermination);
- ✓ Accéder à une qualité de vie satisfaisante;
- ✓ Être heureuses;
- ✓ Se développer dans toutes les sphères de leur vie.

1.2. Problématique

Le profil de clientèle décrit dans le programme de la Maison des Tournesols représente une minorité des personnes hébergées actuellement en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

En effet, la clientèle hébergée en CHSLD est majoritairement composée de « personnes âgées en grande perte d'autonomie qui présentent des incapacités significatives et persistantes en raison de problèmes de santé liés au vieillissement ou de maladies chroniques » et qui peuvent présenter des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (13).

En comparaison, le profil de clientèle de la Maison des Tournesols (**clientèle plus jeune**), a des **besoins particuliers de stimulation** afin d'optimiser leur participation sociale et de développer et maintenir leur autonomie. En CHSLD, ces personnes risquent donc de ne pas recevoir les services

nécessaires correspondant à leurs besoins spécifiques, en plus d'être entourées de personnes qui ne leur ressemblent pas.

Actuellement, la majorité des parents prenant soin d'un enfant présentant un polyhandicap refusent un placement en CHSLD, même s'il s'agit de la seule voie possible (12). Bien qu'il existe d'autres types d'hébergement spécialisé en DI-TSA (résidences à assistance continue (RAC), ressources intermédiaires (RI), ressources de type familial (RTF)), les besoins de la clientèle cible identifiée dans le présent programme sont trop grands pour que ces hébergements puissent y répondre adéquatement.

En effet, le potentiel de réadaptation, présent, mais limité des personnes hébergées à la Maison des Tournesols, combiné avec leurs besoins de soutien importants sur le plan des soins et de la gestion de leurs comportements démontrent l'incompatibilité avec ces types d'hébergement. La Maison des Tournesols s'est donc imposée comme la seule voie possible pour répondre adéquatement aux besoins des colocataires⁶.

Les colocataires partagent les mêmes besoins fondamentaux dont (14) :

- ✓ Le **besoin d'appartenance** à une communauté particulière ou à un réseau social ainsi que d'avoir une place légitime d'importance dans la société générale;
- ✓ Le besoin d'avoir du **pouvoir sur sa destinée**;
- ✓ Le besoin de **liberté**, particulièrement la liberté de faire des **choix** personnels pour sa vie;
- ✓ Le besoin d'avoir du **plaisir** dans des contextes variés et des circonstances de son propre choix.

Il importe de souligner que toute personne ayant un polyhandicap ou des limitations significatives peut vivre une vie significative, avec un haut niveau de soutien dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) (15). Ces personnes ont donc besoin d'un milieu de vie stimulant et dynamique, doté d'adaptations pour :

- ✓ Répondre à leurs besoins;
- ✓ Avoir une bonne qualité de vie;
- ✓ Ressentir du bien-être;
- ✓ Maintenir ou améliorer leur capacité fonctionnelle optimale (16).

Pour répondre aux besoins de cette clientèle, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite revoir la vision ainsi que les valeurs de ces milieux d'hébergement. Selon le MSSS (13), les milieux d'hébergement devraient viser :

- ✓ « La préservation de l'autonomie des personnes hébergées (...);
- ✓ La reconnaissance du fait que le résident et ses proches ont le double statut d'usagers et de partenaires;
- ✓ Le respect de la capacité des personnes à prendre des décisions sur des questions qui les concernent;
- ✓ La promotion d'un accompagnement personnalisé où la souplesse organisationnelle est valorisée, c'est-à-dire l'adaptation des soins et des services aux caractéristiques personnelles des résidents, dans le respect de leur identité, de leur dignité et de leur intimité;
- ✓ L'engagement et la collaboration dans l'établissement de partenariats visant une réponse créative et innovatrice aux besoins des résidents (ex. : programme de bénévolat, reconnaissance et soutien de la volonté d'engagement des proches et des familles);

⁶ Il est à noter que la Maison des Tournesols a vu le jour avant que se déploient les *Maison des aînés et maisons alternatives*. Il serait possible de voir apparaître des maisonnées au sein de maisons alternatives regroupant des personnes dont le profil est similaire à celui de la clientèle de la Maison des Tournesols. Ce n'est toutefois pas encore le cas au moment où ce programme est rédigé.

- ✓ L'assurance, par l'établissement, d'une offre élargie de services variés, de qualité, sécuritaires et adaptés aux résidents;
- ✓ La prévention, qui conduit à une moins grande demande de soins. »

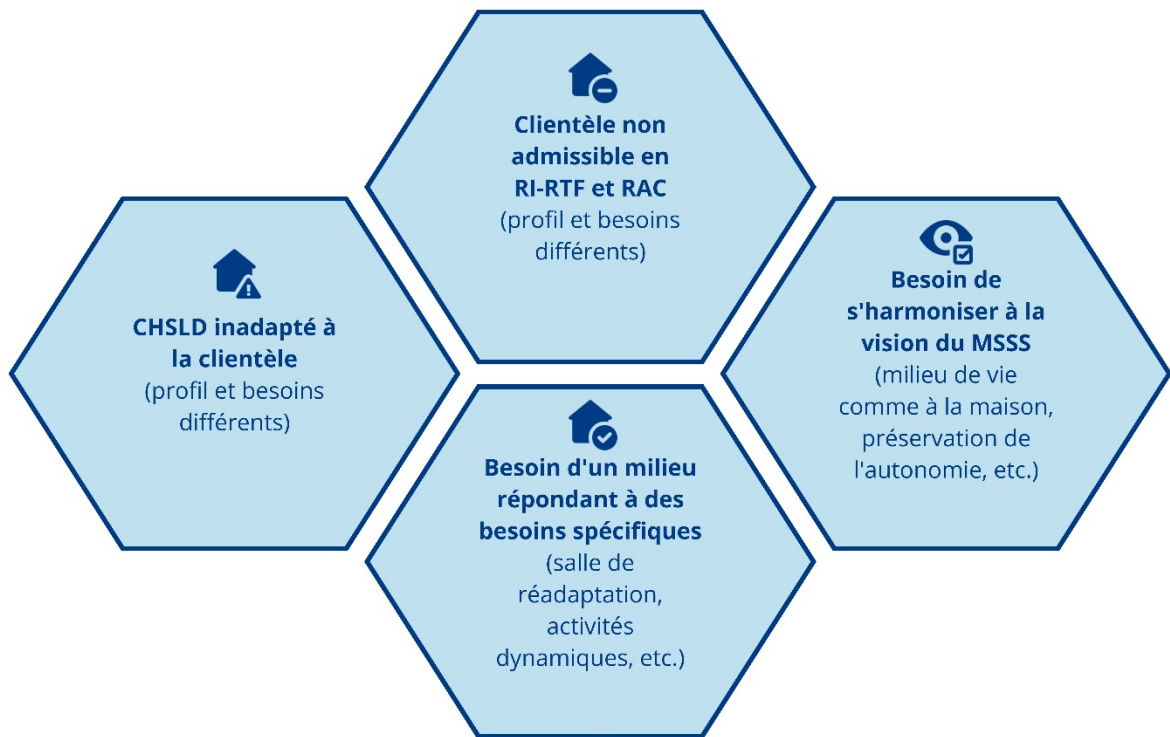
En développant le programme de la Maison des Tournesols, le CISSS de la Montérégie-Ouest souhaite :

- ✓ Offrir un milieu de vie adapté qui répond aux multiples besoins des personnes hébergées et de leurs proches, permettant d'assurer leur sécurité et leur bien-être;
- ✓ S'harmoniser à la vision et aux valeurs du MSSS en matière d'hébergement.

En résumé

La Figure III répertorie la problématique qui motive la rédaction de ce programme.

Figure III - Portrait de la problématique



2. Objectifs

2.1. Objectif général

Ultimement, le programme d'hébergement et de services à la Maison des Tournesols vise pour la personne qui en bénéficie, qu'elle puisse :

Être hébergée dans un milieu de vie stimulant, adapté et dynamique qui répond à ses besoins et lui permet d'optimiser son plein potentiel et sa qualité de vie dans l'ensemble des sphères de sa vie.

2.2. Objectifs spécifiques

Afin d'atteindre l'objectif général, ci-haut mentionné, il est attendu que dans le cadre de ce programme, la personne hébergée puisse :

- ✓ Se sentir incluse dans un milieu de vie sécurisant et sécuritaire;
- ✓ Prendre part à ses soins et ses services adaptés à ses besoins;
- ✓ Développer ou maintenir son autonomie dans son quotidien;
- ✓ Favoriser son autodétermination dans les décisions qui la concernent;
- ✓ Favoriser sa socialisation et sa participation à des activités significatives;
- ✓ Réduire la manifestation de ses comportements perturbateurs.

Ces objectifs sont conformes aux besoins de la clientèle-cible ainsi qu'aux orientations du MSSS. À cet effet, ils prennent racine au cœur de deux documents du ministère, publiés en 2021, soient :

[!\[\]\(9cc80862e225935f5e2ce39495f8c582_img.jpg\) La Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée](#)
[!\[\]\(61d994ce6ab49eb913df74f27f0b7005_img.jpg\) La Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme.](#)

Les sections suivantes visent toutes à illustrer de quelle manière il est possible de répondre à ces objectifs.

3. Théorie

3.1. Cadre conceptuel

Les services offerts à la Maison des Tournesols s'appuient sur des éléments théoriques dont la plupart sont décrits dans le *Processus clinique de la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie* (à venir) ainsi que dans le [*Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*](#). Ces deux documents sont les assises du présent programme comme le démontre la Figure IV.



Dans un souci d'efficience, les éléments théoriques de ces deux documents ne seront pas redéfinis. Les modèles conceptuels résumés dans les annexes [C](#) et [D](#) . Les processus cliniques doivent être consultés à cet effet.

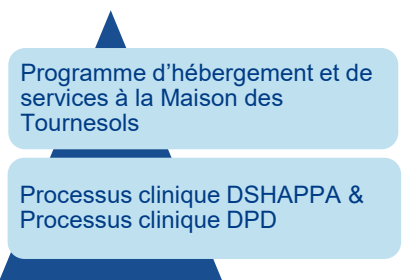
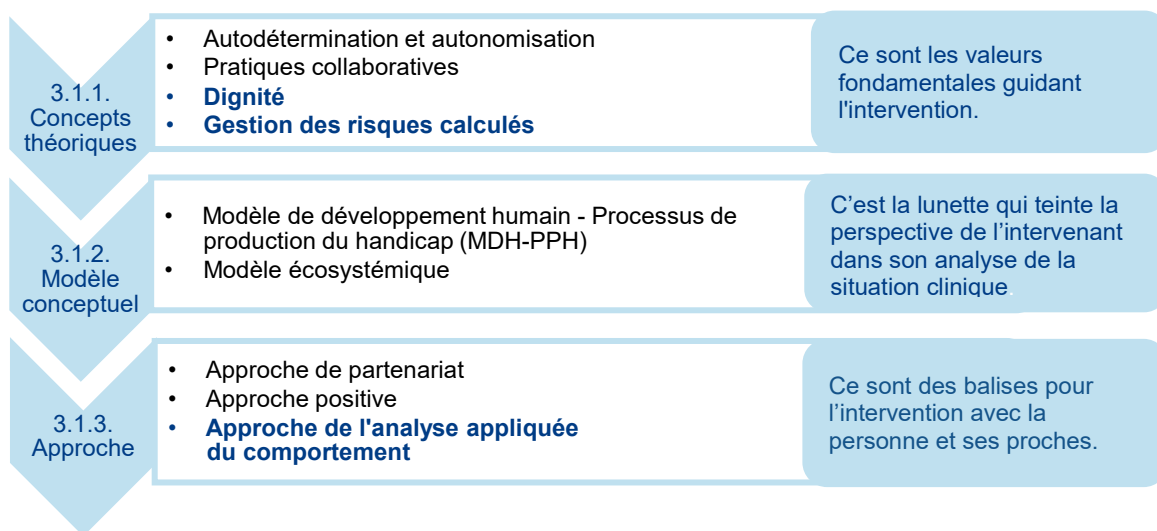


Figure IV

Ces deux processus sont cohérents et complémentaires. La Figure V illustre les concepts présents dans les processus cliniques ainsi que les **éléments spécifiques au présent programme (en gras)** qui sont décrits ci-dessous.

Figure V - Concepts théoriques



3.1.1. Concepts théoriques

L'intervenant·e œuvrant dans le cadre du programme adopte les valeurs fondamentales qui guident son intervention au sein de la Maison des Tournesols.

Dignité

La dignité signifie que les personnes ont une valeur absolue qui doit être reconnue et respectée. Actualiser la dignité, c'est d'abord reconnaître que chaque individu est une personne distincte capable de penser, de ressentir et d'aimer. Cela implique donc de respecter leurs droits et libertés, mais aussi de les considérer en tant que personne unique et entière (18).

« En ressource d'hébergement, tous les acteurs y œuvrant se doivent d'être présents, sensibles et bienveillants envers les personnes hébergées. C'est à eux qu'incombe la tâche d'aller à la rencontre de la personne hébergée, de l'informer adéquatement, de l'écouter, mais également d'observer ses faits et gestes afin de bien comprendre ses besoins et ses souhaits. Ainsi, la personne peut vivre selon ses valeurs et poursuivre son parcours de vie dans la confiance et le respect de son unicité. » (5)

Gestion des risques calculés

Adopter une gestion des risques calculés, c'est permettre à la personne hébergée de favoriser son **autonomie**, sa dignité et son **autodétermination**. Pour les employés, il s'agit de tolérer les risques qui sont favorables à la personne et qui lui permettent de vivre avec moins de contraintes. La personne hébergée ou la personne qui la représente a le droit de prendre des décisions qui peuvent constituer des risques tant et aussi longtemps qu'elles :

- Soient prises de manière libre et éclairée par la personne hébergée ou celle qui la représente;
- N'entraînent pas des conséquences néfastes pour les autres;
- Soient empreintes de sens pour elle et pour ses proches lorsqu'applicable (5).

Pour actualiser cette valeur, les intervenant·e·s de la Maison des Tournesols doivent transmettre aux colocataires ainsi qu'à leur famille toutes les informations pertinentes à la prise de décision. Ces informations vont au-delà du champ d'expertise de l'intervenant·e et doivent comprendre les effets (avantages et inconvénients) sur toutes les sphères de vie, dont la santé physique et psychologique, la socialisation, le confort, l'autonomie, etc. L'intervenant·e se doit aussi d'adopter une attitude d'ouverture face aux risques potentiels, même si les décisions prises peuvent parfois contrevenir à ses propres valeurs.

3.1.2. Modèle conceptuel

L'intervenant·e est libre de choisir le modèle théorique qui lui convient le mieux pour analyser la situation clinique, les deux étant valides pour la clientèle du présent programme. Un résumé de ces deux modèles conceptuels se trouve en annexe :

-  [Annexe C : Modèle MDH-PPH](#)
-  [Annexe D : Modèle écosystémique](#)

3.1.3. Approches

Toutes les approches indiquées dans la figure V sont des approches recommandées auprès de la clientèle-cible. **L'approche de partenariat** et **l'approche positive**, décrites dans les processus cliniques à la base du présent programme, mettent de l'avant la dignité humaine et la participation active de la personne, tant dans son milieu de vie que dans les décisions qui la concernent. Elles devraient systématiquement être utilisées en complémentarité avec l'approche spécifique⁷ au programme : **l'analyse appliquée du comportement (AAC)**.

Approche de l'analyse appliquée du comportement

L'AAC est « une approche structurée basée sur la théorie du comportementisme et qui utilise des méthodes spécifiques pour enseigner un comportement socialement approprié » (20).

L'AAC vise deux objectifs principaux (20) :

- Développer et augmenter les compétences et les comportements socialement adaptés;
- Diminuer les comportements socialement inadaptés.

En :

- Analysant et découpant des tâches complexes en étapes plus simples.
- Identifiant des gratifications individualisées et adaptées pour créer un environnement d'apprentissage agréable et motiver la personne à travailler.

⁷ À noter qu'il existe peu d'études sur l'efficacité des approches cliniques chez les personnes adultes ayant une DI, encore moins chez celles ayant une DIS ou une DIP. Les approches comportementales, telles que l'AAC, sont toutefois les plus prometteuses pour les personnes présentant une DI, lorsqu'elles sont combinées avec une saine gestion de la médication de l'utilisateur (19).

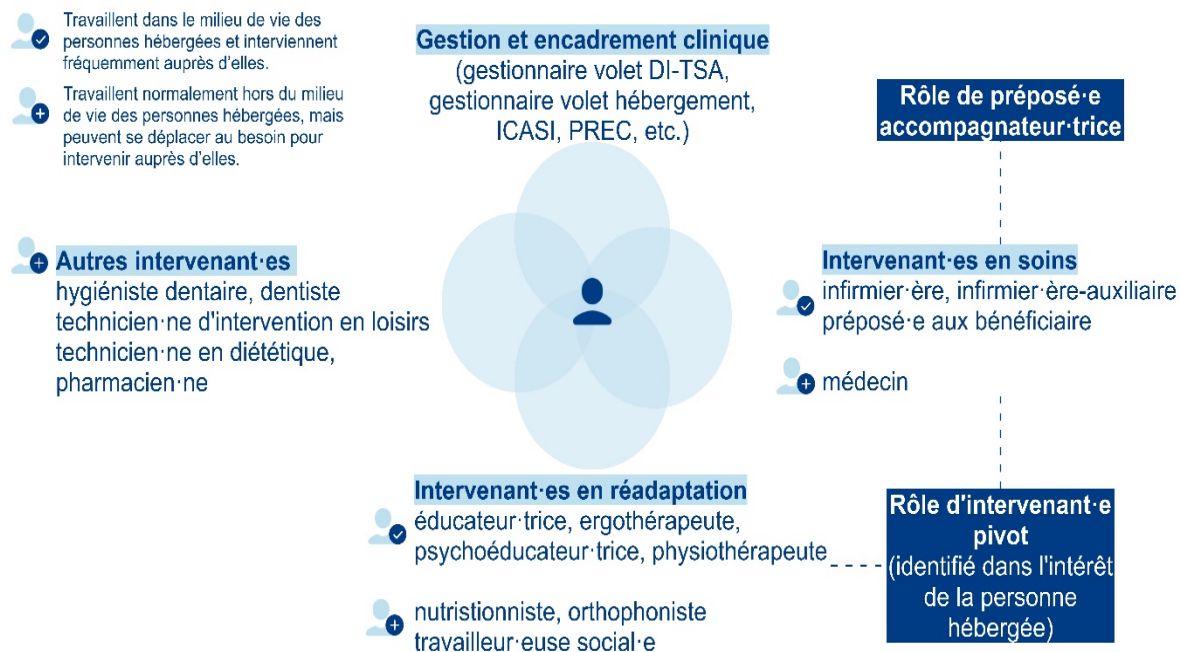
- Apportant l'aide nécessaire telle que la guidance ou l'incitation nécessaire pour réussir une tâche difficile sans être en échec.
- Sollicitant l'engagement des proches et des personnes significatives de l'utilisateur pour généraliser les compétences hors de l'environnement d'apprentissage intensif et qu'elles aient un impact bénéfique sur la qualité de vie de l'utilisateur. » (11)

4. Ressources

4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités

Les membres de l'équipe de la Maison des Tournesols sont appelés à travailler selon les principes de la **collaboration interprofessionnelle** pour répondre aux besoins des colocataires, comme l'illustre la figure VI.

Figure VI - Équipe de la Maison des Tournesols



les responsabilités de chacun. Ils sont regroupés en catégories et classés par ordre alphabétique afin de faciliter la lecture du document. Leur direction de provenance sera indiquée entre parenthèses.

En l'absence d'un titre d'emploi ou d'un rôle dans l'équipe, il y a nécessairement une réorganisation des rôles et des responsabilités afin d'assurer le maintien des services. L'intervenant-e est appelé-e à se référer à son ou sa gestionnaire pour toutes questions.

Rôle d'intervenant·e-pivot (DPD ou DSHAPPA)

L'intervenant·e-pivot est responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Son rôle consiste à assurer un parcours de service fluide, favorisant l'adaptation et la réadaptation de la personne hébergée. Cette personne participe à chaque étape du processus clinique. Elle maintient aussi le contact avec l'ensemble de l'équipe ainsi qu'avec la famille des personnes hébergées (21).

La personne assumant la fonction pivot est appuyée par les membres de l'équipe interdisciplinaire, lesquels s'engagent dans la réalisation du PII et des interventions qui en découlent. En lien avec le PII spécifiquement, l'intervenant·e-pivot a comme responsabilité de :

- S'assurer de l'élaboration, de l'application et de la révision du PII;
- Rassembler les intervenant·es (PII) et les partenaires pouvant collaborer à l'évaluation globale des besoins et animer la rencontre;
- S'assurer de la complémentarité entre les soins et services mis en place, de la cohérence des interventions et de la cadence appropriée pour la dispensation des services en lien avec le plan d'intervention;
- S'assurer de la participation de la personne hébergée et de sa famille au PII.

De plus, l'intervenant·e-pivot a le mandat de :

- Favoriser la transmission des informations pertinentes entre la personne hébergée, les proches, les intervenant·es et les partenaires;
- S'assurer que les échanges de renseignements requis pour la continuité des soins et des services soient effectués au moment opportun;
- S'assurer que la personne hébergée et ses proches soient accompagnés et soutenus dans le processus d'obtention des services;
- Réunir l'équipe afin d'élaborer en collaboration un horaire occupationnel adapté aux besoins de la personne hébergée;
- Lorsque requis, participer à la coordination des interventions avec les partenaires.

Il est à noter que l'intervenant·e-pivot n'exerce aucune autorité hiérarchique sur les intervenantes et partenaires engagées dans l'offre de soins et de services. Par ailleurs, la réponse aux besoins de la personne hébergée demeure une responsabilité partagée par l'équipe. L'intervenant·e-pivot n'est pas responsable ni imputable des interventions spécifiques réalisées par chacun et chacune.

À l'accueil d'une nouvelle personne hébergée, l'équipe identifie l'intervenant·e-pivot. Le choix est réalisé selon les besoins et dans l'intérêt de la personne hébergée. Le rôle de pivot peut changer dans un dossier en fonction de l'évolution des besoins des colocataires et en fonction des ressources humaines disponibles.

Rôle de préposé·e accompagnateur·trice (DSHAPPA)

C'est un·e préposé·e aux bénéficiaires (PAB) qui assume ce mandat. En plus de ses rôles et responsabilités en tant que PAB (voir description plus bas), elle est la personne désignée et associée à la personne hébergée **dès son accueil**.

De par ce rôle :

- S'informe auprès de la personne hébergée et de ses proches de l'histoire et des faits marquants de la vie de la personne et de la façon dont cela se traduit au quotidien;
- Soutient, en collaboration avec l'intervenant·e-pivot, la personne hébergée et ses proches lorsque vient le temps de prendre une décision qui concerne le respect de ses besoins, de ses valeurs et croyances ainsi que de ses habitudes de vie. Elle connaît et utilise « **l'histoire de vie** » comme outil d'accompagnement;
- S'assure qu'un résumé de l'histoire de vie et du projet de vie est disponible dans la chambre de la personne;
- S'informe sur les goûts et les habitudes de vie de la personne hébergée afin de faciliter l'adaptation et la qualité de vie de celle-ci dans son nouveau milieu et collabore à intégrer ces préférences dans la planification des achats du milieu de vie;
- S'assure, tout comme l'intervenant·e-pivot, de faire circuler l'information pertinente concernant la personne aux autres membres de l'équipe et oriente les demandes d'informations des proches et des personnes hébergées vers les bonnes personnes-ressources;
- Valorise la présence et la participation des proches. Par exemple, les soutient pour la prise de décisions relatives à la personnalisation des espaces de vie;
- Veille à ce que soient identifiés les vêtements et effets personnels;
- Participe aux rencontres interdisciplinaires et collabore à la préparation, à l'élaboration et au suivi du PII.

La personne hébergée et ses proches sont informés dès l'admission qu'il s'agit de leur **personne de référence**. Sa présence auprès de la personne hébergée demeure **constante** durant tout le séjour et sa relation de grande proximité avec la personne hébergée fait d'elle un·e intervenant·e essentiel·le.

Gestion et encadrement

Ici est regroupé le personnel ayant des fonctions d'encadrement clinique et/ou de gestion.

		Rôle et responsabilité	S'y référer...
Volet gestion	Chef d'unité volet hébergement (DSHAPPA)	Le ou la gestionnaire chef d'unité est responsable de coordonner les différentes activités du milieu de vie.	Supervisent les activités cliniques et administratives de leur direction respective. Se coordonnent pour arrimer les soins et les services dispensés par les deux directions pour répondre aux besoins des colocataires ✓ Après avoir consulté l'ICASI, pour toutes questions de nature administrative si vous appartenez à la DSHAPPA; ✓ Pour la gestion du milieu de vie, que vous apparteniez à la DSHAPPA ou la DPD (environnement, matériel); ✓ En l'absence de l'ICASI, pour toutes problématiques terrain qui requièrent une décision immédiate (présence sur place).
	Gestionnaire volet DI-TSA (DPD)	Le ou la gestionnaire volet DI-TSA apporte son soutien en lien avec la gestion de situations concernant la réadaptation de la clientèle, notamment les comportements problématiques.	Favorisent l'interdisciplinarité et la participation des membres de l'équipe en adoptant les valeurs organisationnelles et de bonnes pratiques de gestion. ✓ Pour toutes questions de nature administrative si vous appartenez à la DPD; ✓ Pour la gestion du personnel DPD; ✓ Pour l'offre de services DI-TSA.
Gestion et encadrement clinique		ICASI (DSHAPPA) L'ICASI est une personne-ressource auprès de ses collègues de l'équipe de soins tant sur le plan <u>administratif</u> que sur le plan <u>clinique</u>.	Jouent un rôle clé dans la continuité et la fluidité des soins et services en collaboration avec tous les partenaires. Favorisent le travail d'équipe et l'interdisciplinarité Veillent à ce que les intervenants qu'elles accompagnent (équipe de soins pour l'ICASI et équipe de réadaptation pour la PREC) aient les compétences nécessaires pour assumer leur rôle et leurs responsabilités afin que les besoins des usagers hébergés soient répondus. ✓ En premier, si vous appartenez à la DSHAPPA, pour toutes questions administratives et cliniques ✓ Si elle est présente sur place : pour toutes problématiques terrain qui requièrent une décision immédiate. ✓ Lors de l'implantation d'une nouvelle pratique pour les intervenant·es DSHAPPA; ✓ Lorsque vous éprouvez le besoin de développer vos compétences pour les intervenant·es de la DSHAPPA.
Encadrement clinique		Personne-ressource en encadrement clinique (DPD) La PREC a un rôle similaire à celui de l'ICASI, mais ne gère pas le volet administratif. C'est une personne-ressource pour ses collègues de la DPD sur le plan <u>clinique</u>.	✓ Pour toutes questions de nature cliniques si vous appartenez à la DPD; ✓ Lors de l'implantation d'une nouvelle pratique pour les intervenant·es de la DPD; ✓ Lorsque vous éprouvez le besoin de développer vos compétences pour les intervenant·es de la DPD.

Intervenant·es en soins

L'équipe de soins est constituée d'intervenant·es qui œuvrent :

✓ Dans le milieu de vie des personnes hébergées et interviennent fréquemment auprès d'elles.

+ Normalement hors du milieu de vie des personnes hébergées, mais qui peuvent se déplacer au besoin pour intervenir auprès d'elles.

✓ Infirmier·ère chef d'équipe (DSHAPPA)

Cette personne assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux des personnes hébergées à la Maison des Tournesols. Pour ce faire, elle collabore avec l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. Elle évalue l'état de santé, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodigue les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé.

Plus spécifiquement, les principaux mandats liés à la fonction d'infirmière chef d'équipe sont de (22) :

- ✓ Superviser, diriger, coordonner les activités des intervenant·es en soins et des stagiaires qui interviennent auprès des colocataires sous sa responsabilité;
- ✓ Identifier, communiquer et coordonner les directives visant les interventions, la surveillance et la prévention par les intervenant·es en soins et selon les priorités.

De plus, l'infirmière-chef d'équipe adopte une approche personnalisée à chaque colocataire, visant le développement et le maintien de son autonomie ainsi que sa participation maximale. L'infirmière-chef d'équipe profite des soins pour tisser un lien étroit avec la personne hébergée.

✓ Infirmière auxiliaire (DSHAPPA)

Cette personne participe à la réalisation d'un ensemble de soins infirmiers en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Ses principaux mandats sont de (23):

- ✓ Adopter une approche personnalisée à chaque personne hébergée et qui vise le maintien de l'autonomie et la participation maximale de la personne hébergée et de sa famille en tenant compte de leurs capacités ;
- ✓ Contribuer à recueillir et à documenter les données nécessaires à l'évaluation, au suivi et à la surveillance de la condition de santé de la personne hébergée ;
- ✓ Administrer les soins et traitements infirmiers et médicaux selon le plan thérapeutique infirmier (PTI), les normes, les méthodes de soins infirmiers, les politiques et les pratiques professionnelles en vigueur;
- ✓ Collaborer, contribuer et participer en interdisciplinarité au PII, aux soins et services de la personne hébergée ainsi qu'à la poursuite de ses objectifs;
- ✓ Signaler à l'infirmier·ère chef d'équipe toute manifestation inhabituelle chez la personne hébergée ou écart de la normalité dans les paramètres cliniques ;
- ✓ Susciter la participation de la personne hébergée et de ses proches dans la prise de décision et dans la mise en œuvre de PTI ;
- ✓ Participer à l'enseignement aux personnes hébergées et à leurs proches ;
- ✓ Stimuler et encourager la personne hébergée dans ses activités sociales et de divertissement.

Préposé·e aux bénéficiaires (DSHAPPA)

Le ou la PAB a comme principaux mandats de (24) :

- ✓ Adopter une approche personnalisée à chaque colocataire et qui vise le développement et le maintien de son autonomie et de sa participation maximale en tenant compte de ses capacités;
- ✓ Assurer la dignité de la personne hébergée concernant son apparence physique personnelle (propreté, coupe de cheveux, etc.);
- ✓ Collaborer, contribuer et participer en interdisciplinarité au PII, aux soins et services de la personne hébergée ainsi qu'à la poursuite de ses objectifs.
- ✓ Assister ou stimuler la personne hébergée dans ses AVQ (hygiène, alimentation, mobilisations, transferts, déplacement intérieur ou extérieur, habillement) en misant sur ses capacités pour favoriser son autonomie;
- ✓ Stimuler et encourager la personne hébergée dans ses activités sociales et de divertissement;
- ✓ Dispenser des soins pour lesquels elle est qualifiée et se référer en tout temps aux membres de l'équipe pour ce qui dépasse ses compétences;
- ✓ Assurer une surveillance étroite des personnes hébergées ayant une condition particulière liée à un état de dangerosité et de vulnérabilité;
- ✓ Observer et recueillir de l'information sur l'état de santé, les comportements, les préférences et les intérêts de la personne hébergée, et les communiquer à l'équipe interdisciplinaire en partageant ses idées, ses hypothèses et ses pistes de solutions;
- ✓ Veiller à ce que l'environnement soit sécuritaire et confortable et s'assurer de la disponibilité, de l'entretien et du bon fonctionnement de l'équipement et du matériel. Faire l'installation de certains appareils pour lesquels il ou elle est formé·e.

Médecin (DSPEM)

Le ou la médecin a comme fonction d'« évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé, prévenir et traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement. » (Office des professions du Québec, 2021, p. 13) Le ou la médecin effectue des références aux autres intervenant·es lorsque pertinent.

Intervenant·es en réadaptation (DPD)

L'équipe de réadaptation est constituée d'intervenant·es qui œuvrent :

 *Dans le milieu de vie des personnes hébergées et interviennent fréquemment auprès d'elles.*

 *Normalement hors du milieu de vie des personnes hébergées, mais peuvent se déplacer au besoin pour intervenir auprès d'elles.*

Éducatrice

L'éducatrice observe et analyse les capacités adaptatives et les difficultés d'adaptation de la personne et détermine, met en œuvre et révisé le plan d'intervention disciplinaire en partenariat avec les colocataires et leurs proches. Afin de favoriser l'adaptation à leur milieu, leur réadaptation et leur participation sociale, elle soutient l'équipe et accompagne les personnes hébergées et leurs proches. Elle peut appliquer des techniques d'éducation en utilisant les activités de la vie quotidienne, coordonner et animer des activités visant l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats (26).

À la Maison des Tournesols, l'éducatrice est appelée à :

- ✓ Collaborer à la planification, à l'organisation et à la réalisation des AVQ en partenariat avec les colocataires et les membres de l'équipe;
- ✓ Soutenir les membres de l'équipe en prévention et lors de la gestion de situations de crise par le biais de l'enseignement ainsi que de l'intervention;
- ✓ S'assurer de la disponibilité des moyens de communication à utiliser entre le colocataire, ses proches et les membres de l'équipe;
- ✓ Veiller à la compréhension et à la cohérence des interventions dans le milieu de vie;
- ✓ Etc.

Ergothérapeute

Les principales fonctions de l'ergothérapeute consistent à « évaluer les habiletés fonctionnelles de la personne, à déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de la personne, en interaction avec son environnement »(27).

À la Maison des Tournesols, l'ergothérapeute s'implique auprès de chaque colocataire pour les situations de handicap suivantes :

- ✓ Une difficulté dans l'accomplissement des AVQ tel que l'hygiène et l'alimentation;
- ✓ Un défi dans la réalisation des transferts et des déplacements;
- ✓ Un besoin de positionnement;
- ✓ Un problème relié à la dysphagie;
- ✓ Une difficulté d'ordre sensoriel;
- ✓ Une problématique complexe sur le plan de la communication entre la personne hébergée, ses proches et les membres de l'équipe;
- ✓ Etc.

Nutritionniste

Les principales fonctions de la nutritionniste consistent à « évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé » (28).

Le but de ses interventions est de maintenir, rétablir ou améliorer l'état nutritionnel, la santé et la qualité de vie du colocataire. Les stratégies d'intervention choisies dépendent des besoins, des capacités et des limites du colocataire et de son milieu (29).

La nutritionniste peut être sollicitée pour les raisons suivantes :

- ✓ Un besoin touchant la déglutition (ex. dysphagie);
- ✓ Un risque de dénutrition;
- ✓ La présence d'alimentation entérale;
- ✓ La présence de plaies de pression;
- ✓ Une perte ou un gain de poids;
- ✓ Etc.

Orthophoniste

L'orthophoniste aide les personnes de tous âges présentant des difficultés de parole, de langage, de communication, d'apprentissage et de déglutition (action de mastiquer ou d'avaler) afin de favoriser leur autonomie, leur bien-être et leur intégration dans leurs milieux de vie (30)

Les principales fonctions de l'orthophoniste sont « d'évaluer les fonctions de l'audition, du langage, de la voix et de la parole, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain en interaction avec son environnement » (27)

Le but de ses interventions est de diminuer les situations de handicap liées à la déficience langagière. Aussi, elles visent à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes de communication de la personne en interaction avec son environnement (27).

L'orthophoniste peut être sollicitée pour les raisons suivantes :

- ✓ Un besoin touchant la déglutition (ex. dysphagie);
- ✓ Un trouble de la communication qui impacte le fonctionnement au quotidien;
- ✓ En présence d'aphasie;
- ✓ Lors de grandes difficultés à exprimer ses besoins;
- ✓ Etc.

Physiothérapeute

La physiothérapeute évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliée aux systèmes neurologiques, musculosquelettique et cardiorespiratoire. Elle peut déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal de la personne hébergée (31).

Le but de ses interventions est de permettre à la personne hébergée de retrouver le maximum de ses capacités physiques selon sa condition et son potentiel de récupération afin qu'elle puisse réaliser ses activités quotidiennes. Elle intervient en prévention et en maintien des diverses capacités physiques de la personne hébergée.

La physiothérapeute peut être interpellée pour les motifs suivants :

- ✓ La présence de douleurs;
- ✓ Une difficulté à réaliser ses déplacements et transferts;
- ✓ Un déconditionnement ou un changement de la condition physique;
- ✓ La présence de troubles posturaux;
- ✓ Des difficultés de participation aux activités physiques;
- ✓ Etc.

Psychoéducatrice

Les principales fonctions de la psychoéducatrice consistent à évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne, à déterminer un plan d'intervention disciplinaire en partenariat avec celle-ci et ses proches et à en assurer la mise en œuvre. La psychoéducatrice vise aussi à maintenir, rétablir et à développer les capacités adaptatives de la personne et à contribuer au développement des conditions du milieu. Ces interventions ont pour but de favoriser l'adaptation optimale de la personne en interaction avec son environnement (25).

À la Maison des Tournesols, la psychoéducatrice s'implique auprès de chacun·e des colocataires pour un ou plusieurs des motifs suivants :

- ✓ Des comportements problématiques susceptibles d'avoir des conséquences importantes sur l'intégrité physique et psychologique de la personne hébergée, de ses proches ainsi que des membres du personnel soignant;
- ✓ Un besoin de stimulation adaptée;
- ✓ Une problématique sur le plan de la compréhension et de la communication des besoins;
- ✓ Un maintien et/ou un développement de l'autonomie;
- ✓ Une diminution de la participation, de la collaboration ou de l'engagement de la personne hébergée et ses proches.
- ✓ Etc.

Travailleuse sociale

Les principales fonctions de la travailleuse sociale consistent « à évaluer le fonctionnement social, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi qu'à soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement »(27). La travailleuse sociale peut être sollicitée pour divers motifs tels que :

- ✓ Une demande d'ouverture de régime de protection ou de réévaluation, selon la pertinence de la situation du colocataire;
- ✓ Une situation de négligence ou d'abus;
- ✓ Des difficultés de communication entre les différents systèmes de l'environnement du colocataire (proches, partenaires internes et externes);
- ✓ Etc.

Autres intervenant-es

Ces intervenant-es n'œuvrent pas quotidiennement dans le milieu de vie des personnes hébergées, même si leur travail a un impact considérable sur la qualité de vie des colocataires. Ils ou elles sont consultés ponctuellement ou au besoin.

Dentiste (DSHAPPA)

« Le dentiste est le professionnel de la santé qui voit à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement des déficiences et des anomalies de la dentition, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain. » (32)

Hygiéniste dentaire (DSHAPPA)

« Elle collabore aux différents programmes de dépistage et assiste le ou la dentiste dans l'exercice de ses fonctions. Elle applique et enseigne en matière de prévention et de soins dentaires, les techniques d'hygiène dentaire. Elle voit à l'application topique des agents anticariogènes. Elle procède au nettoyage, au détartrage et au polissage des dents, effectue l'examen oral préliminaire et l'anamnèse. » (33)

Technicien·ne d'intervention en loisirs (DSHAPPA)

La technicienne d'intervention en loisirs planifie, gère et organise « des activités individuelles ou de groupe, à caractère sportif, ludique ou socioculturel, qui favorisent l'atteinte d'objectifs thérapeutiques, le bien-être et la réadaptation des personnes hébergées. Elle peut élaborer des programmes récréatifs, fournir des observations sur le comportement et les attitudes des personnes hébergées et participer à l'analyse des besoins en matériel ainsi qu'à diverses réunions où sa présence est requise. » (34)

À la Maison des Tournesols, la technicienne d'intervention en loisirs travaille étroitement avec l'éducatrice dans l'organisation et l'application des programmes d'activités de loisirs ou d'événements. Enfin, elle est appelée à transmettre aux membres de l'équipe ses observations relatives aux événements vécus avec les colocataires afin de guider leurs propres interventions.

Technicien·ne en diététique (DL)

À la Maison des Tournesols, ce mandat consiste à coordonner la production et la distribution des aliments en s'assurant d'appliquer toutes les normes reliées à l'hygiène, la salubrité, la santé, la sécurité et les lois concernant l'alimentation. Cette personne s'assure que les recommandations concernant l'apport alimentaire données par les différents professionnel·les de l'équipe interdisciplinaire soient suivies (35). Pour ce faire, elle organise le menu des colocataires en assurant une concordance entre les recommandations émises et ce qu'il est possible de leur offrir en considérant la disponibilité des aliments et leurs préférences alimentaires. Elle participe également à la collecte de données sur les préférences, les aversions et les particularités alimentaires des colocataires. Ce faisant, lorsqu'elle détecte des situations pouvant être un enjeu de santé, elle fait le lien avec les professionnel·les concerné·es et porte ces situations à leur attention. Elle travaille donc en étroite collaboration avec la nutritionniste, mais également avec les autres professionnelles de l'équipe clinique lorsque requis.

Pharmacien·ne (DSPEM)

Elle a comme rôle d'évaluer « la thérapie médicamenteuse » ; d'assurer « l'usage approprié des médicaments afin de détecter et de prévenir les problèmes liés aux médicaments » ; de préparer, conserver et remettre « des médicaments dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes » (36).

4.2. Développement des compétences

Les **profils de compétences** précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenant·es dans l'exercice de leurs fonctions.

- Pour les intervenant·es de la catégorie 1, se référer au [Référentiel de compétences pour les employés de la catégorie 1](#)
- Pour les intervenant·es de la catégorie 4, se référer au [Cadre de référence sur les profils de compétences - Employés de la catégorie 4](#) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021)

Pour ce qui est des **compétences générales** requises pour l'ensemble du personnel œuvrant à la Maison des Tournesols, se référer aux processus cliniques de la DSHAPPA et de la DPD.

Des activités de développement des compétences et de perfectionnement pourront être déployées pour répondre aux besoins spécifiques du personnel œuvrant au **programme d'hébergement et de services à la Maison des Tournesols**. En cohérence avec les champs d'exercices, les rôles et responsabilités du personnel et les besoins de la personne hébergée, ces activités de développement des compétences devraient permettre :

- ✓ D'adapter et de personnaliser la prestation de soins et services au profil de la personne hébergée ayant une DIS ou une DIP (conditions associées, équipement spécialisé, etc.);
- ✓ De soutenir l'actualisation des stratégies d'intervention prescrites par le programme;
- ✓ D'intervenir dans un contexte de collaboration interprofessionnelle;
- ✓ D'assurer sa sécurité et celle de la personne hébergée;
- ✓ De soutenir les interventions de prévention et de gestion des comportements problématiques;
- ✓ D'utiliser des moyens de communication alternatifs en réponse aux besoins de la personne hébergée;
- ✓ D'adopter des attitudes qui soutiennent l'autodétermination, la qualité de vie et la participation sociale de la personne hébergée.

Un cursus de développement des compétences découlant du présent programme sera disponible aux membres de l'équipe. L'intervenant·e doit se référer à son ou sa gestionnaire ou à la personne assurant l'encadrement professionnel pour avoir plus d'informations sur les activités de développement des compétences disponibles.

Selon les besoins identifiés, les activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes stratégies (capsules cliniques, activités d'appropriation, formations, etc.). Des rencontres régulières de soutien clinique avec le personnel en encadrement professionnel sont à privilégier pour guider les intervenant·es dans les dossiers complexes, pour le développement des compétences ainsi que pour le transfert de connaissances.

5. Mécanisme de référence à l'hébergement

5.1. Cheminement de la demande d'hébergement

La Maison des Tournesols ayant une mission régionale, les demandes peuvent provenir de tous les mécanismes d'accès à l'hébergement de la Montérégie-Est, Ouest et Centre (MAH-demandeur). Les demandeurs doivent s'assurer que la personne qu'ils réfèrent est admissible à l'aide des critères d'inclusion de la section 5.2.

C'est le mécanisme d'accès à l'hébergement DPD (MAH-DPD) du CISSS de la Montérégie-Ouest qui reçoit les demandes. Il effectue l'analyse de la demande selon les documents reçus et la priorise en collaboration avec le MAH-SAPA. Au besoin, le MAH-DPD clarifie la demande auprès du MAH-demandeur.

Le MAH-DPD soumet ensuite le dossier au Comité Accès Régional de la Maison des Tournesols, qui accepte ou refuse la demande. À la suite de cette décision, le MAH-DPD communique la réponse au MAH-demandeur. En cas de refus, le MAH-DPD précise les raisons du refus. En cas d'acceptation, le dossier est mis sur la liste d'attente du MAH-DPD. Le MAH-demandeur doit soumettre toutes modifications quant au dossier du demandeur au MAH-DPD qui veillera au besoin à demander au Comité Accès Régional de la Maison des Tournesols de reprioriser la demande.

5.2. Critères d'inclusion à l'hébergement

Il s'agit des critères d'inclusion **pour l'admission d'une personne qui désire être hébergée**.

Afin que la demande d'hébergement puisse être recevable, les critères d'inclusion suivants doivent être respectés. La personne faisant l'objet de la demande doit :

- Être un·e jeune adulte ayant besoin de stimulation et d'intervention;
- Nécessiter une expertise DI-TSA-DP;
- Avoir des besoins complexes qui nécessitent l'intervention quotidienne d'une équipe de soins (correspondant à un profil ISO-SMAF entre 11 et 14);
- Présenter des comportements problématiques, pouvant aller jusqu'au trouble du comportement (TC), mais sans la présence de trouble grave du comportement (TGC). **Ces comportements ne doivent pas nuire à la qualité de vie des autres personnes hébergées.**

L'équipe du guichet d'accès demande toutes les évaluations nécessaires pour s'assurer que l'utilisateur correspond à ces critères avant qu'un·e colocataire intègre la ressource.

5.3. Critères de fin d'hébergement

La Maison des Tournesols offre un **hébergement de longue durée** et constitue le milieu de vie des colocataires. Il ne s'agit pas d'un milieu de transition. Les personnes hébergées y seront à long terme, tout comme dans un CHSLD, à une exception près : ces personnes doivent requérir le niveau d'intensité de soins et services qu'offre la Maison des Tournesols. Les personnes hébergées doivent avoir besoin au quotidien de l'intervention à la fois des services d'hébergement et des services en DI-TSA-DP. Si un de ces types de service n'est plus requis, le ou la colocataire pourrait nécessiter une relocalisation à la suite d'une analyse approfondie de l'équipe clinique.

6. Description du processus clinique

Les intervenant·es de la Maison des Tournesols suivent le processus clinique suivant :

Figure VIII
Étapes du processus clinique à la Maison des Tournesols



*PI : À la Maison des Tournesols, chaque colocataire a un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) qui permet de coordonner les différents plans d'intervention disciplinaires (PID). À noter que l'utilisation d'un PII doit se faire selon sa pertinence clinique dans le cas où des objectifs communs sont partagés. Dans le cas des usagers hébergés ayant ce profil de besoin complexe, il est nécessaire de coordonner les services sur le plan des soins, mais aussi de la réadaptation pour atteindre des objectifs communs, notamment la réduction des comportements problématiques.

Étapes préalables

- Cette étape est réalisée par le ou la gestionnaire de la Maison des Tournesols en collaboration avec le ou la gestionnaire du volet DI-TSA, le MAH et l'intervenant·e pivot référent·e.
- Le ou la gestionnaire consulte les intervenant·es de la Maison des Tournesols afin de valider que le profil du ou de la candidat·e correspond au milieu d'hébergement (jumelage-pairage).

Dossier de la personne hébergée
OCCI
Rapport sommaire (MAH)
Tableau de concordance (jumelage-pairage)
Tous les documents du MAH afin de bien cibler les comportements problématiques

1. Accueil au milieu d'hébergement

Préadmission

Identification :

- De l'intervenant·e pivot à la Maison des Tournesols;
- Du ou de la PAB accompagnateur·rice;
- De la nécessité ou non d'assigner d'emblée un·e ergothérapeute au dossier selon le profil de besoins de la personne.

Ces personnes, ainsi qu'un·e infirmier·ère et un·e éducateur·trice ou psychoéducateur·trice :

- Participent à une rencontre interdisciplinaire organisée avec l'intervenant·e pivot référent·e afin que le [portrait de la personne](#) soit présenté (interventions gagnantes, particularités, informations concernant les comportements problématiques ou les troubles du comportement, mesures de contrôle actuelles, etc.) pour faciliter la transition.
- Participent à l'élaboration ou à la mise à jour des [outils provisoires de gestion des comportements](#) avec l'intervenant·e pivot référent·e et l'usager·ère :
 - Ces outils incluent les aménagements préventifs et les grilles de prévention actives. Si ces outils sont déjà instaurés dans le milieu d'origine, se rencontrer pour les adapter. S'il n'y en a pas, alors procéder à leur élaboration.
 - Établir que ces outils sont utiles pour faciliter l'intégration et seront révisés à la suite de l'intégration et de l'évaluation en bonne et due forme de l'usager·ère.
- Participent à l'élaboration d'un [plan d'intégration](#) :

Guide d'accueil du résident et de ses proches Centre d'hébergement Cécile Godin
[Feuillelet Aménagement de votre chambre CHSLD Cécile-Godin](#)
Formulaire Histoire et habitudes de vie
[Niveau de soins](#)
[Autorisation pour photographies](#)
[Autorisation partage d'informations](#)
Formulaire de consentement aux soins et services
[Grille de prévention active \(provisoire\)](#)
Aménagements préventifs (provisoire)

- Ce plan permet de définir les modalités d'intégration de la personne dans son nouveau milieu de vie (intégration graduelle, progressive, accompagnée d'un parent, etc.) ainsi que les adaptations prévues de l'environnement (adaptation de la chambre, matériel, etc.)
- Les intervenant·es peuvent rendre visite à la future personne hébergée dans son milieu de vie d'origine. Cette visite a pour but de prendre connaissance de ses besoins, d'observer ses habitudes, son fonctionnement, les soins qu'elle reçoit, etc. Elle permet un transfert d'expertise, une transmission des connaissances entre l'ancienne équipe et la nouvelle équipe qui prendra soin de la personne. Ce premier contact permet également à la personne de commencer à se familiariser avec les intervenant·es de son futur milieu de vie.

Admission

- Afin de faciliter la transition dans le nouveau milieu de vie, le ou la colocataire et sa famille peuvent [personnaliser la chambre](#) (photos de famille, meubles, couverture, etc.) en respectant les règlementations du milieu (voir guide d'accueil et feuillet). Le ou la PAB accompagnateur·trice les soutient lors de cette étape. Il est également possible que l'intervenant·e pivot référent·e participe selon les besoins de la personne et le plan d'intégration établi.
- L'[agente administrative](#) de la Maison des Tournesols s'assure de la complétion de la documentation d'admission (documentation non clinique).
- L'intervenant·e pivot ou l'intervenant·e qu'il ou elle désigne prévoit une rencontre avec la famille afin de remplir avec elle le [formulaire sur l'histoire et les habitudes de vie](#). La complétion de ce formulaire peut commencer avant l'admission et doit être terminée avant la rencontre d'élaboration du PII.
- Dans les premiers jours suivant l'admission (maximum 10 jours ouvrables), un [suivi téléphonique](#) est réalisé afin d'évaluer l'expérience d'accueil de la personne hébergée et de ses proches.

2. Évaluation et analyse

- L'équipe interdisciplinaire doit réaliser [l'évaluation des besoins de la personne hébergée dans un délai de 4 à 6 semaines](#). Toutes les évaluations disciplinaires requises selon les besoins de la personne hébergée doivent être réalisées dans ce délai afin d'être prêtes pour la rencontre d'élaboration du PII qui doit avoir lieu entre la 4^e et la 6^e semaine après l'admission. Ce délai permet d'identifier les besoins des nouveaux ou nouvelles colocataires ainsi que d'observer l'adaptation au nouveau milieu de vie. Des discussions en équipe doivent avoir lieu tout au long de cette période. Tous·tes les intervenant·es de la Maison des Tournesols sont invité·es à participer aux rencontres d'équipe afin de partager leurs observations.
- Lors de leur évaluation, les intervenant·es peuvent juger de la nécessité d'effectuer une demande à l'équipe de [soutien professionnel](#) (travailleur·euse social, nutritionniste, physiothérapeute, etc.). L'intervenant·e pivot, ayant une vue d'ensemble des soins et des services de la personne hébergée, doit être consulté·e afin de valider si la référence est pertinente. Ensuite, le formulaire suivant doit être rempli :
 - *Demande de service à l'équipe de soutien professionnel* (DPD) (CLI-60548)
- Cette évaluation disciplinaire permettra de compléter ou de réviser le PII.
- [Une évaluation poussée des comportements est à effectuer](#) : source, fonction, contexte, intensité, facteurs de risques et de protection, conséquences et antécédents. Souvent portée par le psychoéducateur ou la psychoéducatrice, cette évaluation ne lui est pas réservée. Cette évaluation peut être

Dossier de la personne hébergée
Outils d'évaluation disciplinaire
EGCP-II-R

Grille de détection des maux physiques : peut être utilisée par les intervenant·es en DIS-DIP ainsi que par les infirmier·ères et infirmier·ères auxiliaires (observations)

Formulaire validation des besoins spécialisés en DIS-DIP : à compléter par l'intervenant·e pivot en collaboration avec les intervenant·es en DIS-DIP

Rapport de synthèse et de recommandations en DIS-DIP

Échelle de mesure des symptômes dépressifs : peut être utilisée par tous·tes les professionnel·les

Grilles de cotation : peuvent être remplies par tous les membres de l'équipe (collecte de données, grille d'observations).

Demande de service à l'équipe de soutien professionnel (DPD) (CLI-60548)

interdisciplinaire s'il y a présence de complexité pour cet aspect. Se référer à : ○ <i>Processus d'intervention et de collaboration pour les comportements problématiques en DI-TSA spécialisé</i> (CISSS de la Montérégie-Ouest, à paraître) • Avant que des mesures de contrôle planifiées ne soient appliquées à la Maison des Tournesols, une évaluation interdisciplinaire de leur nécessité doit être effectuée. Des mesures de remplacement doivent être d'abord tentées. La sécurité de la personne hébergée ainsi que celle d'autrui doit être assurée pendant cette période d'évaluation. Finalement, la personne hébergée et la personne qui la représente doivent consentir. Se référer à : ○ La POL-10021 Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ○ La PRO-10022 Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.	Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (CLI-60060) Mesure de remplacement (CLI-60058)
3. Élaboration et mise en œuvre du PI	
• L'intervenant·e pivot est responsable de l'organisation et de l'animation de la rencontre. • Tous·tes les membres de l'équipe interdisciplinaire participent à l'élaboration du PII. Ils et elles doivent s'entendre sur les objectifs communs et doivent les rédiger ensemble. Les responsabilités doivent être partagées. • Des actions sont mises en place pour faciliter la présence de tous·tes les intervenant·es concerné·es. Les observations et les recommandations de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent être prises en compte. Si, malgré les tentatives, certains membres ne peuvent être présents, l'intervenant·e pivot doit recueillir les informations avant la rencontre d'élaboration du PII. • La participation active des proches est recherchée. L'importance de leur présence est reconnue et des facilitateurs sont mis en place pour qu'ils puissent être présents à la rencontre (proposition de plusieurs dates de rencontre, planification de la rencontre minimalement deux semaines d'avance, etc.). • L'intervenant·e pivot coordonne les interventions et les ajustements des stratégies d'intervention. • Tout en respectant leur champ d'expertise, tous·tes peuvent participer à la réalisation des différentes interventions. Ils ou elles doivent utiliser, entre autres, les stratégies d'intervention identifiées à la section suivante du présent programme. Voir : ○ Section 7. Stratégies d'intervention.	Dossier de la personne hébergée PII Notes d'évolution ou de suivi Observations des préposé·es accompagnateur·trices en préparation à la rencontre interdisciplinaire
4. Suivi, mesure des résultats et révision du PI	
• Chaque membre de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que les professionnel·les externes, peuvent contribuer aux observations, à la surveillance et l'analyse de l'évolution de l'état et des besoins des colocataires, ainsi qu'à la mesure des résultats (atteinte des objectifs) afin de procéder aux ajustements et à la révision du PII. • L'intervenant·e pivot est à l'écoute des besoins des colocataires et de leurs proches quant à leur satisfaction des services offerts. • La révision des PI et du PII est planifiée aux 90 jours ou avant lorsqu'il y a un changement dans l'état de la personne. La participation active des colocataires et de leurs proches est à privilégier. • Si des mesures de contrôle planifiées sont déjà en place à la Maison des Tournesols, l'équipe doit s'assurer de réévaluer la nécessité de les maintenir au minimum tous les 3 mois. Une réévaluation doit être automatiquement	PII

réalisée lors d'un changement de la situation ou de la condition de santé de l'usager. Se référer à

- La [POL-10021 Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.](#)
- La [PRO-10022 Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.](#)

5. Fin de l'épisode de service

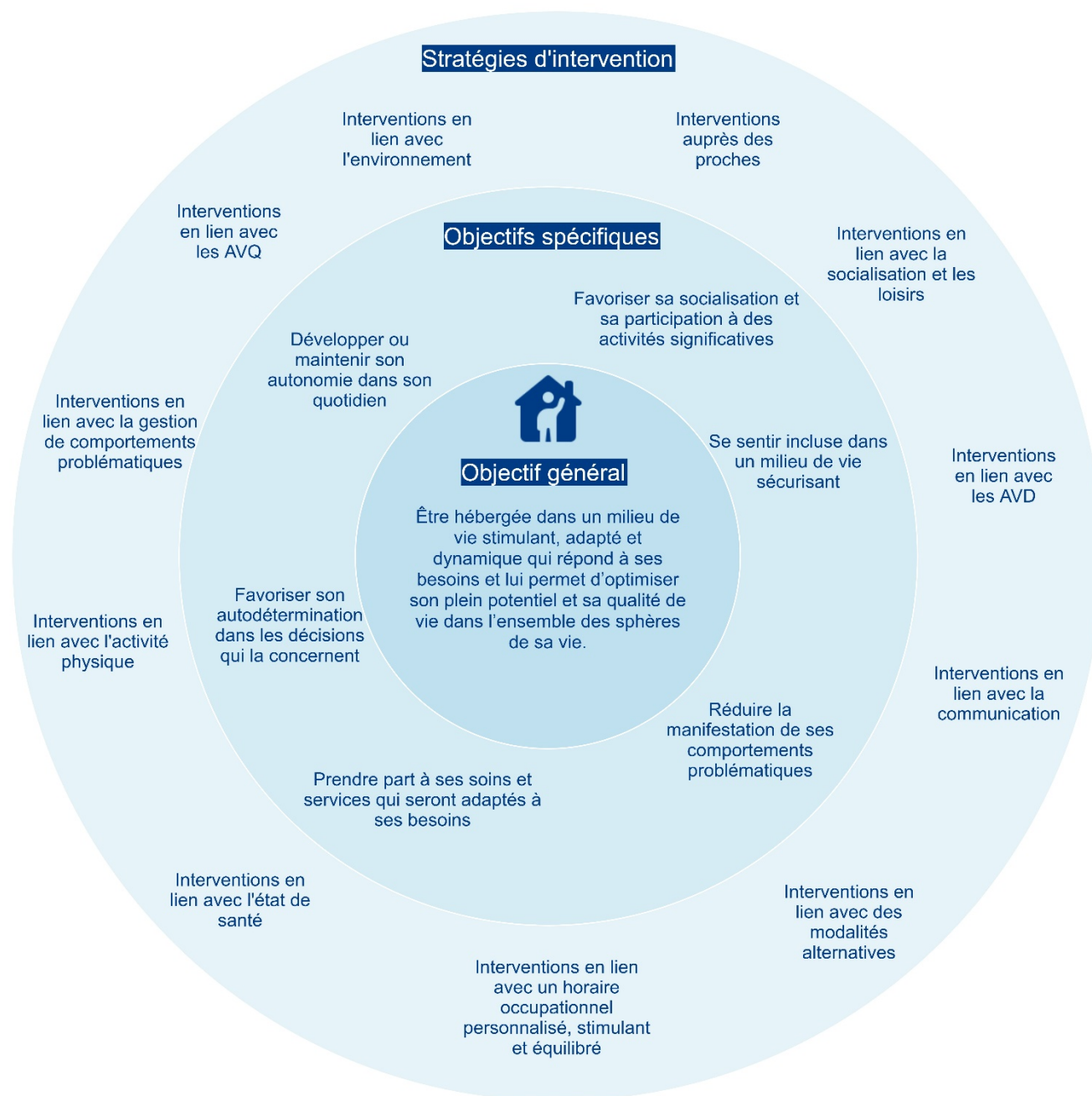
- Lorsque la personne hébergée ne poursuit plus d'objectif dans le champ de la discipline concernée (ex. ergothérapie, physiothérapie, etc.), les professionnel·les peuvent procéder à la fermeture du dossier. Ils ou elles doivent s'assurer que les recommandations émises sont accessibles pour les autres membres de l'équipe. Ils ou elles doivent aviser les proches et les autres intervenant·es de la fin de leur intervention.
- En ce qui concerne les membres permanents de l'équipe (équipe de soins, éducateur·trice, psychoéducateur·trice), un maintien constant des services est nécessaire. La fin de leur assignation signifie la fin de l'hébergement.
- Pour les conditions de fin de l'hébergement, voir :
 - [Section 5.3. : Critère de fin d'hébergement](#)

[Formulaire fin d'épisode de service et note de fermeture](#)

7. Stratégies d'intervention

Cette section guide concrètement l'intervenant·e dans son interaction avec les colocataires. Davantage axées sur le « terrain », ces différentes stratégies s'harmonisent avec les concepts, les modèles et les approches théoriques décrites dans ce programme. Elles visent à indiquer de quelle façon l'intervenant·e doit s'y prendre pour répondre aux objectifs de la personne hébergée. La figure VII représente ces relations, en plus de donner un aperçu de la présente section.

Figure VI
Aperçu des stratégies d'intervention en relation avec les objectifs



Les stratégies d'intervention, qui sont en fait les différentes façons d'actualiser les soins et services, doivent être **cohérentes** (5,21).

Pour y parvenir, toutes les stratégies d'intervention doivent être pratiquées et réfléchies de manière **collaborative**, en favorisant le plus possible l'**interdisciplinarité** (5). Les interventions réalisées par les intervenant·es en soins infirmiers, celles réalisées par les intervenant·es en réadaptation ainsi que celles dispensées par les autres intervenant·es doivent s'imbriquer parfaitement afin d'atteindre les objectifs de la personne hébergée. Concrètement, cela signifie que :

- Tous les membres de l'équipe, peu importe leur titre d'emploi, ont la même valeur et **contribuent** aux réflexions en lien avec leur champ d'expertise;
- Toute l'équipe doit observer et analyser les **préférences**, l'**état** et les **comportements** des colocataires;
- Ces informations ainsi récoltées doivent être **partagées** en équipe pour permettre une meilleure connaissance des colocataires;
- À partir de celles-ci et en collaboration avec les colocataires et leurs proches, l'équipe élabore, met en œuvre et révisé un PII répondant aux besoins spécifiques de la personne hébergée, de manière **personnalisée** et **cohérente**.
- Tout en respectant leur champ d'expertise, les intervenant·es peuvent mettre la main à la pâte dans la réalisation des **différentes interventions**.



Cruciales pour les colocataires de la Maison des Tournesols, les pratiques collaboratives sont illustrées lors du dernier exemple de chaque stratégie d'intervention et sont encadrées.

À noter que les exemples dans cette section sont utilisés pour une meilleure compréhension et ils ne sont en aucun cas une directive qui fonctionnerait dans toutes les situations. Chaque intervention doit être adaptée à la situation particulière de la personne hébergée et à ses besoins.

Interventions en lien avec l'horaire occupationnel personnalisé, stimulant et équilibré

Elles regroupent toutes les activités en lien avec l'horaire occupationnel, soit : son développement, sa mise en œuvre et sa révision.

L'horaire occupationnel est une **programmation individualisée des 24 heures** de la personne hébergée qui lui permet de voir l'ensemble de ses besoins répondus et de se sentir plus **incluse** dans son milieu de vie. Puisque les **comportements problématiques** sont, la plupart du temps, associés à un besoin sous-jacent, un horaire adapté pourrait contribuer à leur diminution.

Des activités variées devraient composer le quotidien des colocataires (5). Ainsi, chaque personne hébergée doit avoir un horaire occupationnel adapté à ses capacités, stimulant, équilibré et qui inclut :

- | | |
|---|---|
| ✓ Des activités de socialisation; | ✓ Des activités où la personne hébergée sent qu'elle contribue à son milieu de vie; |
| ✓ Des activités de divertissement; | ✓ Des activités physiques; |
| ✓ Des activités permettant de développer ou de maintenir son autonomie; | ✓ Des soins et services. |

Pour ce faire, les colocataires et leurs proches doivent **participer aux choix des activités** qui occuperont leurs journées afin de favoriser leur **autodétermination**.

Par exemple, la psychoéducatrice pourrait imprimer plusieurs images représentant des activités suggérées par l'équipe et les proches, et elle pourrait les proposer à la colocataire en lui présentant les images. La colocataire pourrait choisir parmi l'éventail des activités proposées. Ensuite, la psychoéducatrice pourrait aménager un mur de la chambre de la colocataire afin d'y coller les images représentant différentes activités de la journée, organisées dans le bon ordre.

Il est important que l'horaire soit adapté au niveau de compréhension de la personne hébergée afin que celui-ci ait du sens pour elle et qu'elle puisse se situer concrètement dans son quotidien. Lors de la mise en œuvre de l'horaire occupationnel, la personne hébergée doit être capable de se situer. L'utilisation de repères visuels ou de stratégies d'intervention visant l'enseignement (ex. : TEACCH) est notamment recommandée.

En reprenant l'exemple précédent, avant de débiter une activité de l'horaire occupationnel, tous les intervenants pourraient inviter la colocataire à prendre la bonne image et à la coller à la suite des activités qui ont été faites précédemment dans la journée.

Chaque intervenant·e s'assure que l'horaire occupationnel correspond aux besoins des personnes hébergées et propose des ajustements, qui sont convenus en équipe :



Par exemple, un préposé aux bénéficiaires pourrait constater qu'un colocataire n'aime pas une certaine partie de sa routine du coucher et pourrait proposer de la retirer de la programmation. Il en discute en réunion d'équipe et tous contribuent à la réflexion. Il pourrait être décidé communément de retenir la proposition du préposé aux bénéficiaires de retirer cette activité de l'horaire occupationnel et d'en ajouter une qui répond mieux aux besoins du colocataire. Tous proposent leurs idées et afin de trouver la bonne activité, l'intervenant-pivot se consulte avec le colocataire et sa famille pour choisir.

Interventions en lien avec la communication

Il s'agit de toutes les interventions dans le but de favoriser le développement de la communication de la personne hébergée ainsi que le développement et l'utilisation de ses outils de communication.

La communication devrait constituer l'une des principales cibles d'intervention du fait qu'elle influence directement **l'autonomie et l'autodétermination de la personne hébergée** (21,37). Puisque les **comportements problématiques** sont souvent liés à une difficulté d'expression, l'utilisation de ses outils contribuera à réduire leur apparition.

Les outils en matière de communication auprès d'une clientèle présentant une DIS ou une DIP sont variés et peuvent comprendre, entre autres (11) :

- ✓ Le *Picture Exchange Communication System* (PECS);
- ✓ L'utilisation de supports visuels (pictogrammes, objets, photo, etc.);
- ✓ Les objets de références;
- ✓ Les mains animées;
- ✓ Les activités de causes à effet;
- ✓ Les nouvelles technologies.

Si des outils de communication sont nécessaires et ne se retrouvent pas déjà à la Maison des Tournesols, l'intervenant·e en fait la demande à sa gestionnaire. L'intervenant·e veille à avoir la formation requise à l'utilisation des outils.

Non seulement les intervenant·es doivent veiller à ce que chaque colocataire ait un outil de communication, mais il est essentiel de veiller également à leur optimisation et à leur développement (5,21), et ce, même s'il est possible de comprendre leurs besoins de base avec des gestes simples.

Par exemple, même si la personne est capable de pointer ce qu'elle veut et qu'il est possible de répondre à ses besoins de base avec cette méthode, l'introduction de pictogrammes pourrait lui permettre d'élargir l'éventail de son expression et d'être mieux comprise.

L'intervenant·e doit utiliser les systèmes de communication avec lesquels la personne hébergée est confortable, mais doit tenter de **les améliorer pour élargir ses capacités d'expression**.



Par exemple, si un colocataire n'aime pas les pictogrammes et qu'il préfère s'exprimer avec des gestes, il est conseillé d'introduire progressivement de nouveaux gestes afin d'améliorer ses capacités de communication. Un répertoire des différents gestes devrait être accessible à toutes les personnes qui interviennent auprès de la personne hébergée. Chaque membre de l'équipe peut également proposer de nouveaux gestes. De plus, les nouveaux gestes sont partagés en équipe et sont utilisés par tous et par toutes lors des soins et services.

Afin de **favoriser la socialisation du ou de la colocataire**, l'intervenant·e partage les outils de communication avec ses proches, qui peuvent d'ailleurs contribuer à les bonifier.

Interventions associées aux activités de la vie quotidienne (AVQ)

Elles regroupent toutes les activités de soutien ou d'assistance liées à l'alimentation, l'hygiène, l'élimination, l'habillement ainsi qu'à celles liées aux transferts et aux déplacements.

À la Maison des Tournesols, ces activités doivent être réalisées afin que les colocataires se sentent le plus possible **comme s'ils vivaient à la maison** (5). Cela contribuera à ce qu'ils se **sentent inclus dans un milieu de vie sécurisant**.

Pour ce faire, l'intervenant·e **personnalise les activités**, est flexible quant à leur fréquence et à leur déroulement. De plus, il ou elle rend **l'ambiance conviviale** lors de ces activités et en profite pour **créer un lien** avec les colocataires.

Par exemple, si une colocataire préfère se laver le soir ou le matin, sa volonté doit être respectée. Durant le bain, il est possible d'utiliser un savon avec une odeur qu'elle aime, etc.

Les interventions associées aux AVQ sont réalisées dans le but **d'augmenter ou de maintenir l'autonomie** de la personne hébergée, et ce, même si le temps requis pour les accomplir est plus important ou que cela entraîne des tâches supplémentaires pour le personnel.

Par exemple, si un colocataire est capable d'enfiler la manche droite de son chandail et qu'un long moment est nécessaire pour qu'il y parvienne, l'intervenante prend le temps nécessaire et l'encourage à ce qu'il exécute le mouvement lui-même.

Ou encore :

Par exemple, si un colocataire est capable de manger seul, mais qu'il échappe une partie de sa nourriture au sol, on l'encourage quand même à manger lui-même.

L'intervenant·e doit être à l'écoute des choix de la personne hébergée dans le but de favoriser son **autodétermination et ainsi réduire l'apparition de comportements problématiques**. Pour ce faire, l'intervenant·e communique avec la personne hébergée et demeure à l'affût de ses comportements qui sont aussi une façon de communiquer. Cela va de pair avec une gestion des risques calculés.



Par exemple, si une infirmière auxiliaire réalise qu'une colocataire repousse son aide à la marche et effectue une crise quand on la lui présente, elle doit considérer cette action comme une façon de communiquer. L'infirmière auxiliaire veillera d'abord à respecter le refus du colocataire à utiliser cette aide. Cette observation est partagée en équipe. Tout le monde est invité à émettre des hypothèses sur la situation. Il peut être décidé communément que l'ergothérapeute documente le risque et réalise une évaluation conjointe avec le psychoéducateur. Les résultats de cette évaluation peuvent être communiqués en équipe et l'intervenante-pivot fera le pont avec la personne autorisée par la loi qui représente la colocataire. S'il est décidé par la personne autorisée que la colocataire n'utilisera pas cette aide technique, l'information est communiquée à l'équipe par l'intervenante-pivot. L'équipe s'assure de respecter cette décision et de ne plus proposer cette aide technique.

Interventions associées aux activités de la vie domestique (AVD)

Elles regroupent, entre autres, toutes les activités liées à la préparation des repas, les tâches ménagères, la lessive, le jardinage, etc.

Bien qu'il ne soit pas toujours aisé de faire participer la personne hébergée qui présente une DIS ou une DIP aux AVD, en raison des atteintes dans les domaines conceptuel et pratique (voir [Annexe A](#)), ces activités comprennent plusieurs avantages pour elle. C'est un moyen pour elle de **se sentir valorisée et plus incluse dans son milieu de vie** tout en développant son **autonomie**.

Il est alors recommandé pour l'intervenant-e « d'adapter la tâche et de mettre en place des stratégies compensatoires adaptées à ses capacités » (MSSS, 2021, p.21).

Par exemple, les serviettes peuvent être pliées avec une personne hébergée. Il est possible d'utiliser la technique du « main sur main » pour lui montrer comment procéder pour les premières fois et d'utiliser l'estompage (stratégie basée sur l'AAC qui consiste à réduire progressivement l'accompagnement afin que la personne augmente son autonomie liée à la tâche).

Il est possible que les colocataires ne manifestent aucun intérêt au départ, en raison du fait qu'ils ou elles n'ont jamais participé par le passé à ce type de tâches. Des essais doivent être tentés afin de voir si une action liée aux AVD **les intéresse**. Il faut respecter leur **autodétermination**, c'est-à-dire, leur choix de participer ou non à ce type d'activités.



Par exemple, une PAB observe qu'un colocataire essuie souvent les surfaces de sa chambre et remarque que son affect est positif à ce moment. La préposée suggère en équipe de tester avec le colocataire l'activité d'époussetage. Afin que l'activité soit sécuritaire, l'ergothérapeute propose une aide technique pour procéder. La PAB effectue l'activité avec le colocataire pour une première fois. Quand l'activité est répétée, la PAB observe son affect et ses signes non verbaux afin de sonder son intérêt pour ce type de tâche. La PAB utilise ses pictogrammes pour questionner son intérêt. En équipe, il est convenu d'ajouter cette tâche à l'horaire occupationnel du colocataire et d'étendre l'activité aux pièces communes puisqu'il est observé qu'elle a un impact positif sur le colocataire.

La majorité des AVD sont déjà réalisées par l'établissement sans la participation de la personne hébergée. Il est recommandé d'être créatif et d'adresser ses idées au gestionnaire, afin que le milieu de vie permette à la personne hébergée de **participer** aux AVD.

Interventions en lien avec l'état de santé

Elles regroupent, entre autres, toutes les activités liées aux soins, aux traitements, à l'évaluation et à la surveillance de l'état de santé, à la gestion de la médication et au positionnement.

Ces interventions doivent être réalisées dans un **climat convivial**. Elles doivent être vues comme des opportunités de **créer un lien avec la personne hébergée** (5).

Par exemple, si une colocataire adore se faire brosser les cheveux, on peut prendre le temps de lui brosser les cheveux après avoir changé ses pansements.

Lors de ces activités, il faut rechercher la **collaboration et l'implication de la personne hébergée à ses soins afin de favoriser son autonomie**, et ce, à la hauteur de ses capacités.

Par exemple, si une colocataire est capable de prendre sa médication dans ses mains et de la mettre dans sa bouche elle-même, ce geste doit être valorisé.

Il est également possible que **certains soins de santé soient refusés par les colocataires ou les personnes autorisées par la loi qui les représentent** à la suite d'une décision éclairée dans une optique de gestion des risques calculés (5).

Par exemple, si une colocataire a plusieurs comportements problématiques avant et après un vaccin, la personne qui la représente pourrait décider de refuser pour elle certains vaccins qui ne sont pas essentiels à son état de santé. L'intervenante-pivot s'assure que la personne qui représente la colocataire a toutes les informations pour prendre cette décision de manière éclairée et respecte son choix par la suite. L'intervenante documente le refus au dossier.

Ce principe est en cohérence avec le respect des préférences et des choix des personnes hébergées. Lors d'activités de soins, l'intervenant-e cherche à favoriser l'**autodétermination** de la personne hébergée.



Par exemple, lors d'un repositionnement sur un fauteuil, une colocataire effectue un geste qui signifie « Non ». L'intervenant doit tenter de comprendre ce qui le rebute dans l'utilisation de ce fauteuil. Parfois, il peut s'agir simplement de la couleur ou de la texture du tissu. S'il n'est pas possible de comprendre la raison et d'ajuster le fauteuil en conséquence, l'intervenant utilise alors un autre type de positionnement ou de fauteuil s'il a préalablement été évalué comme sécuritaire pour le colocataire. L'intervenant partage ces informations en équipe, ce qui mènera peut-être à une évaluation spécifique d'un professionnel tel qu'un ergothérapeute.

Interventions en lien avec l'activité physique

Elles regroupent toutes les activités physiques liées à l'équilibre, la posture, les étirements, les renforcements, la motricité fine ou globale. Elles sont définies par un programme d'exercices développé spécifiquement pour **répondre aux besoins précis** du ou de la colocataire. Elles peuvent être réalisées à l'aide du matériel de la salle motrice au besoin.

Ces activités permettent de développer ou « d'aider à conserver des capacités physiques, de la flexibilité et de l'amplitude de mouvement et de réduire le risque de contractures et de déficits sur le plan de la santé physique » (11). **Elles favorisent ainsi l'autonomie, la bonne santé ainsi que le confort** des colocataires. Ces interventions doivent être **personnalisées**.

Par exemple, une colocataire doit faire des exercices d'étirement tous les jours, mais requiert de l'assistance. Un intervenant l'assiste pour effectuer ces étirements et lui met sa musique préférée durant l'activité.

L'intervenant-e profite de ces moments pour **favoriser la socialisation** de la personne hébergée.

Par exemple, il en profite pour développer un lien avec la colocataire, en lui posant des questions, en manifestant son intérêt pour elle. Il est également possible de réaliser les exercices avec d'autres colocataires avec qui la personne s'entend bien.

L'intervenant-e demeure à l'écoute de la personne hébergée lors du déroulement de l'activité et **respecte ses choix**.



Par exemple, si une colocataire croise les bras lors d'un exercice et que ce geste signifie pour elle qu'elle ne veut pas réaliser cet exercice, alors l'intervenante essaie de trouver des manières de favoriser sa participation. Si la colocataire demeure les bras croisés après l'intervention, l'intervenante ne procède pas sans son aval et passe au prochain exercice. Ce qui n'a pas été réalisé peut l'être à un autre moment. Ces préférences sont partagées en réunion d'équipe, afin que les autres personnes qui sont amenées à faire des exercices avec elle soient au courant. De plus, il pourrait être décidé en équipe de faire une référence en physiothérapie pour modifier le programme d'exercices si l'insatisfaction de la colocataire persiste.

Interventions en lien avec la socialisation et les loisirs

Elles regroupent les interventions liées aux activités qui s'inscrivent dans l'horaire occupationnel, mais aussi celles qui sont organisées pour tous-tes les colocataires. Les activités en lien avec la communauté, celles qui sont non formelles et celles réalisées avec les proches font aussi partie de ces stratégies d'intervention.

Dans toutes les interventions, l'intervenant-e qui accompagne la personne hébergée doit **saisir cette occasion pour créer un lien avec elle, et ce, dans un climat convivial**.

Par exemple, si on organise un événement de « cabane à sucre », l'intervenant participe. Bien qu'il ait aussi le rôle de superviser afin que tout le monde soit confortable et en sécurité, il peut aussi prendre part à l'activité, manger de la tarte et partager son appréciation avec les personnes hébergées. L'intervenant peut s'amuser, rire, faire de l'humour afin de créer un climat agréable tout en maintenant une attitude professionnelle.

À cet effet, avant ou après une activité, l'intervenant-e en profite pour encourager les activités individuelles non formelles. Ces dernières permettent également de **créer un lien avec la personne hébergée**. Des moments de plaisir non prévus **favorisent le sentiment de la personne d'être chez elle dans un milieu de vie agréable et sécurisant** (MSSS, 2021a).

Par exemple, après avoir donné sa médication à la personne hébergée, l'intervenante peut en profiter pour passer un moment à l'extérieur s'il fait beau et se balancer avec elle.

L'intervenant-e fait preuve de proactivité dans la recherche d'activités en lien avec la communauté. Quand une occasion se présente, il ou elle se consulte avec l'équipe pour en discuter. Une attention importante est portée à ce type d'activités dans la programmation des activités de la Maison des Tournesols.

Par exemple, une éducatrice voit qu'il y a un spectacle à l'école primaire pas très loin de la Maison des Tournesols. L'information est partagée en réunion d'équipe afin de voir s'il est pertinent d'organiser une activité de groupe à cette date. Les proches pourraient être invités. Ils pourraient aussi être interpellés individuellement si une sortie de groupe n'est pas envisageable.

L'intervenant-e profite de ces activités pour observer les personnes hébergées afin de mieux les connaître dans ce contexte et ainsi en savoir davantage sur leur personnalité et sur leurs préférences. Cela permet de **personnaliser les activités et de respecter les choix et les préférences** du ou de la colocataire.



Par exemple, une préposée aux bénéficiaires peut observer que la personne hébergée est plus confortable généralement quand elle rencontre ses proches au salon, avec la télévision allumée. À force de visites, la préposée comprend que c'est le son de la télévision qui est important pour elle lors des visites. Cela semble l'apaiser. Cette information est partagée en équipe, ce qui permet à l'éducatrice de tenter de faire jouer la radio à l'extérieur pour motiver la colocataire à sortir dans la cour avec les autres. D'ordinaire, la colocataire choisit souvent de rester à l'intérieur et semble anxieuse à l'extérieur. Avec la radio, cette dernière apprécie maintenant les moments passés au soleil.

Interventions en lien avec les comportements problématiques

Les interventions en lien avec les comportements problématiques devraient inclure celles pour :

1. Prévenir leur apparition
2. Prévenir leur aggravation
3. Assurer le bien-être et la sécurité des témoins lors leurs manifestations

1. Prévenir leur apparition

Une connaissance approfondie de la personne hébergée permettra de **personnaliser les soins et les services** de sorte à **réduire l'apparition de comportements problématiques**. Ces informations sont issues de toutes les activités auxquelles la personne hébergée participe et qui parsèment son quotidien. Elles permettent de personnaliser et de bonifier les **aménagements préventifs** qui aident à prévenir l'apparition de comportements problématiques (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020).

Par exemple, on sait que lorsqu'un colocataire mange, il aime avoir le silence. S'il y a du bruit, il se désorganise et peut se mettre à jeter sa nourriture et à crier. Ainsi, si un des colocataires aime chanter lorsqu'il mange, il peut être décidé de former deux groupes aux repas, l'un d'eux étant plus calme et l'autre plus animé.

Le fait d'évaluer et de réviser les aménagements préventifs au fur et à mesure que de nouvelles informations sont collectées réduit aussi le risque d'apparition des comportements problématiques.

2. Prévenir leur aggravation

Afin de prévenir l'aggravation des comportements problématiques, il faut **évaluer en continu les comportements** comme prévu dans le processus clinique (source, fonction, contexte, intensité, facteurs de risques et de protection, conséquences et antécédents). Des interventions doivent donc réaliser en se basant sur les recommandations de cette évaluation à l'aide des approches préconisées au programme.

Si le portrait de la situation est complexe, alors l'évaluation et l'intervention devraient inclure la participation de plusieurs intervenant-es et être **coordonnées en équipe** afin d'en assurer le bon déroulement.

Suivre, réviser et bonifier la **grille de prévention active** permet également de prévenir l'aggravation des comportements. Celle-ci a pour fonction de comprendre l'escalade des comportements de la personne hébergée. Elle indique également à l'intervenant-e les actions à entreprendre selon le niveau atteint dans sa grille de prévention active. Le but est toujours de prévenir le plus possible l'escalade (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020). L'intervenant-e est donc à l'affût des signes répertoriés dans la grille de prévention active et met en place les interventions prévues.

Par exemple, lorsqu'une colocataire rougit, cela pourrait correspondre au premier niveau de sa grille. Il pourrait être indiqué qu'à ce moment, afin d'éviter l'escalade, de s'asseoir avec elle et de lui parler doucement ou de l'amener dans une salle pour l'apaiser.

Les **mesures de contrôle** peuvent être des façons de prévenir l'aggravation d'un comportement lorsque celui-ci représente **un danger grave et immédiat**, mais elles ont tendance aussi, à long terme, à les renforcer, car elles peuvent :

- × Être la source de frustration pour l'utilisateur;
- × Empêcher l'actualisation de son autodétermination;
- × Limiter sa liberté;
- × Nuire à son sentiment de bien-être ou d'être écouté;
- × Brimer sa dignité.

Il faut ainsi éviter le plus possible d'avoir recours à des mesures de contrôle, mais les utiliser lorsque cela est absolument nécessaire (danger grave et immédiat). Avant de procéder, toutes les autres interventions

doivent avoir été tentées. Ces interventions sont exceptionnelles et elles sont effectuées en respectant la [procédure sur l'utilisation des mesures de contrôle](#) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019b).

Par exemple, lors de l'arrivée d'un colocataire en fauteuil roulant à la table à manger, l'intervenante ne met pas les freins au fauteuil roulant afin de laisser le colocataire libre de ses mouvements. L'intervenante sait qu'enclencher les freins est une mesure de contrôle, qu'elle ne prévient pas un danger grave et immédiat pour ce colocataire. Cette mesure n'est pas non plus prévue au plan d'intervention de ce colocataire.

Lors du retour au calme, une **discussion sur l'événement avec les proches** et l'équipe est indiquée. La participation de la personne hébergée dans ce processus est évaluée en fonction de ses capacités et des retombées potentielles pour elle. Pour certaines situations, le retour sera bénéfique alors que pour d'autres, il pourrait raviver les émotions de la personne hébergée et provoquer chez elle l'apparition de comportements problématiques. Le proche pourra contribuer à l'analyse de l'événement afin que les soins et services soient davantage **adaptés** et que la fonction des comportements soit mieux comprise. Il peut également participer aux prises de décisions sur les interventions à privilégier si cela se reproduit, en représentant la personne hébergée. Ce retour est une façon de **contribuer à l'évaluation et à l'analyse des comportements problématiques** afin de prévenir leur aggravation.

De plus, au besoin, l'intervenant·e contacte sa personne-ressource en encadrement clinique (ICASI ou PREC) pour du soutien **s'il ou si elle voit que les comportements se maintiennent ou s'aggravent**. **Chercher du soutien** dans ces situations est une bonne façon de prévenir l'aggravation des comportements. La PREC ou L'ICASI pourrait se consulter, tenter de trouver des solutions en équipe et, décider, selon la situation et le profil de besoin de la personne usagère, de discuter avec une PREC du *Programme spécialisé TC-TGC* afin de déterminer les actions à entreprendre ou les modalités de soutien possible.

Se référer à *Processus d'intervention et de collaboration pour les comportements problématiques en DI-TSA spécialisé* (CISSS de la Montérégie-Ouest, à paraître).



Par exemple, il arrive fréquemment qu'un colocataire frappe ses poings sur la table. Pour la première fois, par contre, il s'est frappé au visage. Le soir de l'événement, la famille est contactée par l'intervenant-pivot. Le père émet des hypothèses intéressantes quant au déclencheur de l'événement. À l'aide des objets de référence du colocataire, l'hypothèse semble se confirmer : qu'on retire ses ustensiles inutilisés pendant qu'il mange le rend anxieux. Cette information est partagée en équipe. Une préposée informe aussi que lors des soins d'hygiène, elle demande maintenant au colocataire de lui remettre le savon par lui-même, parce qu'elle a constaté que quand on le lui retire, il a également une forte réaction. Les aménagements préventifs sont alors ajustés par l'éducateur pour spécifier qu'il faut toujours demander au colocataire de remettre lui-même un objet qu'on désire retirer. Cela a un impact sur toutes les disciplines et toutes les interventions effectuées auprès de la personne.

3. Assurer le bien-être et la sécurité des témoins lors de leurs manifestations

Lors de situations où une personne hébergée présente des comportements problématiques, l'intervenant·e doit aussi porter attention à **ceux qui en sont témoins** afin d'assurer leur **confort** et leur **sécurité**.

Si une personne hébergée se désorganise et frappe autour d'elle, il est indiqué d'éloigner ses partenaires de table le temps que la personne hébergée se calme.

Un retour avec les témoins peut s'avérer parfois aussi bénéfique si l'événement a été marquant pour eux. La complétion d'un [rapport AH-223](#) peut également s'avérer nécessaire si cet événement a nui ou aurait pu nuire à la santé ou la sécurité d'un ou d'une colocataire (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021c).

Interventions en lien avec les proches et les personnes proches aidantes

Ces interventions, balisées par les orientations ministérielles en matière d'hébergement (MSSS, 2021a), comprennent le soutien apporté aux proches en lien avec :

- Leur participation dans la prise de décision de la personne hébergée;
- Leur participation dans des activités avec la personne hébergée;
- La gestion du milieu de vie;
- Leurs propres besoins en tant que proches.

Lorsqu'un proche vient visiter une personne hébergée, il doit être **accueilli chaleureusement**. L'intervenant·e-pivot prend un moment avec lui afin de lui demander comment il va et lui transmettre toutes nouvelles informations au sujet de son proche dans les limites permises par le ou la colocataire et la personne autorisée par la loi qui le ou la représente. L'intervenant·e **prend des initiatives pour améliorer son bien-être**.

Par exemple, quand un proche arrive, on l'accueille avec le sourire, on lui demande s'il désire un verre d'eau. Dans le trajet vers la chambre de la personne hébergée, par exemple, on sonde son état. Si l'intervenant·e ressent que le proche a besoin de parler, il se montre disponible. L'intervenant·e fait de l'écoute active, réfère à des organismes ou à un autre membre de l'équipe au besoin et selon ses connaissances.

L'intervenant·e pivot doit **garder un contact étroit et régulier avec les proches**, même si ces derniers n'ont pas l'occasion de se déplacer fréquemment dans le milieu de vie. La visioconférence ou le téléphone peuvent être utilisés au besoin.

Des **activités virtuelles** peuvent être planifiées entre la personne hébergée et ses proches quand ils ne peuvent pas se déplacer fréquemment. Ce genre d'activités peut se glisser dans l'horaire occupationnel de la personne hébergée.

Les activités, qu'elles soient ludiques ou d'intervention, doivent être planifiées de sorte que les proches de la personne hébergée puissent y participer le plus possible.

Par exemple, il peut être intéressant de prévoir certaines activités de jour, mais aussi certaines activités de soir pour favoriser la participation des proches.

Quand un nouveau traitement, une nouvelle intervention ou une nouvelle démarche sont proposés à la personne hébergée, la personne proche aidante (PPA) est systématiquement consultée. L'intervenant·e doit s'assurer que celle-ci a toutes les informations nécessaires pour prendre une décision dans le meilleur intérêt de la personne hébergée en respectant **l'autodétermination** de cette dernière.

Par exemple, si le médecin prescrit une nouvelle crème, la personne proche aidante est consultée avant que celle-ci ne soit appliquée. On recherche son approbation avant de procéder ainsi que l'approbation de la personne hébergée avant de l'appliquer à l'aide des outils de communication.

L'intervenant·e tente **d'impliquer les proches le plus possible dans le milieu de vie** et de susciter leur participation.

Par exemple, une éducatrice pourrait inviter une mère à l'informer si elle a des suggestions quant au déroulement des activités de la Maison des Tournesols. L'équipe pourrait organiser un souper annuel des proches et en profiter pour les informer sur le développement du milieu de vie et recueillir leurs commentaires et leurs propositions.

L'intervenant·e valorise la participation de la PPA dans la réalisation des AVD ainsi que des AVQ, tout en respectant ses limites et ses capacités. Le proche est considéré comme un véritable partenaire et sa présence **favorise la socialisation** de la personne hébergée.



Par exemple, si une PPA avait l'habitude de donner un bain à une colocataire, l'équipe s'assure que cette activité puisse se poursuivre à la Maison des Tournesols, si cela est réaliste pour la PPA. Cette activité est inscrite dans l'horaire occupationnel de la colocataire par l'intervenant-e pivot. L'intervenant-e présente quand la PPA arrive l'accueil chaleureusement et la remercie chaque fois qu'elle vient et s'assure de son confort. Si un obstacle à la participation de la PPA est remarqué par un intervenant, l'information est partagée en équipe et chaque intervenant analyse la situation en fonction de sa discipline afin d'émettre des hypothèses et de trouver des solutions pour favoriser la participation du proche.

Interventions en lien avec l'environnement

En lien avec l'environnement, l'intervenant-e peut intervenir afin de :

- S'assurer qu'il est adapté aux besoins des personnes hébergées;
- Réduire l'apparition de comportements problématiques par l'apaisement ou la stimulation;
- Réaliser des activités physiques afin de développer ou maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne hébergée;
- Réaliser des activités de loisirs afin de développer des liens avec les autres colocataires, les proches ou le personnel;
- S'assurer qu'il est sécuritaire.

En concertation avec les proches, l'intervenant-e adapte la chambre de la personne hébergée en fonction de ses préférences. Cela lui permettra **de se sentir incluse dans son milieu de vie**, de la faire se sentir comme à la maison.

Par exemple, la préposée accompagnatrice peut s'assurer que des photos de ses proches sont affichées au mur. Elle peut conseiller aux proches de ramener une couverture de la couleur préférée de la personne hébergée.

L'intervenant-e utilise les ressources à sa disposition pour tenter de répondre aux divers besoins des colocataires (apaisement, stimulation, divertissement, etc.). Pour ce faire, une **salle motrice** ainsi qu'une **salle multisensorielle** sont mises à la disposition des personnes hébergées.

Considérant que les informations sensorielles peuvent être interprétées différemment selon les personnes (ex. : hyporéactivité, hyperréactivité, recherche sensorielle), une attention particulière doit être portée à l'environnement et aux activités qui devront, tous deux, être modulés en fonction du profil et de la réponse de la personne hébergée (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021e).

L'intervenant-e **doit s'assurer que ces salles sont utiles et fonctionnelles** pour les besoins des personnes hébergées. Il est normal que l'aménagement de l'environnement ainsi que les objets qui le composent soient régulièrement adaptés en fonction des besoins des colocataires qui sont en constante évolution (MSSS, 2021a). L'intervenant-e veille à adresser ses demandes au gestionnaire à cet effet.

Par exemple, une colocataire, qui marchait peu, réussit maintenant à se déplacer avec aisance et on désire travailler sa capacité à monter et à descendre les escaliers. Les intervenants peuvent alors émettre la demande aux gestionnaires d'effectuer l'achat d'un appareil à installer dans la salle motrice.

L'intervenant-e connaît bien la personne hébergée et **ajuste** ou **adapte** l'environnement en fonction des risques pour sa santé et sa sécurité.



Par exemple, si une colocataire a tendance à avaler un certain type d'objet, on veillera à ce que ce type d'objet ne soit jamais laissé sans surveillance. Ainsi, chaque intervenant doit garder cet objectif de sécurité en tête lors de la prestation de soins et de services et porter une attention particulière aux objets qui entourent la colocataire. Si une infirmière auxiliaire se rend compte que la colocataire a une fixation sur un objet différent, elle s'assure de partager cette information en équipe afin que tous et toutes demeurent vigilants.

Interventions en lien avec des modalités alternatives

Il s'agit des interventions qui comprennent, entre autres, la massothérapie, la musicothérapie, la méditation, l'intervention avec les animaux, l'intervention en environnement sensoriel.

Ces pratiques alternatives sont peu documentées dans la littérature, mais elles ne sont pas pour autant inefficaces. L'intervenant-e qui désire utiliser une modalité d'intervention en discute d'abord avec la ou le gestionnaire. Ils ou elles analysent ensemble la pertinence de son utilisation qui **doit être basée sur une évaluation** des besoins et des intérêts de la personne hébergée. Lorsque la modalité est approuvée, l'intervenant-e s'assure d'avoir le consentement de la personne hébergée et de la personne autorisée par la loi qui la représente.

Par exemple, une personne hébergée avait l'habitude d'avoir un chien chez elle. L'intervenant-e évalue qu'être en contact avec ce chien augmenterait son bien-être. L'intervenant-e consulte le ou la gestionnaire pour connaître les consignes entourant ce type d'intervention. Le ou la gestionnaire pourrait approuver que le chien puisse être dans la cour extérieure pendant une période de 30 minutes par exemple. L'intervenant-e demande ensuite le consentement au proche et procède à la visite.

Chacune de ces interventions **doit être documentée au dossier**. Il doit y avoir une **évaluation des effets** auprès de la personne hébergée. Cette évaluation est généralement réalisée pour tout type d'intervention, mais elle est encore plus nécessaire pour celles dont les modalités sont alternatives. On tente de communiquer avec la personne à l'aide de ses outils de communication pour avoir une rétroaction suite à l'activité. On observe les effets de l'évaluation sur ses comportements ou sur son bien-être. Si l'intervention semble être un succès, elle peut être répétée. Sinon, il est possible de réessayer en la modifiant ou il est possible de ne pas réessayer.



Par exemple, un colocataire reçoit un massage. Durant le massage, il a plusieurs comportements problématiques. L'éducatrice suppose que si le massage s'effectue avec un autre type d'huile inodore, il y a de grandes chances que le massage soit réalisé sans réaction de la part du colocataire et qu'il soit bénéfique pour lui. Il est possible de réessayer le massage avec ces nouveaux paramètres. L'équipe est au courant de cette nouvelle tentative et, lors du bain en soirée, la préposée porte une attention particulière à l'état de la personne hébergée. Elle partage ses observations et son analyse à l'éducatrice le lendemain.

Conclusion

Les colocataires de la Maison des Tournesols ont des besoins spécifiques particuliers et nécessitent que les intervenant·es qui y travaillent **collaborent** étroitement afin d'y répondre. Afin que les colocataires puissent être **hébergé·es dans un milieu de vie stimulant, adapté et dynamique qui répond à leurs besoins et leur permettent d'optimiser leur plein potentiel et leur qualité de vie dans l'ensemble des sphères de leur vie**, les intervenant·es doivent mettre à profit leur expertise en partageant une **vision commune de la Maison des Tournesols**. C'est une équipe soudée qui, par ses **soins et services personnalisés** ainsi que par sa philosophie d'intervention partagée, a le pouvoir de faire en sorte que les colocataires se **sentent comme à la maison**, dans un milieu de vie sécurisant qui favorise leur autodétermination et leur autonomie. L'appropriation de ce programme est un pas vers cette direction. C'est un travail constant alliant saine gestion, pratiques collaboratives et expertise disciplinaire qui permet d'accomplir cette belle mission que s'est dotée la Maison des Tournesols.

Liste des annexes

Annexe A	Principales atteintes chez les personnes présentant une DIS ou DIP
Annexe B	Profils ISO-SMAF
Annexe C	Modèle écosystémique
Annexe D	Modèle MDH-PPH

Références

1. Gouvernement du Québec. La collaboration interprofessionnelle (CIP) [Internet]. 2022. Disponible à : https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MD/FicheSynthese_collaboration-interprofessionnelle-cip.pdf
2. RIPPH. Réseau international sur le Processus de production du handicap. 2023 [cité 5 mai 2023]. Modèle MDH-PPH : Concepts-clés. Disponible à : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
3. MSSS. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. [Internet]. 2018. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>
4. MSSS. Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles. 2003; Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
5. MSSS. Des milieux qui nous ressemblent - Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée. [Internet]. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
6. Sabourin G, Senécal P, Paquet M. ECGP-II-R - Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur) [Internet]. 2016. Disponible à : https://www.sqetgc.org/wp-content/uploads/2016/05/Manuel-EGCPIIR_WEB_TDM.pdf
7. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Health Sciences Division [Internet]. American Psychiatric Association (APA), Edited by Claire GUILABERT, Elsevier; 2015. Disponible à : <http://ebookcentral.proquest.com/lib/cisssmo/detail.action?docID=4337396>
8. Forster S, Gray KM, Taffe J, Einfeld SL, Tonge BJ. Behavioural and emotional problems in people with severe and profound intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2011;55(2):190-8.
9. AAIDD. Déficience Intellectuelle — Définition, classification et systèmes de soutien. Québec : Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS). American association on intellectual and developmental disabilities; 2014 p. 247.
10. Dusome D, Melrose S. Sexuality. Dans Melrose, S., Dusome, D. Simpson, J., Crocker, C., Athens, E. (Dir.) Supporting individuals with intellectual disabilities and mental illness. BCcampus Open Publ [Internet]. 2015; Disponible à : <http://opentextbc.ca/caregivers/>
11. CISSS de la Montérégie-Ouest. Programme spécialisé : Déficience intellectuelle sévère et profonde (PRG-10260) [Internet]. 2021. Disponible à : <https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/prg-10260-programme-specialise-deficience-intellectuelle-severe-et-profonde/telechargement/>
12. CISSS de la Montérégie-Ouest. Directives cliniques : CHSLD pour la clientèle DI-TSA et DP présentant des besoins complexes (18-35 ans). 2019.
13. MSSS. Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée. [Internet]. 2018. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002029/>
14. McGuire L. Creating opportunities for students with intellectual or multiple disabilities. Retrieved Sept. 2001;
15. Doukas T, Fergusson A, Fullerton M, Grace J. Supporting people with profound and multiple learning disabilities: core and essential service standards. 2017;1-40.

16. Plourde P. Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - Collaboration interprofessionnelle. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2016.
17. CISSS de la Montérégie-Ouest. Guide Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences (DPD). 2021.
18. De Koninck T. De la dignité humaine. *Éthique En Éducation En Form.* 2017;(3):7-21.
19. Hagopian L. Behavior analytic approaches to problem behavior in intellectual and developmental disabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* oct 2017;56(10):S148-9.
20. INESSS. L'autonomie des jeunes âgées de 6 à 21 ans qui présentent une déficience intellectuelle. Guide de pratique. [Internet]. Québec: Institut national d'excellence en santé et services sociaux; 2019 p. 221. Disponible à:
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_DI_GP.pdf
21. MSSS. Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. [Internet]. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021. Disponible à:
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>
22. CISSS de la Montérégie-Ouest. Description de fonctions - Infirmière-chef d'équipe [Internet]. 2023 [cité 26 juill 2023]. Disponible à: <https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/description-fonctions-infirmiere-chef-equipe>
23. CISSS de la Montérégie-Ouest. Description de fonctions - Infirmière auxiliaire [Internet]. 2023 [cité 26 juill 2023]. Disponible à: <https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/description-fonction-infirmiere-auxiliaire>
24. CISSS de la Montérégie-Ouest. Description de fonctions - Préposé aux bénéficiaires [Internet]. 2023 [cité 26 juill 2023]. Disponible à: <https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/description-fonctions-prepose-aux-beneficiaires-pab>
25. Office des professions du Québec. Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines [Internet]. Gouvernement du Québec; 2021. Disponible à:
https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf
26. Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. 2691 - Éducateur ou éducatrice [Internet]. 2019 [cité 26 juill 2023]. Disponible à: <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-emploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-emploi/2691-16-0>
27. Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif. 2021.
28. Gouvernement du Québec. Code des professions [Internet]. C-26 2023. Disponible à:
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>
29. Gouvernement du Québec. Gouvernement du Québec. 2023 [cité 26 juill 2023]. Diététiste/nutritionnistes. Disponible à: <https://www.quebec.ca/emploi/informer-metier-profession/explorer-metiers-professions/3132-dietetistes-nutritionnistes>
30. Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec. OOAQ. 2024 [cité 20 juin 2024]. Qui est l'orthophoniste. Disponible à: <https://www.ooaq.qc.ca/consulter/orthophoniste/definition-orthophoniste/>

31. Office des professions du Québec. Loi 90 - Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé - Cahier explicatif [Internet]. 2003. Disponible à: https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf
32. Rôle du dentiste [Internet]. Ordre des dentistes du Québec. [cité 26 févr 2025]. Disponible à: <https://www.odq.qc.ca/grand-public/votre-dentiste-et-vous/role-du-dentiste/>
33. Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Fiche d'emploi – Hygiéniste dentaire. Disponible à: <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-demploi/2261-16-0>
34. Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. Fiche d'emploi – 2696 - Technicien ou technicienne d'intervention en loisir [Internet]. 2019 [cité 26 juill 2023]. Disponible à: <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-demploi/2696-13-0>
35. Gouvernement du Québec. Technicien en diététique [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Disponible à: <https://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/technicien-en-dietetique>
36. Gouvernement du Québec. Gouvernement du Québec. 2023 [cité 16 mai 2023]. Pharmaciens / pharmaciennes - Explorer des métiers et des professions. Disponible à: <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/3131-pharmaciens-pharmaciennes>
37. Lehoux MC. Rapport d'évaluation sur des activités contributives, valorisantes et stimulantes pour les adultes âgés de 22 ans et plus présentant un polyhandicap (Collection). CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ); 2017.
38. MSSS. Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme [Internet]. 2021 [cité 2 mai 2023]. Disponible à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003048/>
39. RIPPH. Modèle MDH-PPH : Le modèle [Internet]. 2010. Disponible à: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
40. CISSS de la Montérégie-Ouest. Processus clinique DSHAPPA. 2023.
41. Paquette, G., Laventure, M. et Pauz. Approche systémique appliquée à la psychoéducation; L'adaptation des individus dans leur environnement. Béliveau éditeur. Boucherville, Québec; 2018.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Catherine Besner, agente de planification, programmation et recherche, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2023-08
	Cindy Sebes, agente de planification, programmation et recherche, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	
	Mélanie Williams, agente de planification, programmation et recherche, Formation et développement professionnel, DSMREU	
	Stéphanie Lemieux, agente de planification, programmation et recherche, Formation et développement professionnel, DSMREU	
	Vanessa Capistran, agente de planification, programmation et recherche, Qualité de la pratique clinique, DSMREU	
	Withney St-Onge-Boulay, agente de planification, programmation et recherche, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	
Révisé par	Annie Collin, agente administrative, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2023-09-01
Personnes consultées	<u>Comité stratégique :</u> Catherine Besner, cheffe de service par intérim, Développement et évolution des pratiques, DSMREU Céline Lachance, cheffe de programme, Programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPD Joé Poulin, gestionnaire responsable du milieu de vie, CHSLD Cécile-Godin, DSHAPPA Marie-Claude Chenail, cheffe d'unité, Maison des Tournesols, DSHAPPA Valérie Guillette, coordonnatrice, Programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPD Victorine Leunga Ndjondjou, directrice adjointe, DSHAPPA Ysabelle Marleau, directrice adjointe, services spécialisés DI-TSA et DP, DPD	2023-06-27
	<u>Comité tactique :</u> Céline Lachance, cheffe de programme, Programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPD Joé Poulin, gestionnaire responsable du milieu de vie, CHSLD Cécile-Godin, DSHAPPA Marie-Claude Chenail, cheffe d'unité, Maison des Tournesols, DSHAPPA Valérie Guillette, coordonnatrice, Programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPD	2023
	<u>Comité de travail :</u> Alexandra Forget, ergothérapeute, DPD Carole Roy, infirmière clinicienne, Maison des Tournesols, DSHAPPA Marie-Josée Roy, Technicienne en éducation spécialisée, Maison des Tournesols, DPD Christine Gaucher, psychoéducatrice, Maison des Tournesols, DPD Mélanie Lapointe, personne-ressource en encadrement clinique (PREC), programme DIS-DIP, DPD	2023-03-22
	<u>Comité de consultation :</u> Cynthia Collin, préposée aux bénéficiaires Gabriel Gagné, technicienne d'intervention en loisirs Isabelle Gadoury, préposée aux bénéficiaires Christine Gauché, psychoéducatrice Line Faille, préposée aux bénéficiaires Mélanie Lapointe, spécialiste en activités cliniques Karine Levasseur-Grenon, ergothérapeute Marie-Josée Roy, éducatrice	2023-05-12
	<u>Instances de consultation :</u> Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières (CECII)	2023-12-11 2025-03-31

Historique du document		
CONCERNANT PLUS D'UNE DIRECTION Approuvé par	Comité exécutif de la DPD	2025-11-20
	Comité exécutif de la DSHAPPA	2025-11-04
Commentaires	Inscrire vos commentaires	

Principales atteintes chez les personnes présentant une DIS ou DIP

Le tableau suivant présente les principales atteintes chez les personnes présentant une DIS ou DIP. Celles-ci sont regroupées selon les trois principaux domaines présentés dans le DSM-5 (7) :

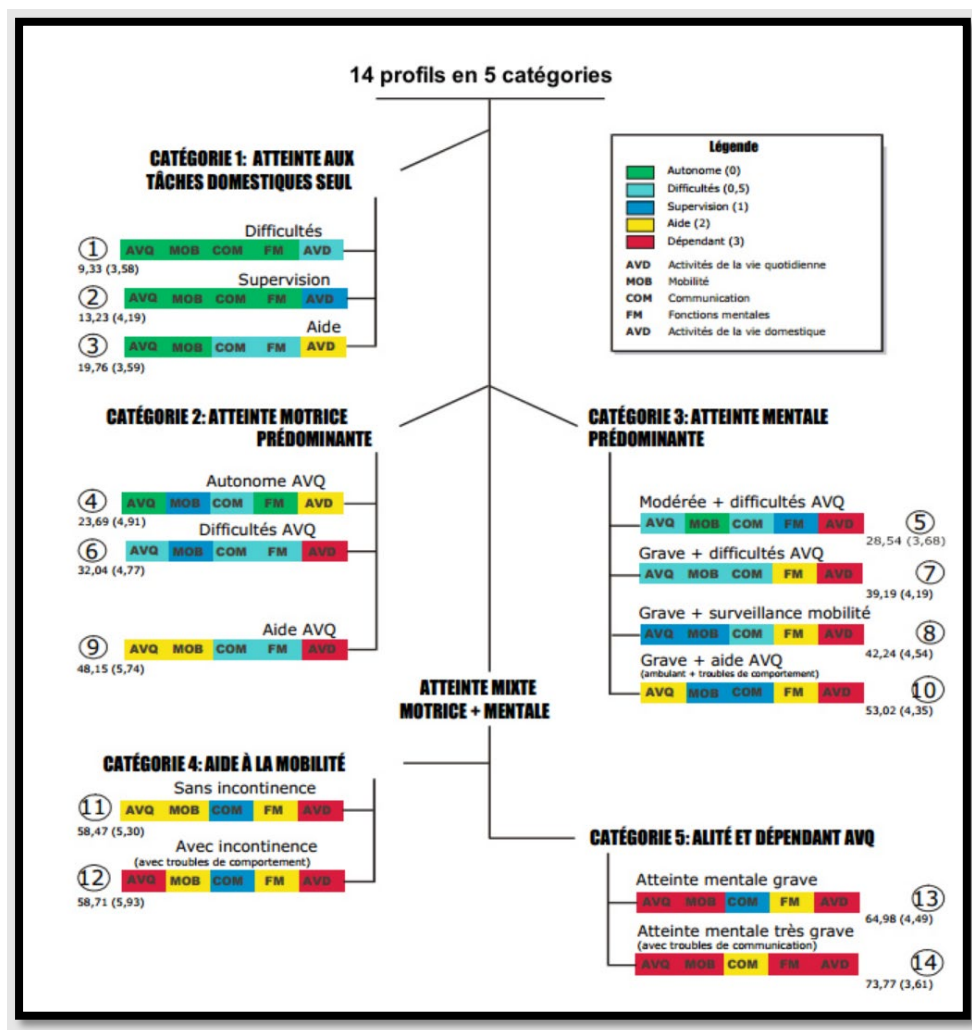
	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
DI sévère	- Acquisition limitée des compétences conceptuelles. - Peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant les nombres, des quantités, le temps et l'argent. - Aide substantielle requise pour résoudre les problèmes tout au long de la vie.	- Langage parlé limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire. - Discours pouvant se résumer à des mots ou des phrases simples et être complété par des moyens de suppléance. - Discours et communication centrés sur « l'ici et maintenant » des événements quotidiens. - Langage davantage utilisé à des fins de communication sociale que d'explications. - Possibilité de langage parlé sans compréhension découlant d'écholalie immédiate ou différée ou de phrases apprises, mais non réellement intégrées.	- Aide requise pour toute activité du quotidien (repas, habillage, toilette, élimination) et nécessité d'une surveillance constante. - Incapacité à prendre des décisions responsables concernant son bien-être et celui des autres. - Nécessité d'un enseignement prolongé et d'une aide constante pour l'acquisition de compétences.
DI profonde	- Acquisition de compétences conceptuelles centrées sur le monde physique et de quelques compétences visuo-spatiales (par exemple, assortir et trier des objets). - Utilisation d'objets de façon appropriée pour réaliser ses soins personnels, travailler ou se distraire. - Possibles déficits sensorimoteurs associés pouvant parfois entraver l'utilisation d'objets.	- Possibilité de compréhension d'instructions et des gestes simples. - Expression des désirs et des émotions principalement dans la communication non verbale et non symbolique. - Compréhension très limitée de la communication symbolique. - Possibles déficits sensorimoteurs associés pouvant empêcher certaines activités sociales. - Relations avec les membres de la famille et des proches sont sources de plaisir et d'aide.	- Dépendance en ce qui a trait à toute activité touchant le quotidien, la santé et la sécurité. Possible capacité à participer à certaines de ces activités. - Actions simples avec objets pouvant servir de base à la participation de la personne. - Déficits sensorimoteurs associés constituant de fréquentes entraves à la participation.

ANNEXE B

Profils ISO-SMAF

Les profils ISO-SMAF représentent un système de gestion axé sur la classification des besoins des personnes en fonction de leur autonomie ainsi que de l'intensité et du type de service requis pour le maintien de l'autonomie. Ils regroupent 14 profils de perte d'autonomie pour représenter qualitativement et quantitativement les besoins. Ces profils sont regroupés en cinq catégories. Le profil est établi par une évaluation de 29 incapacités du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).

Les catégories et sommaire des profils du système ISO-SMAF



La catégorie 4, de ce système, inclut les profils 11 et 12 et considère qu'ils présentent des atteintes motrices prédominantes et des troubles de comportement. Ils peuvent également indiquer que la personne soit incontinente.

La catégorie 5 inclut les profils 13 et 14 qui indiquent que les personnes sont alitées, dépendantes aux AVQ, qu'elles ont des atteintes mentales graves ou très graves ainsi que des troubles de la communication.

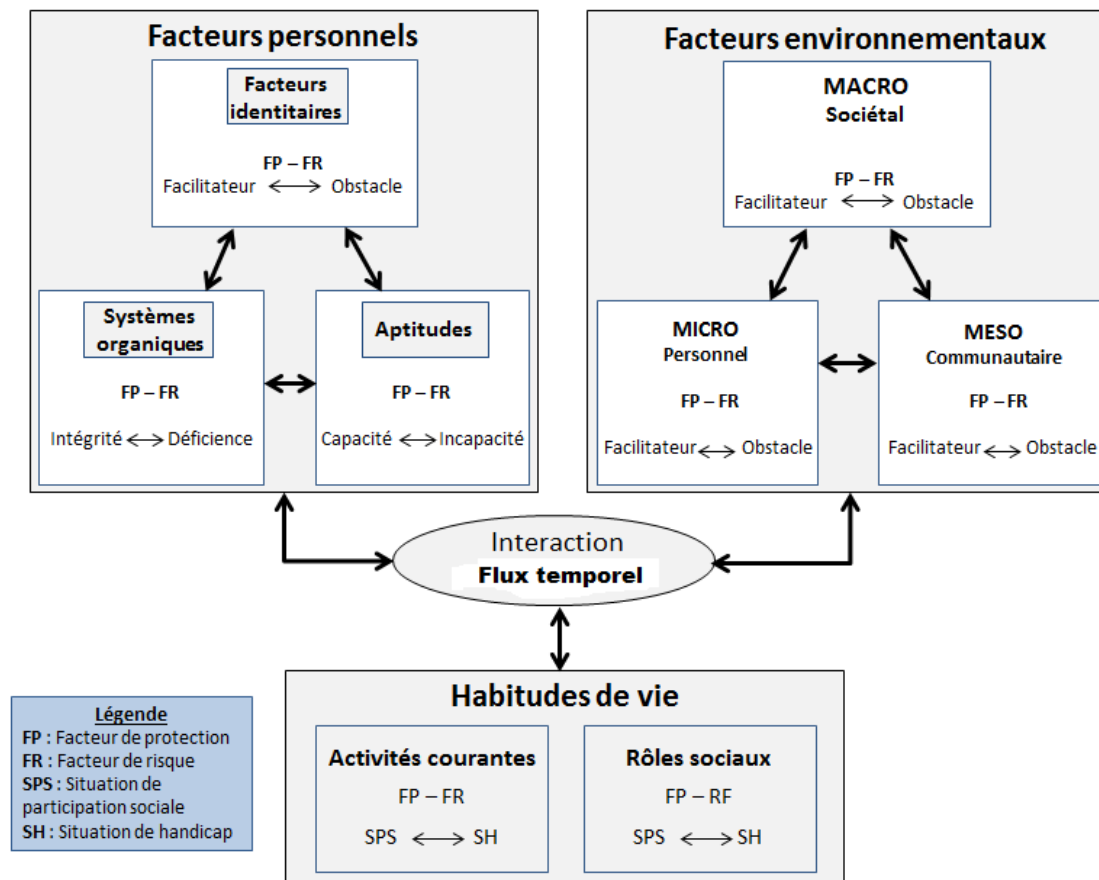
ANNEXE C

Modèle de développement humain

Processus de production du handicap (MDH-PPH)

« Ce modèle met l'accent sur l'aspect situationnel du handicap. Le handicap n'est pas vu comme une caractéristique propre à la personne. La responsabilité du handicap ne repose pas sur la personne, mais sur un ensemble de facteurs qui doivent être pris en considération à toutes les étapes du processus clinique, notamment dans les évaluations des professionnels.

Selon ce modèle, la situation de handicap s'explique en mettant en interaction trois domaines conceptuels illustrés par les trois grands rectangles de la figure ci-dessous (39). La situation de handicap de la personne hébergée n'est donc pas une réalité exclusivement individuelle et permanente, mais bien une situation multifactorielle et évolutive, d'où l'appellation processus de production du handicap.



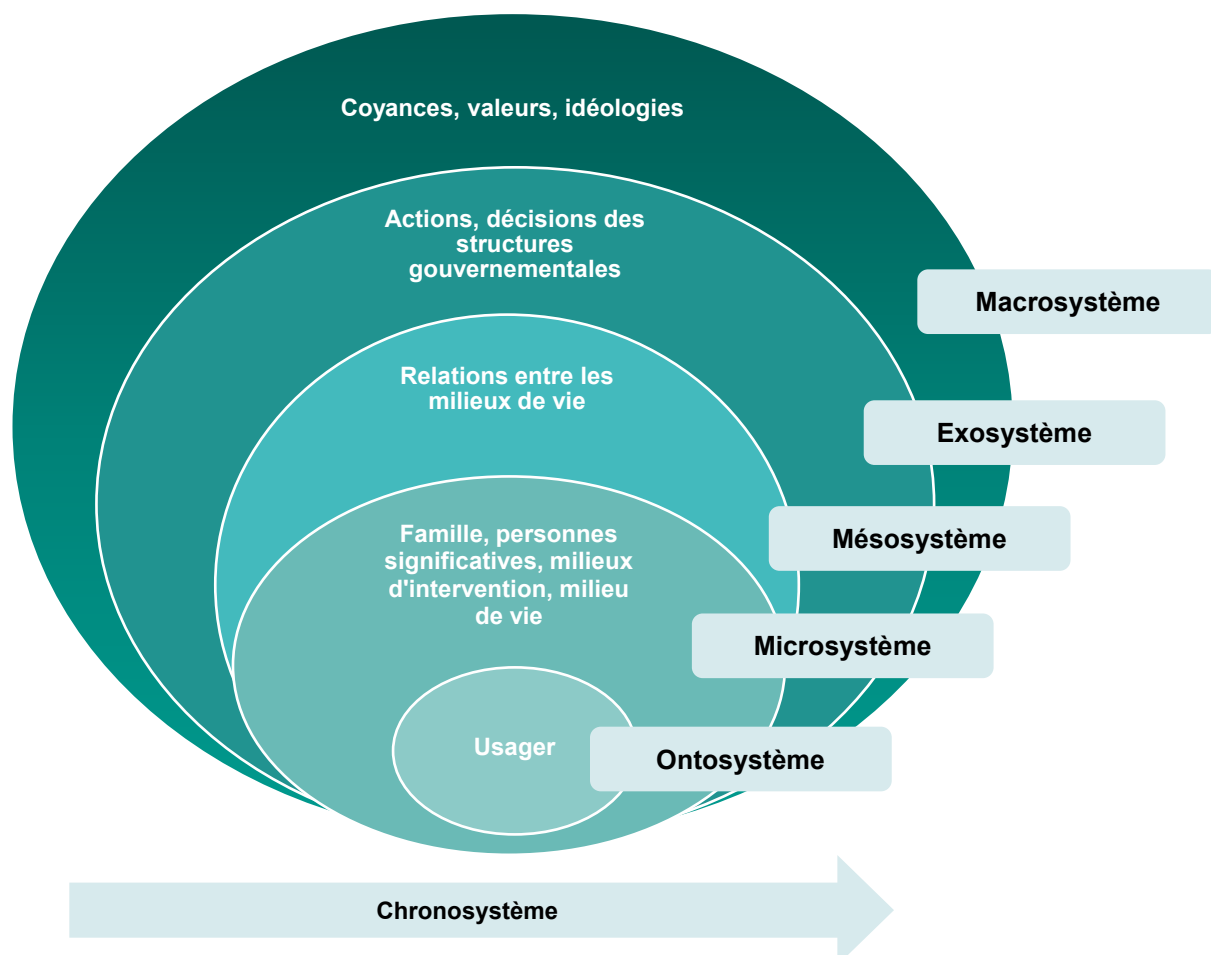
Les habitudes de vie sont issues de l'interaction entre les **facteurs personnels** et les **facteurs environnementaux**. De cette interaction résultent donc deux types de situations :

- Situation de participation sociale : lorsque la réalisation des habitudes de vie est jugée satisfaisante par la personne hébergée et ses proches.
 - Situation de handicap : lorsqu'il y a un déséquilibre entre les facteurs personnels de la personne hébergée et ceux de son environnement, ce qui entrave la réalisation de ses habitudes de vie.»
- (40)

ANNEXE D

Modèle écosystémique

« Le modèle écosystémique regroupe les modèles systémique et écologique (41). Ce modèle démontre l'interdépendance existant entre l'utilisateur, ses proches et l'ensemble des systèmes de son environnement (figure ci-dessous). Bien que l'utilisateur soit au centre de ce modèle, il n'est pas le seul responsable de sa situation et tous les systèmes peuvent contribuer à l'améliorer ou la détériorer (21).



Le modèle écosystémique vise une compréhension globale des besoins de l'utilisateur par l'analyse de ses interactions avec les différents systèmes de son environnement en fonction du temps (11). Transposé en actions concrètes, ce modèle suggère :

- L'analyse des interactions de l'utilisateur avec les différents systèmes autour desquels il gravite;
- La réadaptation de l'utilisateur dans ses différents milieux de vie;
- L'importance de la contribution des différents systèmes dans la mise en place d'interventions auprès de l'utilisateur. » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021b)

