



PROGRAMME Maison Lily-Butters

Services d'évaluation et de stabilisation en milieu résidentiel spécialisé
**Pour des personnes ayant une DI ou un TED
qui présentent un trouble grave du comportement**

Adopté par le comité de direction
LE 29 SEPTEMBRE 2009
Révision adoptée par le comité de direction
LE



CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

de la MONTÉRÉGIE-EST

Remerciements

Nous désirons souligner notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce programme :

Rédaction : Sophie Poirier, conseillère-cadre aux programmes et développement clinique

Comité de rédaction : Martine S. Michaud, adjointe résidentielle
Carole Labelle, psychologue
Martine Gagnon, directrice des services professionnels
Andrée Vel, chef de programme, Unité St-Charles
Marie-Josée Prince

Comité consultatif : Renée Landry, spécialiste aux activités cliniques
Julie Bouchard, spécialiste en réadaptation psychosociale
Laura-Hélène Roy, chef de programme de la Maison Lily-Butters
Martine S. Michaud, adjointe résidentielle
Annick Pouliot, éducatrice
Ginette Demers, conseillère-cadre

Mise en page : Lisette Langlois, technicienne en administration à la DSPRQ

Avant-propos

Dans un souci d'offrir des services spécialisés basés sur des données probantes ainsi que pour faciliter l'implantation des meilleures pratiques, le CRDITED de la Montérégie-Est a choisi une offre de services spécialisés structurée par programme en ayant comme objectifs de :

- Offrir des services spécialisés basés sur les meilleures pratiques et les données probantes;
- Faire le pont entre la recherche et l'intervention terrain;
- Uniformiser la pratique;
- Structurer l'intervention en fonction de la mission et des besoins de la clientèle;
- Permettre la planification de l'évaluation des programmes afin de rechercher, de façon continue, une qualité supérieure dans l'offre de service.

Chacun des programmes est implanté de façon graduelle au sein des pratiques du CRDITED de la Montérégie-Est. À cet effet, une planification de l'implantation est définie en tenant compte de la complexité et de la nature des changements apportés, des considérations propres à chacun des programmes ainsi qu'à leur actualisation. De plus, les programmes seront appelés à évoluer dans le temps puisqu'ils font partie intégrante d'un processus continu d'évaluation et de mise à jour des connaissances permettant d'identifier l'efficacité des interventions et les améliorations à apporter.

Liste des abréviations et des acronymes

AAMR	Association américaine de retard mental
AAPEP	Adolescents and Adults psychoeducational Profile (Profil psychoéducatif pour adolescents et adultes)
ABC	Aberrant Behavior Checklist
AEO	Accès, évaluation, orientation
AP	Aménagement préventif
ASSM	Organisation de services pour la clientèle de la Montérégie présentant de l'autisme ou un autre TED
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIRCLES	Cercles d'intimité ou d'amis
CRDITEDME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
DI	Déficience intellectuelle
DIL	Déficience intellectuelle légère
DIP	Déficience intellectuelle profonde
É.D.D.	Évaluation du double diagnostic
EGCP-II	Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques
EGTC-CI	Échelle de la gravité des troubles du comportement : conséquences et impacts
EPS	Emotionals Problems Scale
ÉVAAS	Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle
GARS	Gilliam Autism Rating Scale
GE.CO.	Gestion de la colère
IDB	Inventaire de dépression de Beck
ITCA	Interventions techniques en lien avec les comportements agressifs
MHAVIE	Mesure des habitudes de vie
MICOS	Modèle d'intervention comportementale spécialisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PA	Prévention active
PEP-3	Psychoeducational Profile – Third Edition (Profil psychoéducatif – 3 ^e édition)
PI	Plan d'intervention
PPH	Processus de production du handicap
PREM-TGC	Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement
PRN	Pro re nata (si besoin)
REISS	Profil Reiss des buts fondamentaux et des sensibilités motivationnelles pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
RI	Ressource intermédiaire
RIPPH	Réseau international sur le processus de production du handicap
RTF	Ressource de type familial
SQETGC (CEMTGC)	Services québécois d'expertise en troubles graves du comportement anciennement connu sous le nom de CEMTGC
SRSOR	Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort

TC	Trouble du comportement
TCTP	Trouble de comportement très perturbateur
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TEACCH	Treatment and Education for Autistic and Children with Communication Handicap
TED	Trouble envahissant du développement
TGC	Trouble grave du comportement

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	II
AVANT-PROPOS	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	IV
TABLE DES MATIÈRES	VI
INTRODUCTION.....	8
1. LA PROBLÉMATIQUE.....	9
1.1 DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE CIBLE	9
1.2 DÉFINITION DE LA CLIENTÈLE CIBLE	9
1.2.1 Les caractéristiques de la clientèle	9
2. DÉTERMINATION DE LA LOGIQUE D’ACTION	10
2.1 MODÈLES THÉORIQUES	10
2.1.1 Le processus de production du handicap (PPH).....	10
2.1.2 L’approche multimodale	10
2.1.3 L’approche structurée et individualisée inspirée de TEACCH.....	11
2.2 OBJECTIF GÉNÉRAL ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	12
2.2.1 Objectif général	12
2.2.2 Objectifs spécifiques	12
2.3 ACTIONS PROJÉTÉES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS	12
2.4 RATIONNEL QUI MOTIVE LE CHOIX DES ACTIONS (THÉORIE DU PROGRAMME)	13
2.5 CONTINGENCES (OBSTACLES PRÉVISIBLES)	13
3. DESCRIPTION DU PROGRAMME	13
3.1 PROCESSUS ET CRITÈRES D’ACCÈS À LA RÉSIDENCE.....	13
3.1.1 Cheminement de la demande de service	13
3.1.2 Critères d’accès et continuum de services	13
3.1.3 Critères d’exclusion	14
3.1.4 Contenu de la demande de service.....	14
3.2 RESSOURCES (HUMAINES, MATÉRIELLES)	15
3.2.1 Ressources humaines : rôles et responsabilités	15
3.2.2 Formation	17
3.2.3 Description des lieux physiques	17
3.3 PROCESSUS D’INTERVENTION	18
3.3.1 Critères de fin de service et réorientation.....	18
3.3.2 Processus clinique.....	18
3.3.3 Actualisation d’un plan d’action multimodale en TGC	19
4. PLANIFICATION DE L’ÉVALUATION DU PROGRAMME DE LA MAISON LILY-BUTTERS	26
4.1 VARIABLES QUE L’ON VEUT ÉVALUER	26
4.2 IDENTIFICATION DES INDICATEURS POUR L’ÉVALUATION DU PROGRAMME	26

ANNEXE A..... 28
CONTINUUM DE RESSOURCES RÉSIDENTIELLES 28

ANNEXE B 36
LISTE DES VARIABLES POUVANT EXPLIQUER LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS 36

ANNEXE C 39
LES OUTILS D'ÉVALUATION..... 39

ANNEXE D..... 41
PLANS DE LA MAISON LILY-BUTTERS..... 41

ANNEXE E 44
FORMATION APPROCHE PRÉVENTIVE ET SÉCURITAIRE 44

Introduction

Les centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) ont la mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation ainsi que d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Ils doivent également fournir le support et l'accompagnement à l'entourage de ces personnes et aux partenaires.

Dans ce but, les CRDITED ont développé une gamme de services spécialisés, soit :

- le service d'accès, d'évaluation et d'orientation;
- les services d'adaptation et de réadaptation à la personne;
- les services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration résidentielle;
- les services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration au travail;
- les services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire;
- les services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches;
- les services de soutien spécialisé aux partenaires.

Ces services permettent, aux personnes ayant une DI ou un TED et présentant une problématique associée (déficience physique, problème de comportement, problème de santé, etc.), de développer leur autonomie, d'être valorisées par la réalisation d'activités diversifiées, de s'intégrer et de participer à leur communauté et, par le fait même, d'accroître leur qualité de vie.

Les études scientifiques rapportent que la présence de troubles graves du comportement (TGC) chez les personnes ayant une DI et encore plus chez les personnes présentant un TED, est élevée en raison même des particularités présentées par ces clientèles. Des taux d'environ 10 % chez les personnes DI et près de 20 % chez les personnes TED sont observés.

L'absence de services adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles graves du comportement peut entraîner les manifestations suivantes :

Chez la personne :

- le maintien ou même la détérioration du comportement et des impacts négatifs importants sur l'environnement physique et humain;
- un fonctionnement qui traduit une grande souffrance et qui compromet le développement de l'autonomie ainsi que l'intégration sociale de la personne.

Chez la famille et l'entourage :

- l'intensification du stress jusqu'à l'épuisement;
- le découragement et le laissez-faire.

Chez les intervenants :

- le développement d'un sentiment d'échec et d'impuissance dans la recherche d'interventions d'adaptation et de réadaptation efficaces.

Pour les centres hospitaliers :

- la prolongation induite de l'hospitalisation de ces personnes dans des lits de courte durée ou à l'urgence.

Évidemment, l'intervention vise à prévenir l'apparition des TGC, mais malgré les efforts investis, il arrive néanmoins, dans une certaine proportion de situations, que les personnes manifestent soit de façon ponctuelle soit sur une base plus continue des comportements qui peuvent nuire à l'intégrité ou à la sécurité de la personne ou à celle de son entourage.

Ce portrait sommaire des difficultés vécues témoigne bien de l'importance de mettre en place des services spécialisés, dispensés dans un environnement permettant une gestion clinique et sécuritaire des manifestations comportementales excessives qui peuvent porter atteinte à l'intégrité de la personne elle-même ou à autrui. Ces services sont adaptés aux besoins spécifiques des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED ainsi que des troubles graves du comportement dont la complexité exige une évaluation approfondie des facteurs sous-jacents aux TGC, et qui ne peuvent être encadrées dans les milieux résidentiels usuels (famille naturelle, RTF-RI, chambre et pension...). (Voir en annexe A, le continuum de services résidentiels.)

Pour répondre aux besoins de ces personnes, le CRDITED de la Montérégie-Est a modifié le mandat de ses résidences et développé de nouveaux services, dont la Maison Lily-Butters. Ce document présente le programme de la Maison Lily-Butters. Nous y abordons la problématique, les modèles théoriques, la description du programme et la planification de l'évaluation.

1. La problématique

1.1 Définition de la problématique cible

Certaines personnes présentant des troubles graves du comportement nécessitent un milieu d'observation et d'évaluation permettant de déterminer et de valider les hypothèses cliniques expliquant leurs causes. La Maison Lily-Butters complète le continuum résidentiel du CRDITED de la Montérégie-Est. Cette ressource constitue un milieu d'observation, d'évaluation et de stabilisation qui se centre sur les facteurs sous-jacents à la problématique TGC. Par l'identification des causes potentielles et la mise en place d'une intervention appropriée, l'objectif poursuivi est la réorientation de l'usager vers le milieu le plus adapté à ses besoins, que ce soit un milieu plus léger ou plus encadré, le cas échéant.

Afin d'intervenir efficacement auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement certaines composantes essentielles doivent être prises en considération, notamment, un milieu physique adapté permettant de faire de l'observation et des interventions intensives spécialisées, des approches spécialisées en TGC (approche multimodale) et une formation permettant aux intervenants de développer une expertise de pointe basée sur des standards de pratique reconnus.

1.2 Définition de la clientèle cible

1.2.1 Les caractéristiques de la clientèle

- Présence d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement
 - Déficience intellectuelle (DI) : « Une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les

habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans ». (AAMR, 2002)¹

- Troubles envahissants du développement (TED) : « *Regroupent plusieurs syndromes liés à des déficiences qualitatives, sévères et envahissantes dans trois aspects du développement : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale, les intérêts et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs. Les personnes ayant un TED forment un groupe très hétérogène tant par le degré de ces altérations que par la présence ou l'absence de troubles associés, tels la déficience intellectuelle ou physique et les troubles plus ou moins graves du comportement* » (MSSS, 2003)².
- Présence de troubles graves du comportement (TGC)
 - Trouble grave du comportement³ : « *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 s'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux* » (CEMTGC, 2006)⁴.

2. Détermination de la logique d'action

2.1 Modèles théoriques

2.1.1 Le processus de production du handicap (PPH)

Le modèle du PPH (processus de production du handicap) permet une compréhension du phénomène du handicap résultant de l'interaction entre des facteurs propres à la personne et des facteurs environnementaux. Il a pour objectif de clarifier les variables déterminantes du processus interactif personne / environnement afin de cibler les interventions pour la prévention et pour l'atteinte d'une qualité de participation sociale optimale (RIPPH, octobre 2007).

2.1.2 L'approche multimodale

Cette approche est privilégiée par rapport aux troubles du comportement. Elle comprend deux volets : l'analyse et l'intervention. L'analyse multimodale vise à identifier les facteurs contextuels (environnement physique et social, style et habitudes de vie, caractéristiques psychologiques actuelles, habiletés déficitaires, santé physique, santé mentale, atteintes neurologiques), de traitement de l'information et de renforcement ayant un impact sur l'apparition du trouble du comportement. L'intervention multimodale porte sur divers aspects : aménagements préventifs, prévention active (grille de désescalade), interventions d'adaptation (apprentissage) et de traitement des caractéristiques de la personne et mesures de soutien à l'entourage.

¹ AAMR (2002) dans AAMR. *Retard mental – Définition, classification et systèmes de soutien*, 10^e édition, Eastman, Québec, Édition Béhaviora inc., 2003, p. 21.

² Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. *Un geste porteur d'avenir – Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, Québec, 2003, p. 9.

³ Trouble du comportement : « *Action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarter des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique* ».

⁴ Marc J. Tassé, Guy Sabourin, Nathalie Garcin, Luc Lecavalier. *Large consensus québécois sur la définition d'un trouble grave du comportement*, L'Express, vol. 1, n°1, CEMTGC, août 2006.

2.1.3 L'approche structurée et individualisée inspirée de TEACCH

« TEACCH⁵ est une approche développée en 1964 par E. Schopler. Elle vise le développement des apprentissages et de l'autonomie. Les aides environnementales et les indices visuels y sont largement utilisés. [...] Un des principes importants de ce modèle est l'individualisation de l'intervention. De plus, les objectifs d'autonomie évoluent avec l'âge de la personne⁶ ».

Une intervention construite en fonction de cette approche tient compte de façon systématique de plusieurs dimensions dans l'intervention :

- **L'organisation physique** (et visuelle) de l'espace, du temps, des tâches et des activités;
- Le **niveau de fonctionnement cognitif** de la personne : l'intervenant connaît le niveau de fonctionnement cognitif (ou minimalement son niveau de développement) et lui propose des activités qui correspondent à ce niveau;
- Les **habiletés de communication** de la personne :
 - Mise en place d'un système de communication alternatif (au besoin);
 - Activités permettant de développer des habiletés de communication;
- Les **habiletés de socialisation** de la personne :
 - Mise en place d'activités de socialisation (décodage des émotions chez elle et chez les autres, expression des goûts, des intérêts et des émotions de façon socialement acceptable, apprendre à entrer en relation avec les autres en personne, par téléphone, par l'écriture ou autrement);
- La **gestion des problématiques comportementales**;
- Un **système de communication entre les différents milieux de vie**;
- La **mise à contribution des proches**.

L'actualisation de stratégies tenant compte de ces dimensions dans l'intervention contribue à diminuer dans un pourcentage pouvant aller jusqu'à 80 %, les troubles de comportement chez la personne. La mise en place de structures visuelles qui contribueront, entre autres, à rendre l'environnement prévisible (et donc à diminuer l'anxiété chez la personne), qui permettront à la personne de comprendre ce qui est attendu d'elle dans un milieu de vie en particulier (éléments de communication réceptive), le fait de lui proposer des activités qui respectent son niveau de fonctionnement cognitif (ni trop faciles, ni trop difficiles pour elle) et tous les autres éléments mentionnés ci-dessus constituent des éléments de prévention des troubles de comportement. Il est possible que des difficultés comportementales persistent et que l'on doive alors s'y adresser dans le cadre d'un programme spécifique, mais beaucoup de problématiques comportementales peuvent être prévenues par une structure et une intervention individualisées. Une bonne connaissance de la théorie de l'apprentissage et des stratégies d'intervention comportementale permet d'apprendre à

⁵ TEACCH est un acronyme signifiant "*Treatment and Education for Autistic and Children with Communication Handicap*".

⁶ ASSM. *Organisation de services pour la clientèle de la Montérégie présentant de l'autisme ou un autre TED*, 2000; L. Beaudet, K. Moxness, M. Nadeau et M. O'Byrne, *op. cit.* (août 2005); A. Perry et R. Condillac, *op. cit.*, 2003, dans Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est, Centre montérégien de réadaptation, Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort, 2009, *op. cit.*, p. 168.

la personne comment utiliser de façon autonome les structures et les moyens mis en place dans son environnement pour maximiser sa participation sociale.

2.2 Objectif général et objectifs spécifiques

2.2.1 Objectif général

Stabiliser les personnes présentant un trouble grave du comportement et un état de désorganisation important, en vue de les réorienter vers le milieu le plus approprié à leurs besoins.

2.2.2 Objectifs spécifiques

La Maison Lily-Butters vise les objectifs spécifiques suivants :

- **Évaluer**, à partir des principes de l'approche multimodale, les manifestations comportementales excessives, les conditions de vulnérabilité et leurs renforçateurs.
 - Analyser à partir de l'ensemble des données recueillies, les causes possibles à l'origine des troubles du comportement de la personne.
- **Stabiliser** le comportement de la personne par différents moyens tels l'aménagement de l'environnement, le changement de la médication, l'ajustement des routines, etc.
- **Transférer l'expertise** afin de permettre une intégration réussie dans le milieu d'accueil répondant aux besoins de la personne.

2.3 Actions projetées pour atteindre les objectifs

L'efficacité de la maison Lily-Butters à réaliser son mandat auprès de la clientèle qu'elle accueille repose sur trois (3) composantes : le milieu physique, les approches cliniques et le personnel.

La Maison Lily-Butters a été construite et aménagée spécifiquement en fonction des caractéristiques d'une clientèle présentant des troubles graves du comportement. La conception architecturale, le choix des matériaux, les aménagements physiques, le mobilier, etc. ont été prévus afin de rendre le milieu, tant pour la clientèle que pour le personnel, le plus sécuritaire possible.

Le choix des approches cliniques tient compte du plus haut niveau d'expertise connue. L'approche multimodale, de même que les standards de pratique se fondent sur des données probantes issues de processus rigoureux d'évaluation. D'ailleurs, afin de mettre à l'épreuve l'efficacité du programme de la Maison Lily-Butters et de l'améliorer éventuellement, un projet de recherche en mesure l'implantation et les effets⁷.

Finalement, pour répondre aux objectifs du programme, une formation spécifiquement préparée pour le personnel de la Maison Lily-Butters comprend, entre autres, l'approche multimodale, le nouveau processus clinique, l'ITCA, etc.

⁷ Un projet de recherche se déroulera durant les trois premières années d'existence de la maison (2009-..). Il portera sur l'implantation de l'approche multimodale et sur l'évaluation du programme de la Maison Lily-Butters. Ce projet de recherche permettra un suivi rigoureux de l'implantation du programme et favorisera ainsi l'atteinte des objectifs permettant de réorienter le plus rapidement possible la clientèle vers des milieux adaptés à leurs besoins. La recherche sera menée par mesdames Diane Morin et Céline Mercier qui sont attachées respectivement à l'Université du Québec à Montréal et à l'Université de Montréal.

2.4 Rationnel qui motive le choix des actions (Théorie du programme)

Le choix des actions retenues s'est fait en fonction de l'hypothèse que la construction de lieux physiques adaptés, combinée à la formation des intervenants sur les différents modèles théoriques, et l'implantation d'approches cliniques validées par des données probantes issues de projets de recherche faciliteront une stabilisation dans les délais les plus courts possible. Le programme de la Maison Lily-Butters permettra le développement de l'expertise nécessaire à l'intervention auprès d'une clientèle présentant des troubles graves du comportement.

2.5 Contingences (obstacles prévisibles)

Le manque de place dans les différents milieux d'hébergement, permettant des réorientations rapides, risque d'être l'obstacle majeur à l'atteinte des objectifs visant à ce que la Maison Lily-Butters soit un milieu de stabilisation et de transition. Aussi, le roulement de personnel, la pénurie de main-d'œuvre, l'accessibilité aux différentes formations et les limites budgétaires pour les aménagements physiques seront des facteurs non négligeables.

3. Description du programme

3.1 Processus et critères d'accès à la résidence

3.1.1 Cheminement de la demande de service

S'il s'agit d'une première demande d'hébergement, le dossier doit être transmis à l'AEO. Après l'évaluation et l'acceptation de la demande, l'utilisateur est inscrit en attente dans le module changement de milieu de vie. Ensuite, la gestion de la liste d'attente est effectuée en fonction des priorités et des places disponibles par le gestionnaire responsable des milieux résidentiels.

3.1.2 Critères d'accès et continuum de services

Pour avoir accès à ce milieu de réadaptation, la personne doit répondre aux critères indiqués dans le tableau suivant.

CRITÈRES D'ACCÈS
Avoir bénéficié d'interventions systématiques et spécialisées, suite aux recommandations de professionnels (psychoéducateur et membres de l'équipe de soutien spécialisé), mais sans résultat lui permettant d'être maintenu dans son milieu; ET
La fréquence, la durée et l'intensité des comportements problématiques nécessitent un milieu physique adapté et sécuritaire; ET
Demande la présence, en nombre plus important, de personnel spécialisé; ET
L'utilisateur présente un état de désorganisation important et nécessite des mesures de contrôle.

3.1.3 Critères d'exclusion

CRITÈRES D'EXCLUSION

- La personne nécessite un environnement hautement sécuritaire, dans un milieu fermé et comprenant la présence d'une équipe d'intervention en situation d'urgence;
- Les moyens à mettre en place afin d'arriver à une stabilisation nécessitent des interventions à long terme (environ 18 mois et plus).

3.1.4 Contenu de la demande de service

LE DOSSIER SOUMIS CONTIENT

- Toutes les informations nécessaires à la tenue d'une rencontre interdisciplinaire :
 - Renseignements généraux;
 - Diagnostics au dossier (passés et actuels);
 - Portrait de la santé physique;
 - Médication passée et actuelle (type de médicaments, posologie, etc.) (l'historique via le pharmacien);
 - Rapports d'évaluation des professionnels impliqués au dossier (liste et recommandations principales) incluant les rapports des dernières rencontres interdisciplinaires;
 - Milieux de vie passés et actuels;
 - Réseau social;
 - Histoire familiale;
 - Explication détaillée de la problématique dans les différents milieux;
 - Observations, évaluations et interventions mises en place et leurs résultats;
 - PI et objectifs en cours et ceux précédents, incluant les plans d'action;
 - Partenaires impliqués.
- La grille d'escalade ou de désescalade.
- L'échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques (EGCP-II).
- L'échelle de la gravité des troubles du comportement : conséquences et impacts (EGTC-DI) (à venir).
- Dimension légale (exemple : régime de protection, garde partagée, judiciarisation).
- Toutes les informations relatives à la planification et au monitoring des mesures de contrôle.
- Grille d'orientation résidentielle.
- Bilan de l'épisode de service.

3.2 Ressources (humaines, matérielles)

3.2.1 Ressources humaines : rôles et responsabilités

Les intervenants et le chef de programme de la Maison Lily-Butters relèvent du CRDITED de la Montérégie-Est. Ils sont appuyés dans leurs tâches par divers professionnels faisant partie d'une équipe de soutien spécialisé. Aussi, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) sera impliqué pour l'implantation de l'approche multimodale et offrira un support important pour les deux premières années. Le projet de recherche et le SQETGC favoriseront ainsi un support et une rigueur dans l'implantation du programme de la Maison Lily-Butters.

Un agent administratif assiste au besoin le chef de programme au niveau de l'administration des ressources : suivi du budget, enquête d'analyse des déclarations d'incidents/accidents de travail, commandes diverses, besoins ponctuels, etc.

Plusieurs types d'intervenants et de professionnels sont impliqués dans les services offerts à la Maison Lily-Butters.

Les intervenants, le chef de programme, le psychoéducateur et le travailleur social (au besoin) constituent l'équipe clinique entourant les usagers. Considérant que la clientèle présente des problématiques complexes et graves, ils sont appuyés dans leurs tâches par divers professionnels faisant partie de l'équipe de soutien spécialisé (psychologue, spécialiste aux activités cliniques, infirmier clinicien). Ensemble, ils constituent l'équipe d'intervention élargie. Ne sont décrites ici que les principales fonctions du personnel relevant du CRDITED de la Montérégie-Est.

Le milieu d'origine

Le psychoéducateur et l'éducateur du milieu d'origine

Ils sont responsables de la présentation de l'usager, du transfert des connaissances et de la mise en œuvre du plan de transition.

L'équipe clinique

Auxiliaire aux services de santé et sociaux

- Il s'assure du bien-être des usagers durant la nuit ou assure la préparation des repas et effectue certains travaux domestiques. Il applique, le cas échéant, les PI.

Assistant en réadaptation

- Il s'assure du bien-être des usagers au quotidien (qualité de vie et participation optimale des usagers dans leur milieu). Il complète les grilles d'observation, applique les PI, anime certaines activités.

Éducateur

- Il complète les grilles d'observation, collabore à la collecte et à l'analyse des données, élabore le plan d'action, définit la programmation individuelle de l'usager, applique les PI, prépare et anime certaines activités, assume un rôle de coaching face aux assistants. Il tient le dossier usager à jour et collabore à l'analyse multimodale.

Psychoéducateur ou spécialiste en réadaptation psychosociale

- Il est responsable de l'évaluation et de l'analyse des besoins ainsi que de l'élaboration du plan d'intervention. Il habilite l'éducateur dans la réalisation des activités du processus clinique

(observation, élaboration du plan d'action, élaboration de programmations). Il est porteur de l'analyse multimodale et recommande les ajustements nécessaires aux interventions entre les rencontres cliniques. Suite à des discussions avec l'équipe de soutien spécialisé, il recommande la fin de l'épisode de service de l'usager. Il assure le lien avec la famille et soutient les partenaires. Lors de la phase d'intégration, il soutient le milieu receveur.

Chef de programme

- Il gère et supervise le personnel de son service : s'assure qu'il (incluant les remplaçants) ait la formation nécessaire. Il s'assure de l'actualisation du plan d'intervention et du développement d'un plan d'action pour chaque usager, voit à l'élaboration d'une programmation de groupe, s'assure de l'actualisation des décisions prises en rencontres cliniques, de la rigueur et de la cohésion des interventions, prend la décision concernant la sortie des usagers et s'assure du transfert d'expertise vers les milieux d'intégration. Il établit les ententes avec les partenaires.

Travailleur social

- Il assure un soutien à la famille et au milieu d'origine. Il collabore à l'analyse multimodale en s'assurant de la compréhension par l'équipe d'une vision systémique et de la dynamique familiale et apporte son expertise psychosociale dans l'élaboration du PI au besoin.

L'équipe de soutien spécialisé

Psychologue

- Il encadre l'équipe clinique sur la compréhension du fonctionnement psychologique d'un usager et formule des recommandations et hypothèses en lien avec l'approche multimodale. En concertation avec l'équipe de soutien spécialisé, il détermine les évaluations, observations et les priorités d'intervention dans chaque dossier usager et recommande des stratégies d'intervention.
- Il est responsable du dépistage des problèmes de santé mentale, autorise les mesures d'isolement et assure un suivi rigoureux de l'utilisation des mesures de contrôle.

Spécialiste aux activités cliniques

- Il collabore à l'analyse multimodale, conseille sur les outils d'évaluation, les aménagements, les techniques d'intervention. Il forme et habilite les intervenants au besoin. Il assure un suivi et ajuste les interventions lors de la transition dans le nouveau milieu.

Infirmier clinicien

- Il est responsable de l'évaluation des problèmes de santé physique et mentale des usagers à l'origine des troubles de comportement et à l'analyse des essais médicamenteux et des effets secondaires de la médication, en lien avec l'approche multimodale. Il est également responsable du suivi des interventions dans le but d'atteindre les objectifs cliniques.
- Il est responsable de l'autorisation et du suivi rigoureux de l'utilisation des mesures de contrôle. Il assume, au besoin, les liens avec les professionnels de la santé. Il assure aussi le lien avec le psychiatre consultant.

Le milieu receveur

Psychoéducateur et éducateur du milieu receveur

- Ils participent à l'élaboration et à la mise en place du plan de transition. Ils sont responsables d'acquérir les connaissances nécessaires à une transition réussie.

3.2.2 Formation

Les intervenants reçoivent les formations de base identifiées par la direction des ressources humaines et celles en fonction des compétences spécifiques nécessaires à l'actualisation du présent programme. Les formations recommandées ci-dessous seront échelonnées dans le temps en lien avec les différentes étapes d'implantation. Les contenus de formation seront également dispensés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement. En lien avec l'évaluation des programmes, la DRQ veillera à transmettre à la DRH des recommandations sur les formations à offrir aux intervenants en lien avec leur rôle au sein du programme, et ce, sur une base annuelle.

LES FORMATIONS SUIVANTES SONT RECOMMANDÉES :

- Analyse et intervention multimodale en TGC;
- Micos;
- Effet secondaire de la médication;
- Démarche clinique individualisée et structurée auprès de la personne TED inspirée de TEACCH ;
- Communication par échange de symboles visuels;
- Programmation en milieux spécialisés (résidentiel);
- Sensibilisation aux approches sensorielles;
- Développement de l'enfant et de l'adolescent;
- Accueil et soutien aux parents;
- Intervention thérapeutique des comportements agressifs (ITCA);
- Scénarios sociaux;
- Double diagnostic;
- Troubles des conduites; troubles oppositionnels, TDAH, trouble de l'attachement;
- Loi sur la protection de la jeunesse.

3.2.3 Description des lieux physiques

Lors de la construction de la Maison Lily-Butters, le mandat donné était de construire un lieu sécuritaire pouvant accueillir une clientèle présentant des troubles graves du comportement. Il était important que l'espace physique soit suffisant pour effectuer des interventions auprès d'une clientèle pouvant se désorganiser et faire des crises importantes. La bâtisse compte deux étages. Le rez-de-chaussée est occupé par la clientèle et l'étage est réservé aux bureaux des intervenants, salles de réunion et salle à manger. La partie occupée par les résidents est divisée en deux sections identiques séparées par la cuisine. Deux salles d'isolement ont été construites incluant des murs capitonnés, intercom et caméras de surveillance. Les corridors sont plus larges et les poignées sont encastrées dans les portes.

En ce qui concerne le mobilier, il est limité au strict nécessaire. Les meubles ont été choisis ou faits sur mesure afin d'être solides, avec le moins d'artifices possibles et relativement lourds afin de ne pas être soulevés. Dans la salle à manger, les tables et chaises ont été vissées au plancher et les rideaux sont fixés par des attaches de type velcro. De plus, quelques chambres et les salles de bain sont adaptées pour une clientèle en fauteuil roulant. Les usagers ont aussi accès à une salle d'activités et une cour extérieure clôturée. Enfin, pour l'ensemble des pièces occupées par les usagers, les matériaux de construction utilisés ont été choisis pour leur résistance accrue.

La construction de cette résidence a été pensée afin d'optimiser le confort des usagers et maintenir la sécurité tout en limitant les accidents ou blessures. La présente description du milieu n'est pas

exhaustive, puisqu'il doit être continuellement adapté en fonction des changements de clientèle, il y aura toujours des ajustements à faire en fonction de nouveaux besoins et comportements. Le guide d'implantation pour une résidence spécialisée TGC peut être consulté pour un portrait plus détaillé des aménagements physiques.

3.3 Processus d'intervention

3.3.1 Critères de fin de service et réorientation

Étant donné que la Maison Lily-Butters se veut un milieu qui vise l'observation, l'évaluation, la stabilisation et la réorientation des usagers qui y sont de passage, les critères de fin de service sont :

CRITÈRES DE FIN DE SERVICE ET RÉORIENTATION

- **Réorientation vers un programme d'encadrement plus léger lorsque :**
 - Le fonctionnement de la personne est stabilisé permettant son retour dans son milieu d'origine ou son intégration dans une ressource résidentielle adaptée à ses besoins;
 - Les interventions d'adaptation et de réadaptation et les aménagements de l'environnement mis en place sont efficaces et transférables dans son milieu d'origine ou dans une ressource résidentielle adaptée à la personne.
- **Réorientation vers un programme d'encadrement plus important lorsque :**
 - L'augmentation de la dangerosité ou l'incapacité à prévoir ou à stabiliser la crise et à identifier les causes des troubles graves du comportement nécessite un hébergement dans un milieu fermé;
 - Les interventions systématiques et spécialisées mises en place suite aux recommandations des professionnels ne donnent pas les résultats escomptés;
 - La personne ne présente plus de potentiel de réadaptation, ne répond pas aux adaptations de l'environnement ou encore, exige une intensité ou une durée d'intervention dépassant le mandat de la Maison Lily-Butters ou nécessite des aménagements qui ne peuvent être transférés dans une ressource plus légère;
 - La personne développe des besoins sur le plan de la santé physique nécessitant un support médical important ou régulier.

Au-delà de ces critères, des indicateurs de fin de service personnalisés sont identifiés et font l'objet d'un suivi pour chacun des usagers dans le cadre du processus clinique.

3.3.2 Processus clinique

Comme pour l'ensemble des services du CRDITED de la Montérégie-Est, le processus clinique doit être rigoureusement respecté. La particularité du mandat de la Maison Lily-Butters fait en sorte que dès l'arrivée de l'utilisateur, un plan d'intervention sommaire est réalisé conjointement avec le psychoéducateur et l'éducateur du milieu d'origine. Ce premier plan vise à structurer la période d'observation, d'évaluation comme prévu au processus clinique. Il comprend, les objectifs à court terme, les moyens mis en place dans l'immédiat et la planification des évaluations à réaliser. Il est essentiel de toujours penser à faire de la prévention active de façon à intervenir le plus rapidement possible, et ce, dès les premiers indices précurseurs de l'apparition du TGC. Plus la connaissance de

l'utilisateur et les indices précurseurs seront précis, plus la probabilité sera élevée d'éviter des désorganisations importantes.

De plus, en fonction des plans d'intervention des différents usagers, une programmation pour la résidence sera planifiée par les différents intervenants et le chef de programme. Cette programmation facilitera la vie en groupe, l'harmonisation des différentes interventions et l'horaire de vie des usagers.

3.3.3 Actualisation d'un plan d'action multimodal en TGC⁸

Étapes d'actualisation d'un plan d'action multimodal en TGC	
A – Constitution de l'équipe de soutien spécialisé	
Actions	Déterminer les membres requis dans l'équipe de soutien spécialisé, incluant au besoin des professionnels externes tels médecins, psychiatres.
Responsable	- Le chef de programme - Collaborateur : le psychoéducateur
Outils	

B – Validation de la demande	
Actions	- Clarifier la demande. - Revoir les données accumulées sur l'utilisateur, le comportement et l'environnement, les hypothèses causales avancées, les interventions mises en place incluant les mesures de contrôle, leurs résultats et les mesures de soutien à l'entourage.
Responsable	Équipe de soutien spécialisé avec le psychoéducateur et l'éducateur.
Outils	Résumé de dossier multimodal.

⁸ Inspiré du Guide d'actualisation d'un plan d'action multimodal en TC-TGC et du guide de pratique pour les services résidentiels spécialisés pour les personnes présentant des TGC, du SQETGC.

C – Observation et évaluation	
Actions	• Demander ou effectuer des observations ou des évaluations complémentaires (psychologue, psychiatre, sexologue...).
Responsable	• Choix des cibles et des périodes d'observation et ajustement des grilles : ▸ psychoéducateur et membres de l'équipe de soutien spécialisé. • Observation : ▸ éducateur, assistant en réadaptation, psychoéducateur ou membres de l'équipe de soutien spécialisé, au besoin. • Compilation et analyse : ▸ psychoéducateur et éducateur avec soutien d'un membre de l'équipe de soutien spécialisé au besoin.
Outils	• Grille sommaire de cotation; • Sections du plan d'action TGC : hypothèses plus intégrées sur les causes du comportement; • MHAVIE (obligatoire à l'arrivée); • Analyse fonctionnelle; • EGCP-II (obligatoire dans les 3 premiers mois de l'arrivée de l'utilisateur) : ▸ Cartes PREM / grille ABC; ▸ Suivi santé : grilles de selles, journal alimentaire, grille de sommeil, suivi du poids, suivi de l'effet du PRN; ▸ Profil REISS (motivations et buts fondamentaux); ▸ Échelle de REISS; ▸ Portrait TED; ▸ Inventaire des renforçateurs; ▸ GARS; ▸ Évaluations neuropsychologie et ergothérapie; ▸ Grille d'humeur; ▸ Diète; ▸ Toutes informations relatives à l'application de mesures de contrôle en contexte non planifié, dans le but de les planifier au besoin; ▸ Évaluation des symboles visuels; ▸ Programmation; ▸ Sensibilisation de l'équipe d'intervention aux profils et/ou particularités des usagers (TED, DIP, trouble de l'attachement, syndromes, etc.).

D – Raffinement des hypothèses	
Actions	• Formuler une ou des hypothèses plus intégrées sur les causes du comportement.
Responsable	• Psychoéducateur, éducateur, équipe d'origine et équipe de soutien spécialisé.
Outils	• Sections du plan d'action TGC : ▸ Grille d'analyse multimodale contextuelle; ▸ Formulation d'hypothèses explicatives du TGC; ▸ Analyse fonctionnelle; ▸ Vidéo de contextes; ▸ Analyse des données antérieures; ▸ Création d'un contexte artificiel (saboter environnement pour valider ou peaufiner hypothèses).

E – Identification d'interventions en aménagements préventifs (AP) en prévention active (PA), en adaptation et en traitement en lien avec les hypothèses	
Actions	• Élaborer ou ajuster le plan d'action TC ou TGC, en fonction des hypothèses: ▸ aménagements préventifs; ▸ prévention active de l'escalade du comportement incluant les mesures de contrôle; ▸ apprentissage; ▸ traitement des troubles de santé physique, psychiatrique ou neurologique. • Planifier les modifications nécessaires dans l'environnement physique; • Identifier les mesures de soutien nécessaires pour l'entourage; • Identifier les ressources humaines nécessaires pour appliquer le plan (intensification des services offerts par l'éducateur ou ajout d'autres ressources, partenaires); • Élaborer un plan de transition si un changement significatif est planifié dans le style de vie de l'utilisateur.
Responsable	• Identification des interventions : ▸ psychoéducateur et éducateur avec aide de l'équipe de soutien spécialisé; • Autorisation des mesures de contrôle : ▸ professionnel désigné;

E – Identification d'interventions en aménagements préventifs (AP) en prévention active (PA), en adaptation et en traitement en lien avec les hypothèses	
	• Validation de la faisabilité des interventions: ▸ questionnaire; • Identification des partenariats : ▸ équipe soutien spécialisé et gestionnaire; • Identification des soutiens aux proches et à l'entourage : ▸ travailleuse sociale et gestionnaire.
Outils	• Compte rendu de rencontres avec l'équipe de soutien spécialisé; • Plan d'action du processus clinique « régulier ».

F – Élaboration du plan d'action multimodal TGC	
Actions	• Rédiger le plan d'action TGC comprenant objectifs et moyens en : ▸ Aménagements préventifs; ▸ Prévention active; ▸ Apprentissage; ▸ Traitements. • Établir, au besoin, un protocole formel de collaboration avec un partenaire pour les situations d'urgence. • Identifier les indicateurs de fin de séjour propres à l'usager.
Responsable	• Rédaction du plan : ▸ psychoéducateur et éducateur; • Conclusion d'une entente avec partenaires : ▸ chef de programme; • Indicateurs de fin de séjour : ▸ psychoéducateur et équipe de soutien spécialisé.
Outils	• Sections du plan d'action TGC : ▸ Aménagements préventifs; ▸ Prévention active; ▸ Adaptation et traitements. • Formulaire mesure de contrôle. • Formulaire de critères de fin de séjour (à développer). • Protocole d'intervention pour mesures de contrôle et révision

G – Implantation du plan d'action TGC	
Actions	• S'assurer d'une compréhension commune des hypothèses et du plan; • Mettre en place les interventions prévues au plan d'action TGC : ▸ Aménagements préventifs; ▸ Prévention active; ▸ Apprentissages; ▸ Traitements. • Mettre en place les mesures de soutien aux proches et à l'entourage; • Offrir un coaching sur la manière d'intervenir.
Responsable	• Mise en place, application : ▸ éducateur, assistant en réadaptation et professionnel, au besoin pour les interventions; • Coaching-terrain pour la mise en place : ▸ psychoéducateur avec aide au besoin, d'un membre de l'équipe de soutien spécialisé; • Mise en place des mesures de soutien : ▸ chef de programme.
Outils	• Procédures du cartable du client; • Réunions d'équipe; • Grille de validation des interventions (voir à la suite de ce document); • Divers outils de communication de l'équipe (logbook, panneau d'affichage, etc.).

H – Suivi des interventions (monitoring)	
Actions	• Évaluer les résultats des interventions aux 2 semaines : ▸ la fréquence, durée ou intensité du TGC; ▸ l'impact sur les causes (habiletés déficitaires, symptômes, facteurs contextuels tels douleur, anxiété, sommeil...). • Si peu de résultats, revoir : ▸ fiabilité de l'information; ▸ conformité dans l'application des interventions; ▸ efficacité des interventions; ▸ erreur d'hypothèse sur la cause du TGC;

H – Suivi des interventions (monitoring)	
	▸ impact d'autres causes. • Évaluer les critères de fin de service.
Responsable	• Choix des méthodes d'évaluation : ▸ psychoéducateur et au besoin, aide d'un membre de l'équipe de soutien spécialisé; • Évaluation : ▸ psychoéducateur, éducateur, assistant en réadaptation; • Compilation et analyse : ▸ psychoéducateur, éducateur avec aide, au besoin, d'un membre de l'équipe de soutien spécialisé; • Révision face à de faibles résultats : ▸ psychoéducateur, éducateur et support de l'équipe de soutien spécialisé.
Outils	• Grille sommaire de cotation; • Autres grilles spécifiques suggérées par l'équipe de soutien spécialisé; • Compilations; • Analyse des épisodes de comportements problématiques; • Formulaire du compte-rendu.

I – Ajustement du plan d'action	
Actions	• Ajustement des hypothèses du plan d'action TGC; • Ajustement des interventions du plan d'action TGC, en fonction des hypothèses et des résultats : ▸ Aménagements préventifs (AP); ▸ Prévention active (PA); ▸ Apprentissages. • Traitements.
Responsable	• Ajustement des hypothèses : ▸ équipe de soutien spécialisé avec le psychoéducateur et l'éducateur.
Outils	• Section du plan d'action TGC : ▸ Grille d'analyse multimodale contextuelle; ▸ Formulation d'hypothèses explicatives du TGC.

I – Ajustement du plan d'action	
	• Sections du plan d'action TGC : ▸ Aménagements préventifs (AP); ▸ Prévention active (PA); ▸ Adaptation et traitements. • Formulaire mesures de contrôle.

J – Élaboration et application d'un plan de transition pour tout changement de ressource ou de service	
Actions	• Élaborer le plan de transition. • Offrir au milieu d'intégration et aux partenaires, en lien avec les besoins spécifiques de l'utilisateur : ▸ information; ▸ formation, coaching; ▸ soutien et suivi.
Responsable	• Élaborer le plan de transition : ▸ psychoéducateur, éducateur, avec l'aide de l'équipe de soutien spécialisé et de l'équipe du milieu receveur; • Coordination des mesures de soutien : ▸ chef de programme; • Information, coaching : ▸ psychoéducateur et éducateur avec aide de l'équipe de soutien spécialisé, au besoin.
Outils	• Résumé de dossier multimodal mis à jour (pour la présentation au milieu receveur); • Plan de transition.

4. Planification de l'évaluation du programme de la Maison Lily-Butters

4.1 Variables que l'on veut évaluer

Évaluation de l'implantation du programme et de ses effets par l'évaluation des variables suivantes :

- Aménagements physiques;
- Approches cliniques;
- Formation du personnel.

4.2 Identification des indicateurs pour l'évaluation du programme

Objectifs	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
Optimiser la sécurité du personnel et des usagers par un aménagement physique adapté	Diminution du nombre et de la gravité des accidents de travail du personnel liés à des problèmes d'aménagement physique	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
	Diminution du nombre de demandes d'aménagement ou de réparation aux services techniques	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
	Diminution du nombre de déclarations de situations dangereuses	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
Offrir les différentes formations de base nécessaires pour le personnel travaillant à la Maison Lily-Butters	Le nombre et la durée des formations prévues comparativement aux formations reçues	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
	Durée et fréquence des différents modes de supervision	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par

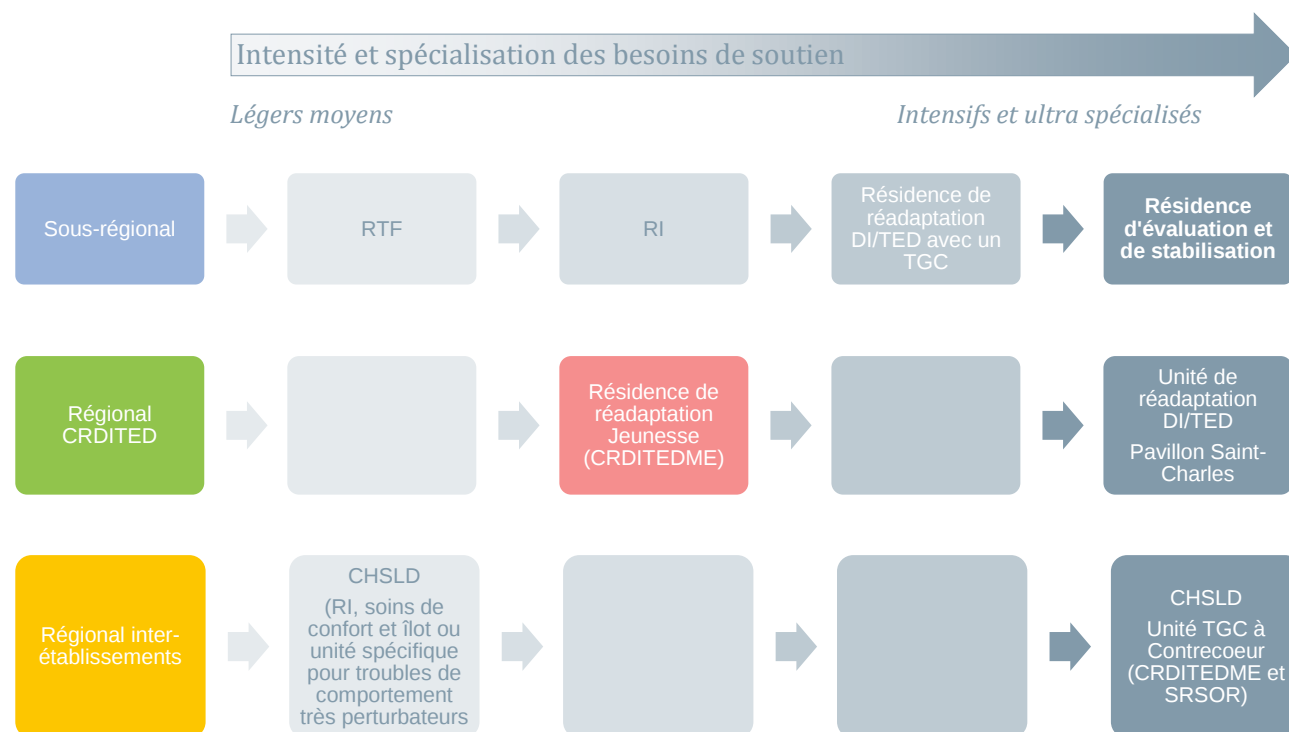
Objectifs	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
			année.
	Nombre de formations reçues par intervenant	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
Respecter la mission de transition et de réorientation de la Maison Lily-Butters	Durée de séjour des usagers	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
	Nombre d'usagers orientés en fin de séjour vers un milieu résidentiel offrant un encadrement moins intensif par type de milieu (famille, RTF, RI) versus nombre d'usagers orientés vers un service de 3 ^e ligne.	Grille de dépouillement	Établir un niveau de base après la première année de vie du programme et par la suite, prendre la mesure une fois par année.
Diminution de la situation de handicap des usagers	Score MHAVIE Score EGCP-II	Outil de mesure MHAVIE EGCP-II	Une fois par année, par usager, lors du plan d'intervention.

Annexe A

Continuum de ressources résidentielles

Continuum de ressources résidentielles

Selon l'intensité et la nature des besoins de soutien



Les mandats

MANDATS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES SOUS-RÉGIONALES			
SERVICE RÉSIDENTIEL EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT – RTF	SERVICE RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT – RI	SERVICE INTENSIF D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE DE RÉADAPTATION DI/TED AVEC TGC	SERVICE INTENSIF D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE LILY- BUTTERS (ÉVALUATION ET STABILISATION)
Ce service offre un milieu de vie résidentiel se rapprochant le plus possible d'un milieu naturel, adapté à l'âge et aux besoins des personnes et intégré à leur communauté MANDAT : Fournir un milieu de vie substitut.	Ce service offre à la personne ayant des besoins nécessitant une intervention soutenue et permanente, un milieu résidentiel spécialisé adapté. MANDAT : Fournir un milieu de vie substitut.	Ce service permet d'évaluer et d'intervenir de manière intensive et temporaire (moyen terme, 12-36 mois) auprès de la personne afin de la stabiliser et de la réorienter vers un milieu de vie le plus naturel possible (situation de crise). Ce service reçoit la personne qui présente une complexité de besoins telle qu'elle ne peut recevoir réponse à ses besoins dans une ressource plus légère, malgré la mise en place de mesures de soutien. Ce service vise à réduire les troubles du comportement comportant une dangerosité pour elle-même ou pour autrui. MANDATS : - Éliminer ou réduire la dangerosité et les situations de handicap qui entravent l'intégration de la personne dans une ressource plus légère. - Favoriser le développement d'apprentissages et l'adaptation de la personne. - Généraliser les apprentissages afin d'orienter la personne vers un milieu plus léger.	Ce service permet d'évaluer et d'intervenir de manière intensive et temporaire (court terme, 1 à 12 mois) auprès de la personne afin de la stabiliser et de la réorienter vers un milieu de vie le plus naturel possible (situation de crise). Ce service reçoit la personne qui présente une complexité de besoins telle qu'elle ne peut recevoir réponse à ses besoins dans une ressource plus légère, malgré la mise en place de mesures de soutien. Ce service vise à évaluer et identifier les causes possibles à l'origine des TGC et à identifier les interventions réadaptatives permettant de réduire les troubles du comportement comportant une dangerosité pour elle-même ou pour autrui. Ce service est offert pour une clientèle pour qui la fréquence, la durée et l'intensité des comportements problématiques nécessitent un milieu physique conçu en fonction d'une clientèle présentant des TGC Afin d'assurer la sécurité de la personne et des autres, les interventions doivent souvent être effectuées par deux personnes et +.

MANDATS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES SOUS-RÉGIONALES			
SERVICE RÉSIDENTIEL EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT – RTF	SERVICE RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT – RI	SERVICE INTENSIF D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE DE RÉADAPTATION DI/TED AVEC TGC	SERVICE INTENSIF D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE LILY- BUTTERS (ÉVALUATION ET STABILISATION)
		Dans ce but, ce service identifie les stratégies d'interventions et les aménagements requis et transférables dans un milieu plus naturel. Ce service ne constitue pas un milieu de vie, mais bien un milieu de réadaptation temporaire et limité dans le temps.	

MANDATS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES RÉGIONALES	
SERVICE D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE DE RÉADAPTATION JEUNESSE	SERVICE D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU INSTITUTIONNEL ULTRA-SPÉCIALISÉ – UNITÉ DE RÉADAPTATION DI/TED SAINT-CHARLES
Ce service permet d'évaluer et d'intervenir de manière intensive et temporaire auprès de jeunes de 13 à 17 ans référés par le Centre jeunesse en raison d'une ordonnance de Cour ou selon des mesures volontaires. Les jeunes présentent des troubles de la conduite et une complexité de besoins telle qu'ils ne peuvent recevoir de réponse à leurs besoins dans une ressource plus légère, malgré la mise en place de mesures de soutien.	Ce service permet d'évaluer et d'intervenir de manière intensive auprès de la personne afin de la stabiliser et de la réorienter vers un milieu de vie le plus naturel possible. Ce service vise la réduction des TGC dont la fréquence, l'intensité, la durée, et particulièrement, la dangerosité et l'imprévisibilité nécessitent des mesures de contrôle qui sont en adéquation avec ce milieu spécialisé et hautement sécuritaire. Il accueille également une clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral entraînant des troubles graves du comportement (en lien avec une entente particulière).

MANDATS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES INTER-ÉTABLISSEMENTS			
CHSLD			CHSLD-TCPT CONTRECOEUR
RI SPÉCIFIQUE	SOINS DE CONFORT	ÎLOT OU UNITÉ SPÉCIFIQUE POUR TROUBLES DE COMPOTEMENTS TRÈS PERTURBATEURS (TCP)	
Ce service vise à offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée, tant en CHSLD qu'en RNI, à des personnes adultes, en perte d'autonomie, présentant une déficience intellectuelle et qui, à cause de conditions de santé associées ou de polyhandicaps graves, ne profitent plus des services de réadaptation et d'intégration sociale du CRDITED. Les personnes visées sont des adultes ou des personnes âgées avec des handicaps graves associés et présentant des problèmes de santé chroniques ou nécessitant des soins de nursing de façon journalière, ou atteintes de démence de type Alzheimer ou de maladies chroniques dégénératives.			Ce service vise à offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée en unité fermée pour troubles graves du comportement à des personnes adultes présentant une DI ou un TED associé à des troubles sévères de comportement. Ces personnes peuvent présenter un état de santé ou une perte d'autonomie variable, mais requièrent une surveillance 24 h/24 h par du personnel professionnel. Toutes tentatives d'hébergement dans des ressources du CRDITED, malgré les stratégies d'intervention, se sont avérées inefficaces et ces personnes ne profitent plus de services de réadaptation.

Les critères d'accès

CRITÈRES D'ACCÈS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES SOUS-RÉGIONALES			
SERVICE RÉSIDENTIEL EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT – RTF	SERVICE RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT – RI	SERVICE INTENSIF D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE DE RÉADAPTATION DI/TED AVEC TGC	SERVICE INTENSIF D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE LILY-BUTTERS (ÉVALUATION ET STABILISATION)
• L'évaluation du fonctionnement de la personne correspond à la cotation de la grille catégo. • Troubles de comportement gérables dans une famille. • Comportements avec moins d'intensité. • À l'aise dans un milieu familial. • Ne nécessite pas de soutien de nuit.	• L'évaluation du fonctionnement de la personne correspond à la cotation de la grille RI. • Type de RI varie selon l'intensité des besoins (maison d'accueil, RI de groupe...). • L'intensité de l'intervention spécialisée ajustée aux besoins.	Enfants, adultes, adolescents TED ou DI. • Présente une complexité de besoins et • Manifeste des comportements dont la fréquence, l'intensité et la durée et la chronicité nuisent à : ▸ Son maintien dans son milieu de vie. ▸ Son intégration sociale ou empêchent son intégration dans un milieu adapté à son projet de vie. + • Présente un potentiel de changement ou un potentiel d'interaction avec son environnement. + • La fréquence, l'intensité et la durée des comportements qui nécessitent des mesures de contrôle sont en adéquation avec un milieu spécialisé et sécuritaire.	Adulte, adolescent DI ou TED Mandat : évaluation, stabilisation et orientation (court terme) • Personne qui, en raison d'une désorganisation majeure, nécessite d'être stabilisée et dont la situation globale doit être réévaluée en vue d'une orientation. • Manifeste des comportements dont la fréquence, l'intensité et la durée nuisent à : ▸ Son maintien dans son milieu de vie. ▸ Son intégration sociale ou empêchent son intégration dans un milieu adapté à son projet de vie. + • Présente un potentiel de changement ou un potentiel d'interaction avec son environnement + • La fréquence, l'intensité et la durée des comportements qui nécessitent des mesures de contrôle sont en adéquation avec un milieu spécialisé et sécuritaire.

**CRITÈRES D'ACCÈS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES
RÉGIONALES**

SERVICE D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU RÉSIDENTIEL SPÉCIALISÉ – RÉSIDENCE DE RÉADAPTATION JEUNESSE	SERVICE D'ADAPTATION/RÉADAPTATION EN MILIEU INSTITUTIONNEL ULTRA- SPÉCIALISÉ – UNITÉ DE RÉADAPTATION DI/TED SAINT-CHARLES
• D.I.L. • Trouble des conduites. • 13-17 ans. • Référée par le Centre jeunesse de la Montérégie. • Manifeste des troubles de la conduite qui compromettent son développement et/ou sa sécurité et dont la fréquence, l'intensité et la durée nuisent à : ▸ Son maintien dans son milieu de vie (famille naturelle, RTF, RI) ou à son intégration dans un milieu adapté à son projet personnel, et/ou ▸ À son intégration sociale. + • Présente un potentiel de changement (apprentissage) lui permettant éventuellement d'être orienté vers une ressource plus légère et/ou • Présente un potentiel d'interaction avec son environnement (gestion du comportement). + • La fréquence, l'intensité et la durée des comportements qui nécessitent des mesures de contrôle sont en adéquation avec un milieu spécialisé et sécuritaire.	• 18 ans et plus. • Clientèle présentant une DI ou un TED. • Présente des TGC dont la fréquence, l'intensité, la durée et particulièrement la dangerosité et l'imprévisibilité des comportements nécessitent des mesures de contrôle qui sont en adéquation avec ce milieu spécialisé et hautement sécuritaire. • A bénéficié d'interventions systématiques dans un CRDITED (traitement pharmacologique, traitement médical, modifications du comportement, etc.) sans réel succès.

CRITÈRES D'ACCÈS DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES INTER-ÉTABLISSEMENTS			
CHSLD			CHSLD-TCTP CONTRECOEUR
RI SPÉCIFIQUE	SOINS DE CONFORT	ÎLOT OU UNITÉ SPÉCIFIQUE POUR TROUBLES DE COMPORTEMENTS TRÈS PERTURBATEURS (TCTP)	
• 18 ans et plus. • Détérioration de la santé physique. • Clientèle présentant une déficience intellectuelle. • État de santé stable avec perte d'autonomie plus ou moins importante. • Aide importante pour les AVQ et les AVD. • Troubles de comportement perturbateurs gérables par le contrôle de l'environnement et l'approche. • Pas de tendance à fuguer. Ne nécessite pas de soins infirmiers ou professionnels réguliers. • Ne peut plus profiter des services de réadaptation du CRDITED.	• 18 ans et plus. • Détérioration importante de la santé physique. • Clientèle présentant une déficience intellectuelle. • État de santé stable avec perte d'autonomie importante. • Nécessite des soins infirmiers sur une base régulière avec présence 24 heures. • Troubles de comportement absents sinon mineurs, peu fréquents, gérables par des mesures simples. • Ne peut plus profiter de services de réadaptation du CRDITED.	• 18 ans et plus. • Détérioration importante de la santé physique. • Clientèle présentant une déficience intellectuelle. • État de santé stable avec perte d'autonomie importante. • Nécessite des soins infirmiers sur une base régulière avec présence 24 heures. • Troubles de comportement très perturbateurs : personne qui crie, accaparante, exigeante, dérangeante... • Toutes tentatives en RI, RTF ou autres ressources d'hébergement du CRDITED épuisées ainsi que toutes les stratégies d'intervention. • Ni agressive, ni violente. • Ne peut plus profiter des services de réadaptation du CRDITED.	Unité fermée pour troubles graves du comportement (TGC) • 18 ans et plus. • Détérioration plus ou moins importante de la santé physique. • Clientèle présentant une DI. • État de santé stable avec perte d'autonomie plus ou moins importante. • Symptômes tels que le résident requiert des soins et de la surveillance 24h/24 par du personnel professionnel. • Troubles sévères de comportement : agressivité, automutilation sévère et fréquente, etc. • Toutes tentatives RI, RTF ou autres ressources d'hébergement du CRDITED épuisées ainsi que toutes les stratégies d'intervention. • Ne nécessite pas de soins spécialisés ou de traitements actifs en psychiatrie. • Ne peut plus profiter des services de réadaptation.

Annexe B

Liste des variables pouvant expliquer les comportements agressifs

Variables pouvant expliquer les comportements agressifs⁹

Variables reliées à l'usager

Variables médicales

- › Besoins vitaux insatisfaits
- › Douleur
- › Maladies endocriniennes et troubles du métabolisme
- › Syndrome prémenstruel, dysménorrhée et ménopause
- › Épilepsie
- › Troubles neurophysiologiques ou neuropsychiatriques
- › Syndromes
- › Déséquilibre neurochimique
- › Médicaments et drogues
- › Abus d'alcool
- › Consommation excessive du café
- › Vieillesse
- › Etc.

Troubles mentaux

- › Troubles anxieux
- › Trouble de stress post-traumatique
- › Troubles de l'humeur
- › Schizophrénie
- › Trouble de la personnalité
- › Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs
- › Déficit de l'attention avec hyperactivité
- › Etc.

Caractéristiques personnelles

- › Problème de communication
- › Fonctionnement intellectuel et adaptatif
- › Faible capacité d'autocontrôle
- › Problèmes d'habiletés sociales
- › Difficulté à résoudre des problèmes
- › Difficulté à gérer le stress
- › Difficulté à discerner et à exprimer ses émotions
- › Faible estime de soi
- › Étapes difficiles de vie
- › Modèles appris de comportements agressifs
- › Seuil aberrant de motivation
- › Etc.

⁹ Tiré de Y. L'Abbé et D. Morin (1999). *Comportements agressifs et retard mental. Compréhension et Intervention*. Eastman: Éditions Behaviora.

Variables reliées à l'environnement

Variables écologiques

- › Caractéristiques de l'environnement
- › Environnement pauvre en stimulation
- › Changements environnementaux
- › Etc.

Variables psychosociales

- › Savoir, savoir-faire, savoir-être
- › Relations avec les pairs, les amis, la communauté
- › Relations avec les intervenants et la famille
- › Changements dans l'entourage de l'utilisateur
- › Environnement pauvre en stimulations sociales
- › Pouvoir décisionnel et accès à des choix limités
- › Demandes de l'environnement
- › Mauvais traitements psychologiques, physiques et sexuels
- › Deuils
- › Etc.

Gestion

- › Qualité de vie et qualité des services
- › Respect des droits de la personne
- › Supervision et soutien clinique
- › Gestion du stress des intervenants
- › Formation du personnel
- › Modèles de services
- › Etc.

Annexe C

Les outils d'évaluation

Les outils d'évaluation

Étant donné la nature spécialisée et individualisée du service, tous les outils et les moyens d'évaluation et d'intervention nécessaires sont utilisés selon les besoins, les forces et les difficultés vécues par l'usager. Les intervenants et les professionnels sont à la fine pointe des « meilleures pratiques » dans le domaine. Voici des exemples de moyens et d'outils:

Évaluation fonctionnelle (si non disponible au dossier)

- Bilan fonctionnel (adolescence et âge adulte)

Évaluation de la santé physique

- Grille du sommeil
- Grille sur le cycle menstruel
- Grille sur l'alimentation
- Grille sur l'élimination

Évaluation en santé mentale (à compléter à la demande du psychologue)

- Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis ou Reiss Screen for Maladaptive Behavior
- Inventaire psychopathologique pour les personnes déficientes intellectuelles sévères et profondes (D.A.S.H. II)
- Évaluation du double diagnostic (É.D.D.)
- Profil Reiss des buts fondamentaux et des sensibilités motivationnelles pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
- Inventaire des comportements compulsifs de Gedye
- Inventaire de dépression de Beck (IDB)
- Emotionals Problems Scale (EPS)
- Aberrant Behavior Checklist (ABC)

Évaluation neurologique (à compléter à la demande du psychologue ou de l'infirmier)

- Épilepsie, crises complexes partielles et comportements associés
- Grille d'évaluation des comportements non convulsifs de Gedye
- Autres

Évaluation sensorielle (à compléter à la demande du psychologue ou de l'ergothérapeute)

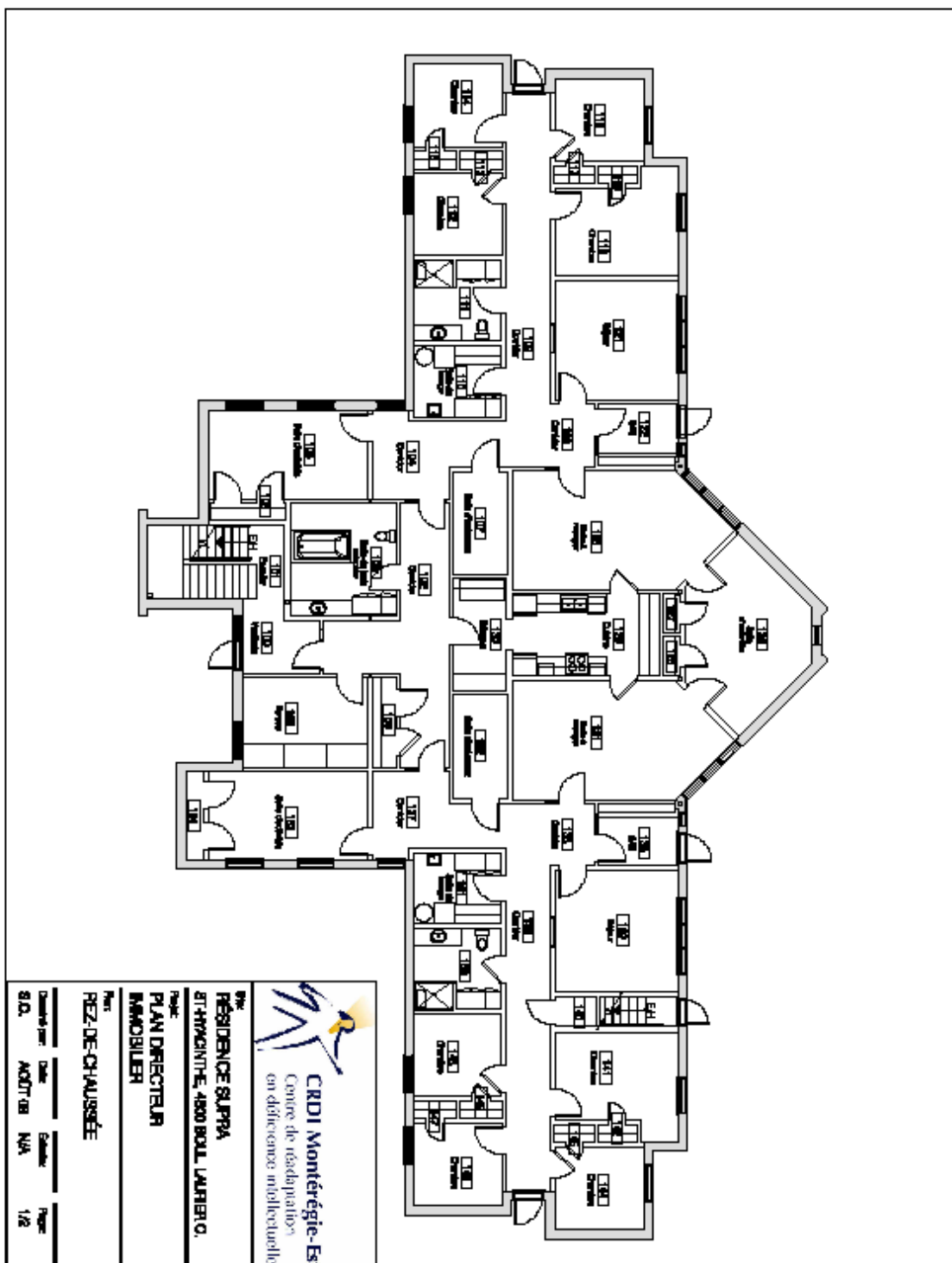
- Profil sensoriel de Dunn

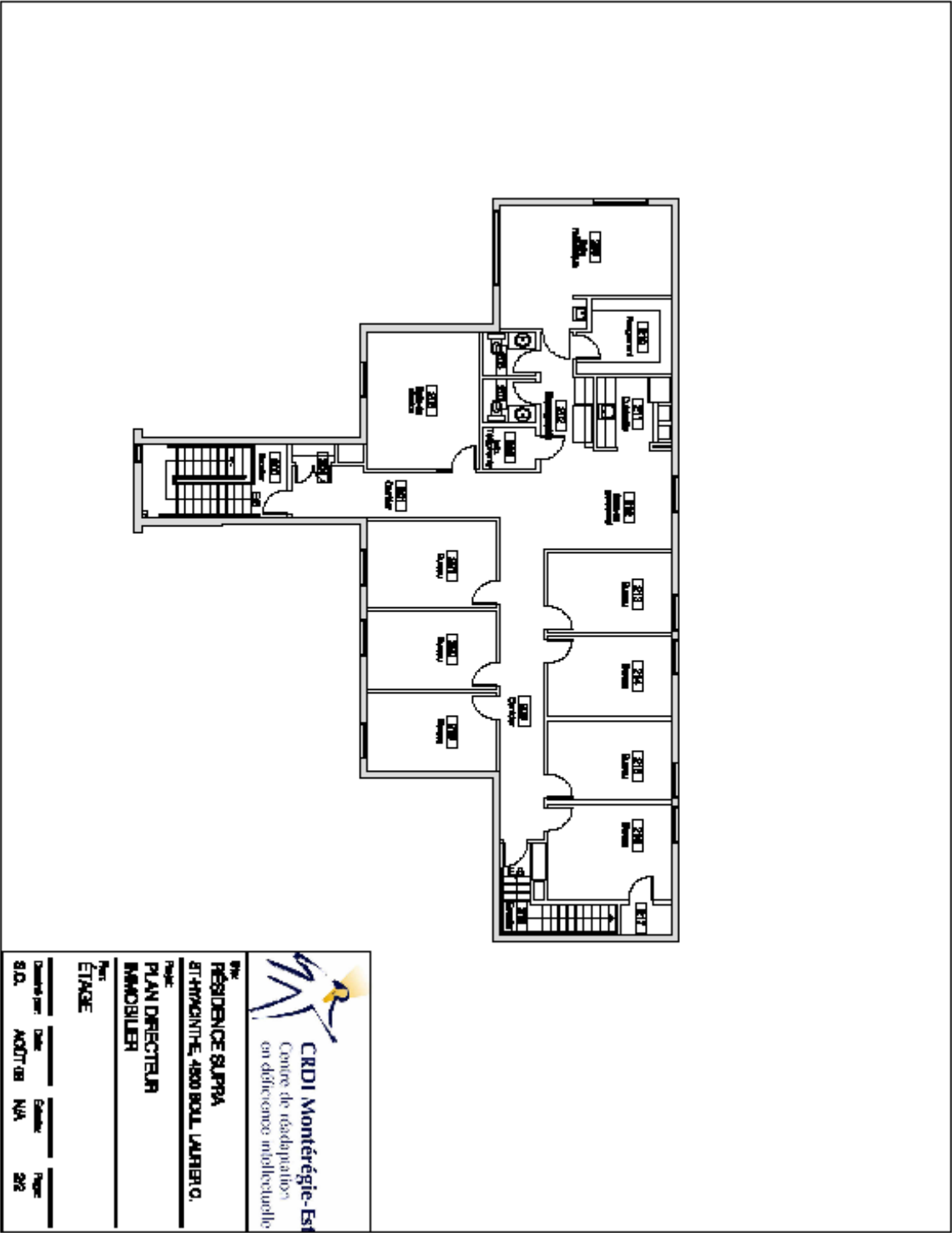
Évaluation et intervention

- Grille d'analyse d'un trouble grave du comportement (incluant la grille multimodale)
- Portrait d'une personne présentant un trouble envahissant du développement
- PEP-3 ou AAPEP
- TEACCH
- GE.CO.
- Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (EVAAS)
- Cercles d'intimité ou d'amis (Circles)

Annexe D

Plans de la Maison Lily-Butters





Annexe E

Formation Approche Préventive et Sécuritaire

Formation Approche préventive et sécuritaire
Section : Guide du participant

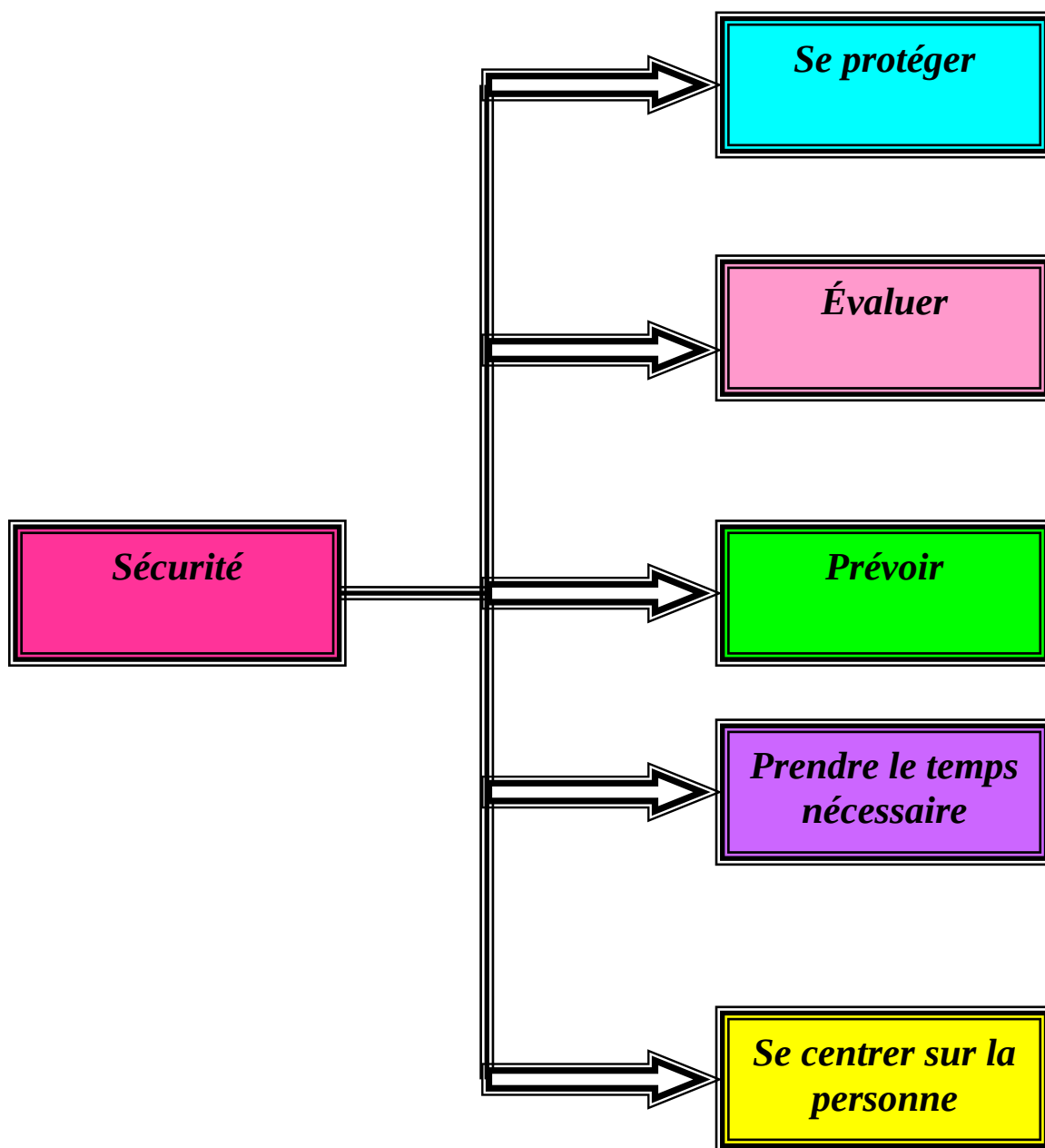
27 septembre 2010

Laura-Hélène Roy, agente de formation
Jean-Yves Maisonneuve, chef de services Résidence Dupré et Pacific
Sylvain Larouche, infirmier-clinicien

Les valeurs

Respect : engendre l'intégrité, l'équité	Inclut le respect de soi-même, de l'autre, des règles, politiques et procédures. Respecter les gens requiert de les traiter avec dignité, mais aussi de faire preuve d'empathie, d'accepter les différences et de reconnaître les forces et faiblesses de chacun. Dans une approche sécuritaire, cela signifie de traiter l'autre comme on voudrait être traité.
Collaboration : engendre la reconnaissance, la valorisation	Nous avons intérêt à travailler et coopérer ensemble à favoriser et valoriser la sécurité dans nos interventions et notre milieu. S'assurer de notre propre sécurité ainsi que celle de nos collègues et des usagers constitue un travail d'équipe, une responsabilité partagée.
Communication : engendre la transparence, la confiance	La communication permet de surmonter de nombreux obstacles et d'aplanir bien des difficultés. Une communication cohérente et empreinte de clarté permet aux personnes de développer un sentiment de confiance et de maîtrise personnelle, nécessaire en relation aidante et en situation de crise. On se doit donc faire preuve en tout temps de professionnalisme, c'est-à-dire respecter le code d'éthique, faire preuve de discrétion et de transparence. Il est donc le devoir de chacun de partager les informations qu'il détient mais aussi d'être à l'écoute.
Engagement : engendre la rigueur, la mobilisation	L'engagement se traduit par la volonté d'agir, la recherche de compétence, l'exigence de la qualité, la constance et la persévérance dans l'action, et l'acceptation de sa responsabilité. Il est donc de la responsabilité de chacun de s'informer de la situation des usagers et d'agir de façon préventive et proactive afin d'assurer la sécurité de tous.

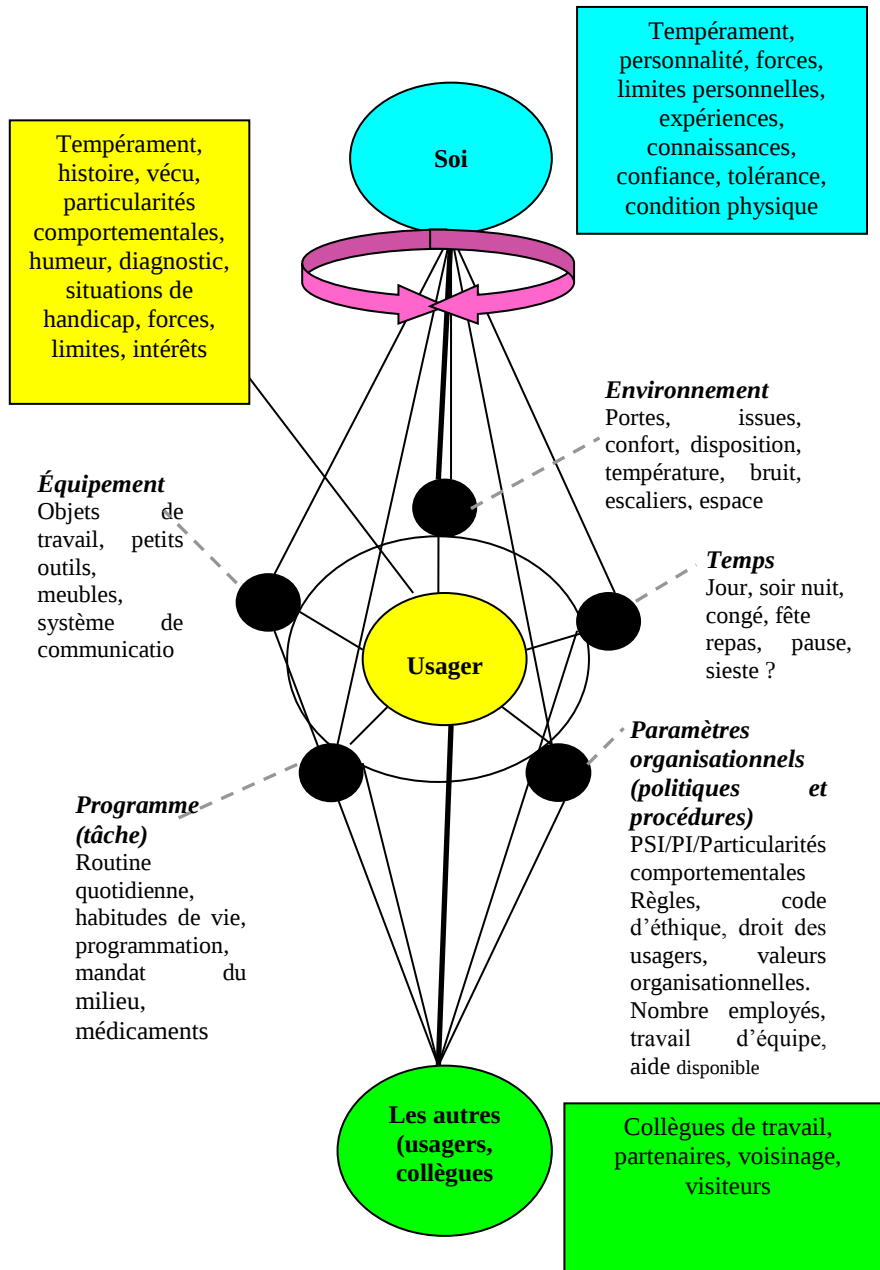
Les principes de base pour assurer la sécurité



PRINCIPES	EXEMPLES
Se protéger	La distance sécuritaire L'équipe Le système de communication Le plan d'intervention, la programmation Les procédures de sécurité L'environnement Interventions préventives
Évaluer	La situation de travail L'utilisateur L'environnement Les forces et limites de chacun Mes propres forces et limites
Prévoir	Le besoin d'aide L'intervention Les risques L'information nécessaire, afin de diminuer l'imprévisibilité La cointervention
Prendre le temps nécessaire	D'écouter D'attendre de l'aide De consulter le plan d'intervention, une procédure De communiquer De désamorcer Bien observer l'état d'anxiété de l'utilisateur Être calme (paraître)
Se centrer sur la personne	Sur le vécu (pas sur le comportement) Sur le contenu du discours Sur le besoin de l'utilisateur Sur la culture de l'utilisateur Sur sa famille Sur les collègues

Réf : (OMEGA, ASSTSAS, 1999)

La situation de travail



Signes avant-coureurs à une situation de crise

Signes comportementaux

- Changements brusques de comportement ;
- Passe rapidement de la coopération à la non coopération ;
- Augmentation de l'activité psychomotrice (ne tient pas en place, fait les cent pas, saute sur place etc.) ;
- S'assoit par terre, dos aux intervenants ;
- Monopolisation de l'intervenant ;
- Change de position, profil prononcé, recule ;
- Refus de collaborer ;
- Apparition de tics ;
- Gestes menaçants ;
- Élève les bras dans les airs, montre le poing ;
- Coups de poings dans la main ;
- Mains se ferment ;
- Balancement du corps ;
- Inclinaison de la tête vers l'avant, protection du cou, brisure du contact visuel ;
- Fléchit les genoux ;
- Verbalisation sur un ton élevé, lance des défis, cris, blasphème ;
- Serrements des dents ;
- Grognements.

Signes physiologiques

- Augmentation du rythme respiratoire, respiration rapide et profonde ;
- Sudation ;
- Dilatations des narines ;
- Pâleur ou augmentation de la coloration du visage, des oreilles, du cou ;
- Dilatation des pupilles, regard fixe, pénétrant ou soupçonneux ;
- Froncement des sourcils ;
- Tension musculaire.

Modèle de la situation de crise

