

GUIDE D'INTERVENTION EN PRÉVENTION ET EN GESTION DES TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT



Guide d'intervention en prévention et en gestion du trouble grave du comportement du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches.

55, rue du Mont-Marie

Lévis (Québec) G6V 0B8

Téléphone : 418-833-3218

Suggestion de citation de la source :

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches (2012). *Guide d'intervention en prévention et en gestion des troubles graves du comportement*. Lévis.

Au CRDITED de Chaudière-Appalaches, nous nous reconnaissons dans les valeurs suivantes qui fondent et colorent nos décisions et nos actions. Celles-ci nous inspirent, nous guident et nous motivent dans notre travail auprès de la clientèle.



La bienveillance



L'équité



L'intégrité

Février 2013

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont collaboré à l'élaboration de ce guide d'intervention. Nous souhaitons donc remercier particulièrement les personnes suivantes, pour leur collaboration et pour les informations qu'elles nous ont transmises. Nous remercions également les personnes qui ont consacré du temps à la lecture d'une première ébauche de ce document et qui ont pris le temps nécessaire afin de le bonifier.

Madame Karine Caissy, ergothérapeute spécialisée en TGC
Madame Martine Gagné, spécialiste en activités cliniques
Madame Nathalie Maheux, spécialiste en activités cliniques
Madame Carole Gauthier, spécialiste en activités cliniques
Madame Martine Gendreau Infirmière
Les éducatrices de la RAC Dussault et Devinci

Un merci particulier aux membres du comité de pilotage en TGC :

Madame Annick Bouchard, directrice des services professionnels, de la qualité et de la recherche (DSPQR)
Monsieur Alain Côté, coordonnateur à la DSPQR
Madame Chantale Fréchette, psychologue, experte TGC de l'établissement
Madame Louise Andrée Poulin, chef de services
Monsieur Gilles Rouleau, chef de services
Madame Barbra Tremblay, directrice des services de réadaptation

Mise en page:

Céline Grondin, technicienne en administration DSPQR

Correction linguistique :

Rédigé par

Monsieur Michel Mercier, conseiller aux programmes
Madame Marie-Hélène Lachance, psychoéducatrice,
agente de planification de programmation et de recherche

Travaux supervisés par :

Madame Annick Bouchard, directrice des services professionnels, de la qualité et de la recherche.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE.....	3
PRINCIPES.....	5
DÉFINITIONS.....	7
Comportement	7
Comportement inapproprié	7
Le trouble du comportement	8
Le trouble grave du comportement	8
Comportements problématiques	8
BUT ET OBJECTIFS DES SERVICES AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES COMPOTEMENTS PROBLÉMATIQUES.....	9
ORGANISATION DES SERVICES EN TGC.....	11
Les trois temps de la prévention	12
Prévention primaire	12
Prévention secondaire	12
Prévention tertiaire	12
SOMMAIRE DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS	15
Intervenant pivot	15
L'équipe de base	15
Rôles et responsabilités de l'équipe de base	17
Professionnels de l'équipe spécialisée en TGC	18
Coordonnateur de l'équipe spécialisée en TGC.....	18
Expert de l'équipe spécialisée en TGC (psychologue)	18
Ergothérapeute spécialisée en TGC	19
RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE BASE : L'APPLICATION DU PROCESSUS CLINIQUE	21
Étape 1 : Validation de la demande	22
Étape 2 : L'identification et l'analyse des facteurs en cause dans la situation en lien avec la demande de service	23
Étape 3 : La planification de l'intervention : élaboration du plan d'intervention.	27
Étape 4 : La mise en œuvre du plan d'intervention	28
Étape 5. La mesure du plan d'intervention et le suivi des interventions (monitoring)	29
Étape 6 : Recommandations, orientation et plan de service individualisé	30
Le soutien à la pratique	31

Équipe spécialisée en troubles graves du comportement	32
Composition de l'équipe spécialisée en TGC	32
Fonction de l'équipe spécialisée en TGC	32
Fonctionnement	33
Rôles et responsabilités spécifiques des membres de l'équipe spécialisée en TGC	33
Étape du processus clinique de l'équipe spécialisée en TGC.....	35
ÉQUIPE MOBILE D'INTERVENTION (ÉMI).....	37
Mandat de l'ÉMI	37
Milieux d'intervention	38
Fonctionnement	38
Inscription de la personne à l'ÉMI	38
Objectifs de l'inscription.....	38
Conditions préalables.....	39
Modalités d'inscription	39
Rôles et responsabilités	40
L'intervenant de L'ÉMI	40
Le gestionnaire de l'ÉMI du territoire	41
Le spécialiste en activité clinique désigné	42
L'intervenant pivot	42
L'agente administrative.....	43
Suivi post-événement (Analyse de l'intervention)	44
Le soutien à la pratique de l'ÉMI	44
RÉFÉRENCES	47
ANNEXES.....	49
Annexe 1. Synthèse des tâches reliées à la gestion des comportements problématiques de l'intervenant pivot	51
Annexe 2 : Grille d'analyse multimodale.....	57
Annexe 3. Le plan d'action multimodal	61
Annexe 4. Les étapes du processus clinique spécifique en TGC.....	65
Annexe 5. Formulaires utilisés par l'équipe ÉMI	69
Annexe 6: Fiche de désescalade	77
Annexe 7. Grille d'observation comportementale ABC	81
Annexe 8. Grille sommaire	85
Annexe 9. Liste des besoins de Boettcher.....	89
Annexe 10 : Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie.....	93
Annexe 11. Instruments de mesure sur le degré de douleur ressentie	99
Annexe 12. Plan de transition.....	103
Annexe 13. GECEN	107
Annexe 14. EGCP.....	111
Annexe 15. Formulaire de demande de l'équipe spécialisée en TGC.....	115
Annexe 16. Outil d'évaluation postévénement.....	121
Annexe 17. Rapport d'intervention ÉMI	125
Annexe 18.Schéma organisationnel des services de l'ÉMI.....	129

LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS

Tableau I : Membres de l'équipe de base selon les milieux résidentiels.....	12
Schéma 1 : Continuum des comportements problématiques	8
Schéma 2 : Structure des équipes.....	11
Schéma 3 : Interventions et continuum de soutien	13
Schéma 4 : Interventions et continuum de soutien selon l'implication des différentes équipes	14
Schéma 5 : Processus clinique.....	17
Schéma 6 : La contribution de l'équipe spécialisée en TGC aux étapes du processus clinique.....	34

LISTE DES ABREVIATIONS

ASSS :	Auxiliaires aux services de santé et sociaux
CAJ :	Centre d'activité de jour
CRDITED :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
DI :	Déficience intellectuelle
EGCP :	Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques
ÉMI :	Équipe mobile d'intervention
FQCRDITED :	Fédération québécoise des centres de réadaptation DI-TED
GÉCEN : :	Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger
PI :	Plan d'intervention
PMU	Plan de mesures d'urgence
RAC :	Résidence à assistance continue
RI :	Résidence intermédiaire
RNI :	Ressource non institutionnelle
RTF :	Ressource de type familial
SAC :	Spécialiste aux activités cliniques
SIPAD :	Système information pour personne ayant une déficience
SQETGC :	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
TC :	Trouble du comportement
TED :	Trouble envahissant du développement
TGC :	Trouble grave du comportement

INTRODUCTION

Ce document représente le guide d'intervention propre au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches, qui établit le fonctionnement recommandé quant à la prévention et à la gestion des comportements problématiques.

Les orientations adoptées dans ce document sont largement inspirées des recommandations de la Fédération québécoise des centres de réadaptation DI-TED (FQCRDITED, 2010), plus spécifiquement du Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC).¹

La prévention des TGC repose en très grande partie sur le travail des équipes de base qui oeuvrent directement auprès des personnes. Cette prévention s'appuie, d'une part, sur leur compréhension et leur appropriation de l'approche positive, de la qualité de vie et de l'autodétermination des personnes et d'autre part, sur la connaissance de leurs responsabilités en matière de prévention et de gestion des TGC

Cependant aucun document ne rassemblait, jusqu'à ce jour, tout ce que l'intervenant pivot et les membres des équipes de base doivent savoir dans ce domaine.

Ce document a pour but d'outiller les intervenants à la prévention et à la gestion des comportements problématiques, et ce, à travers tous les services d'adaptation et de réadaptation de l'établissement.

Plus spécifiquement, il vise à :

- Guider les intervenants dans l'utilisation du processus clinique quant à la gestion des comportements problématiques;
- Informer les intervenants de leurs rôles et de leurs responsabilités en matière de prévention et de traitement des comportements problématiques.

¹ Ayant comme principal mandat de développer et de consolider l'expertise en TGC des CRDITED du Québec, le SQETGC assiste et supervise les professionnels spécialisés en TGC de l'établissement, collabore au rehaussement des compétences et de l'expertise, assure le réseautage de spécialistes, élabore et diffuse des outils cliniques (SQETGC, 2011a)

CONTEXTE

L'élaboration de ce guide prend appui sur la préoccupation de l'établissement quant aux constats, largement documentés, des impacts négatifs reliés aux troubles du comportement ou au trouble grave du comportement auprès des personnes² elles-mêmes, de leurs proches et des intervenants.

Les TC sont davantage fréquents chez les personnes ayant une DI ou un TED que dans la population générale (Farmer & Aman, 2009; Matson & Boisjoli, 2007, 2009a, 2009b; Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Rojahn et al., 2009, dans Matson et al., 2011).

Ils seraient dus, entre autres :

- À des problèmes de santé associés à la DI et au TED;
- À des déficits de communication;
- À des syndromes génétiques.

Parmi les personnes inscrites dans les CRDITED du Québec, la proportion des adultes ayant une DI ou un TED présentant un TC est évaluée entre 35% et 55%. Ceux qui présentent un TGC entre 10 % et 15 % (Gardner, 2002; Benson et Brooks, 2008, dans Sabourin, 2010).

D'une part, les comportements problématiques que présente une personne seraient un obstacle de premier ordre à son indépendance, à son intégration communautaire et à la manière dont elle est perçue par les autres (Emerson, 2005; Gardner & Moffatt, 1990; Luiselli & Slocumb, 1983, dans Matson et al., 2011). D'autre part, ce facteur serait celui qui occasionnerait le plus fréquemment une référence à un professionnel en santé mentale, un placement et un maintien en institution (Reiss et al., 1982; Lakin et al., 1983; Hill & Bruininks, et al., 1988; Szymanski et al., 1991, dans Crocker, Mercier, Lachapelle, Brunet, Morin, & Roy, 2006).

De plus, lorsque des personnes présentant une DI ou un TED manifestent des comportements agressifs, la probabilité qu'elles soient blessées, isolées et qu'elles subissent des interventions restrictives est plus élevée. En outre, ces personnes sont susceptibles d'être assujetties à des mesures de contensions^{3 4} physiques et pharmacologiques.

² Dans ce document, le terme « personne » est utilisé pour désigner la personne ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou pour les enfants en bas âge ayant un retard global de développement. Ces personnes sont inscrites au CRDITED de Chaudière-Appalaches

³ La contention est définie comme étant une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou chimique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2005).

⁴ Pour plus d'information sur la position et les procédures du CRDITED à propos des mesures de contensions, consultez la politique (POL-04-010) : *Utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle.*

Les impacts négatifs des TC/TGC ne se limitent pas seulement aux personnes qui présentent des comportements problématiques. Les proches de la personne, incluant la famille, sont également affectés par ces comportements. L'impact sur la famille se manifeste principalement par un niveau de stress accru, par une grande détresse et par une augmentation des besoins de soutien spécialisés (Hastings & Beck, 2004; Lecavalier, Leone & Wiltz, 2006; Eisenhower, Baker & Blacher, 2005; McIntyre, Blacher & Baker, 2002; Douma, Dekker & Koot, 2006, dans Tassé, 2010). Ces constats démontrent donc l'urgence d'agir auprès de la personne, mais également avec et pour les proches de celle-ci.

Les intervenants sont aussi touchés par les TC/TGC. Ils sont à risque de vivre du stress et de l'épuisement professionnel. Les comportements problématiques sont souvent la principale cause des cas de blessures, d'accidents de travail, d'inactivité et de démission des intervenants. (Hastings & Brown, 2002; Mitchell & Hastings, 2001 dans Tassé, Sabourin, Garcin, & Lecavalier, 2010). Ainsi, le CRDITED de Chaudière-Appalaches tente de remédier à ce problème en outillant les intervenants sur le plan clinique et en implantant des mesures de sécurité structurées et efficaces.

Étant déployé dans plusieurs points de service, le CRDITED de Chaudière-Appalaches se voit dans l'obligation de préciser les rôles et responsabilités de chacun dans l'optique d'offrir un service harmonieux, spécialisé, professionnel et efficace aux personnes et à leur famille.

Ce document identifie donc les interventions probantes en matière de prévention de TC ou de TGC et établit le cadre organisationnel des services, primordial à la sécurité de la personne, de leurs proches et des intervenants.

PRINCIPES

Les principes suivants servent de repères :

- **La prévention** des TGC est à la base du présent guide;
- La **centration sur la personne** (intérêt, motivation, autodétermination, qualité de vie) doit guider chacune des décisions la concernant. La personne et son tuteur participent d'ailleurs à chaque décision;
- **L'intervention sur les causes des comportements problématiques** de la personne nécessite d'abord leur compréhension et doit tenir compte de l'ensemble des caractéristiques et des besoins de la personne et de son environnement dans le sens d'une **approche globale et systémique**;
- **L'augmentation des compétences de la personne** dans différents domaines significatifs pour elle-même et particulièrement dans les zones de compétences déficitaires en rapport avec ses comportements problématiques;
- Une approche de **travail d'équipe interdisciplinaire** est à privilégier dans l'analyse et dans la réponse aux besoins de la personne, compte tenu de la complexité des causes associées aux TGC;
- La complexité de l'intervention exige **un travail systématique** (rigoureux) sur le plan de la planification, de l'intervention, de son ajustement et de l'évaluation des résultats;
- **La réponse aux besoins des personnes** ayant des comportements problématiques requiert un niveau élevé et personnalisé de service en termes de gestion préventive, de traitement, de soutien et de gestion de crise, et ce, dans un plan global et intégré;
- La dispensation des services à ces personnes doit se faire le plus possible dans leur **milieu naturel afin d'éviter les ruptures de liens**, de la manière la moins intrusive et contraignante possible, tout en étant la plus efficace possible;
- Les résultats de ces services d'adaptation/réadaptation auprès des personnes ayant des comportements problématiques devraient se mesurer en termes **d'augmentation de la qualité de vie et de réduction des situations de handicap** plutôt qu'exclusivement en termes de réduction des comportements problématiques et des autres symptômes associés.

DÉFINITIONS

COMPORTEMENT

Un comportement est un enchaînement ordonné d'actions **destinées à adapter l'individu** à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète (Cottraux, 2001, dans Sabourin, 2011).

COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ

Dans ce document, le terme « comportement inapproprié » signifie toute action ou tout ensemble d'actions qui est jugé problématique et qui apparaît de façon isolée et non récurrente (spécifique). La personne peut présenter des comportements inappropriés sans développer de trouble ou avant qu'un trouble apparaisse.

D'autre part, l'apparition d'un comportement inapproprié est le résultat de l'interaction entre des caractéristiques de la personne et des caractéristiques de son environnement (Dosen et al. 2007, dans Sabourin, 2011), à un moment donné (Sabourin, 2001).

En partant de l'hypothèse que la plupart des comportements seraient provoqués par le fait de vouloir répondre à un besoin, les comportements inappropriés devraient être interprétés comme une manière inadaptée au contexte, **mais légitime**, de chercher réponse à un besoin. **En ce sens, les comportements problématiques d'une personne révéleraient à son entourage qu'un besoin ressenti comme important à ses yeux n'est pas satisfait.**

D'ailleurs, les comportements d'une personne ayant une DI ou un TED peuvent souvent prendre la forme de comportements socialement inappropriés, car plusieurs personnes ont des limitations dans leurs répertoires de comportements adaptatifs ou ont des manières particulières de réagir à différents stimuli sociaux.

En d'autres mots, un comportement inapproprié peut être parfois un signal maladroit, mais le seul que la personne soit en mesure d'exprimer à un moment donné de son développement. Ce comportement peut représenter une tentative de répondre à ses besoins, de faire respecter son espace vital, un geste d'affirmation de soi, l'expression d'une préférence ou d'une frustration légitime.

Quand le comportement employé est préjudiciable ou socialement inacceptable on peut croire que la personne ne connaît pas d'autres comportements. Ce serait par manque de moyens alternatifs mieux adaptés qu'elle répète un comportement problématique. Ainsi, ce comportement serait, dans les circonstances et parmi ceux qu'elle connaît, le mieux adapté à sa disposition (Staats, 1986).

Il importe alors pour l'entourage de chercher à comprendre la fonction du comportement plutôt qu'à le qualifier de problématique et de chercher simplement à l'éliminer.

Ainsi, la réadaptation consistera à décoder le sens et la fonction de ces comportements

BUT ET OBJECTIFS DES SERVICES AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

BUT :

Le bien-être physique, psychologique et relationnel de la personne est le but à atteindre par les services, plus encore que simplement l'absence de trouble de comportement.

Ainsi, les services spécialisés offerts par le CRDITED de Chaudière-Appalaches visent à ce que les personnes profitent d'une bonne qualité de vie⁵ et que les situations de handicaps engendrées par leurs comportements problématiques soient réduites.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES :

1. Que la personne atteigne et maintienne un état de bien-être⁶ physique et psychologique. Cet état se réalise et s'observe par les objectifs spécifiques suivants :
 - 1.1. Une santé physique satisfaisante;
 - 1.2. Une santé mentale satisfaisante;
 - 1.3. Un style de vie satisfaisant c'est-à-dire : la participation à des activités personnalisées qui lui plaisent (école, travail, loisirs, vie résidentielle);
 - 1.4. Des relations positives avec les autres personnes de son entourage;
 - 1.5. L'actualisation de ses projets personnels;
 - 1.6. Un réseau social qui lui est propre et des liens réciproques satisfaisants;
 - 1.7. Une vie affective, amoureuse et sexuelle satisfaisante.

⁵ Selon l'approche positive (Fraser & Labbé, 1993), la qualité de vie est le résultat d'un certain nombre d'expériences qui ont permis de vérifier que les besoins exprimés par les personnes elles-mêmes étaient ceux sur lesquels il fallait s'attarder. Les indicateurs de la qualité de vie sont : avoir un chez-soi, avoir un réseau social, vivre des liens de réciprocité, avoir une vie affective et sexuelle satisfaisante, communiquer, avoir un rôle social valorisé, être présent et utile dans la communauté, exercer ses droits, posséder diverses habiletés, avoir un style de vie significatif et enrichissant et être en santé.

⁶ L'état de bien-être est plus que la présence ou l'absence de comportement problématiques (Keyes, 2002). Le sentiment de bien-être des personnes comprend des mesures sur la présence et l'absence de conditions positives dans sa vie (sur le plan psychologique et social).

2. Que les comportements de la personne démontrent que ses besoins sont répondus quant au degré d'**autodétermination et d'interdépendance** ressenti. Exemples : la personne affirme ses préférences, gère elle-même ses moments de contacts avec les autres et ses moments de retraits, décide de ses activités d'une manière qui respecte les autres personnes de son entourage, etc.
 - 2.1. Que la personne ait accès à un chez-soi agréable et sécuritaire.
 - 2.2. Que la personne ait des possessions personnelles et des biens matériels satisfaisants.
 - 2.3. Que la personne ait la possibilité de faire des choix, et ce, plusieurs fois par jour.
 - 2.4. Que la personne ait la possibilité d'exercer ses droits, et ce, en tout temps.
 - 2.5. Que la personne puisse exprimer ses émotions, ses besoins et ses désirs, et ce, en tout temps.
 - 2.6. Que la personne acquière des capacités fonctionnelles alternatives (habiletés de communication et sociales) à l'utilisation de comportements problématiques.
 - 2.7. Que la personne développe des habiletés permettant de mieux composer avec les situations difficiles.
 - 2.8. Que la personne développe des habiletés cognitives permettant de mieux comprendre son environnement.
 - 2.9. Que la personne possède des habiletés et des compétences adaptatives dans plusieurs domaines.

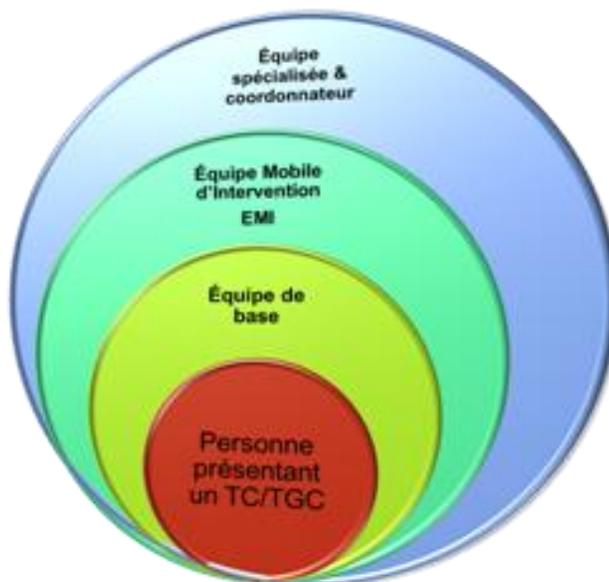
ORGANISATION DES SERVICES EN TGC

Le CRDITED de Chaudière-Appalaches mise sur la prévention des comportements problématiques afin de diminuer la présence de TC/TGC ou d'en éviter l'aggravation. Ainsi, lorsqu'un comportement inapproprié, un TC ou un TGC apparaît, plusieurs intervenants se mobilisent afin d'aider la personne à retrouver un équilibre adaptatif. Il existe trois équipes pouvant intervenir auprès des personnes ayant des comportements problématiques :

- L'équipe de base ;
- L'équipe mobile d'intervention;
- L'équipe spécialisée en TGC.

Ces équipes n'interviennent pas aux mêmes moments et à la même intensité. Pour tous les services de l'établissement, l'équipe de base intervient auprès de la personne de façon quotidienne, dans une optique de prévention des comportements inappropriés et de l'aggravation de la situation. L'équipe mobile d'intervention (ÉMI) intervient de façon sporadique et sur demande, selon les besoins, pour toutes personnes susceptibles de présenter des comportements dangereux pour elle-même et pour autrui. L'équipe spécialisée en TGC est une ressource qui répond à des besoins particuliers lorsqu'une personne présente un TGC, demandant un degré d'expertise et d'intensité plus élevé. Les fonctions de ces équipes est présentée ultérieurement.

Schéma 3 : Structure des équipes



LES TROIS TEMPS DE LA PRÉVENTION

Afin de prévenir l'apparition de crise comportementale aiguë qui pourrait conduire à l'exclusion sociale et communautaire des personnes, les différentes équipes agissent selon trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Lorsque les interventions relatives à la prévention primaire ne suffisent pas à améliorer la situation, les stratégies liées à la prévention secondaire ou tertiaire sont amorcées. Ainsi, selon chaque niveau de prévention, plus les comportements sont problématiques, plus l'intensité de service est augmentée.

Prévention primaire

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition et l'aggravation des comportements problématiques. Les objectifs poursuivis par la prévention primaire devraient être atteints, soit en améliorant ou en modifiant les conditions générales de l'environnement (aménagement préventif) ou en cherchant à obtenir des modifications sur le plan comportemental de la personne. Les principes de l'approche positive sont exercés en tout temps afin de répondre aux besoins des personnes. **Les principaux responsables de la prévention primaire sont les membres de l'équipe de base.** Ils agissent au quotidien en conformité avec la philosophie d'intervention et en complémentarité avec les autres services du milieu. Que les personnes manifestent ou non des comportements inappropriés, un TC ou un TGC, les interventions issues de la prévention primaire sont toujours mises en œuvre en complémentarité avec les autres niveaux de prévention.

Prévention secondaire

À ce point de vue, la personne peut présenter un TC ou être à risque de présenter un TGC, ce qui nécessite plusieurs interventions structurées afin d'éviter que ce trouble ne s'aggrave. En surplus aux interventions relatives à la prévention primaire (aménagement préventif et interventions comportementales), la prévention secondaire vise quant à elle à arrêter l'évolution de l'escalade comportementale par le dépistage des signes précurseurs. Ainsi, des mesures de prévention active sont mises en place par l'équipe de base, accompagnée par l'équipe spécialisée en TGC au besoin. Une fiche de désescalade peut être ainsi élaborée pour prévenir l'apparition des comportements problématiques et les cas de blessures. Les étapes du processus clinique sont effectuées de façon plus intense en termes d'évaluation, d'intervention et de suivis.

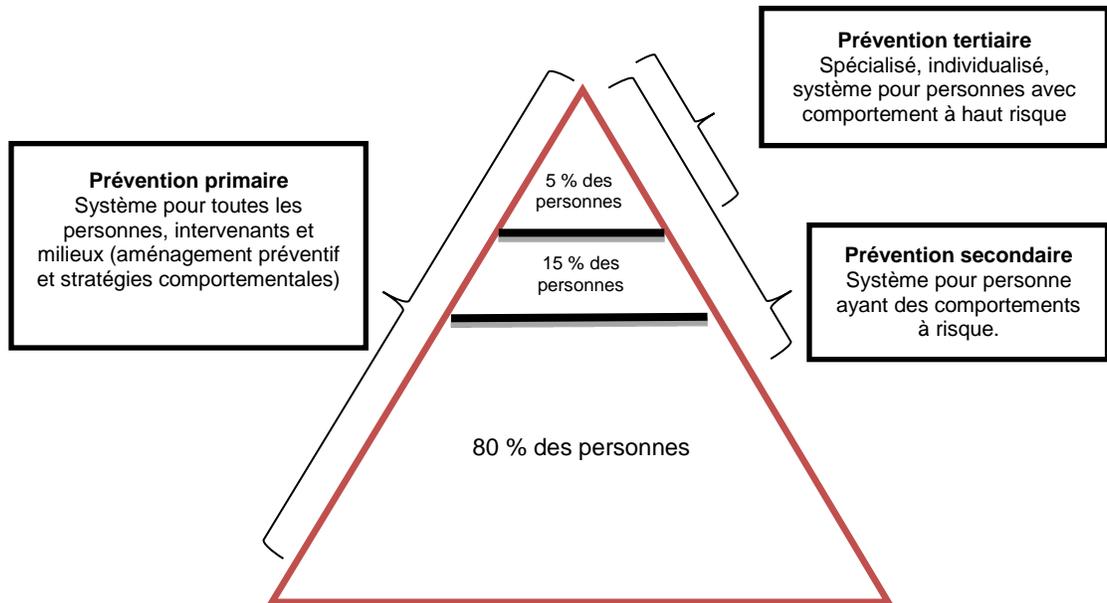
Prévention tertiaire

La prévention tertiaire, quant à elle, offre un traitement clinique destiné à réduire le risque de rechute et de chronicité d'un TGC aux moyens d'analyses cliniques approfondies et d'interventions comportementales intensives. L'équipe spécialisée en TGC collabore avec l'équipe de base afin d'éviter l'aggravation du TGC et d'en réduire les manifestations. Dans le processus d'application de l'offre de service résidentielle, la prévention tertiaire concerne la prise en charge de la personne en vue d'un traitement de réadaptation intensif et temporaire. Cette prise en charge peut nécessiter le déplacement de la personne vers un milieu de réadaptation pour des périodes prédéterminées en fonction du plan d'intervention de la personne. Une fois dans une

RAC ou RI, les interventions peuvent varier d'intensité selon le besoin de la personne et la nature des comportements qu'elle manifeste. Ainsi, l'équipe de base peut effectuer des interventions relatives à la fois à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Le Schéma 4 illustre les interventions relatives à chaque niveau de prévention pour l'ensemble des personnes bénéficiant des services des CRDITED.

Schéma 4. Interventions et continuum de soutien

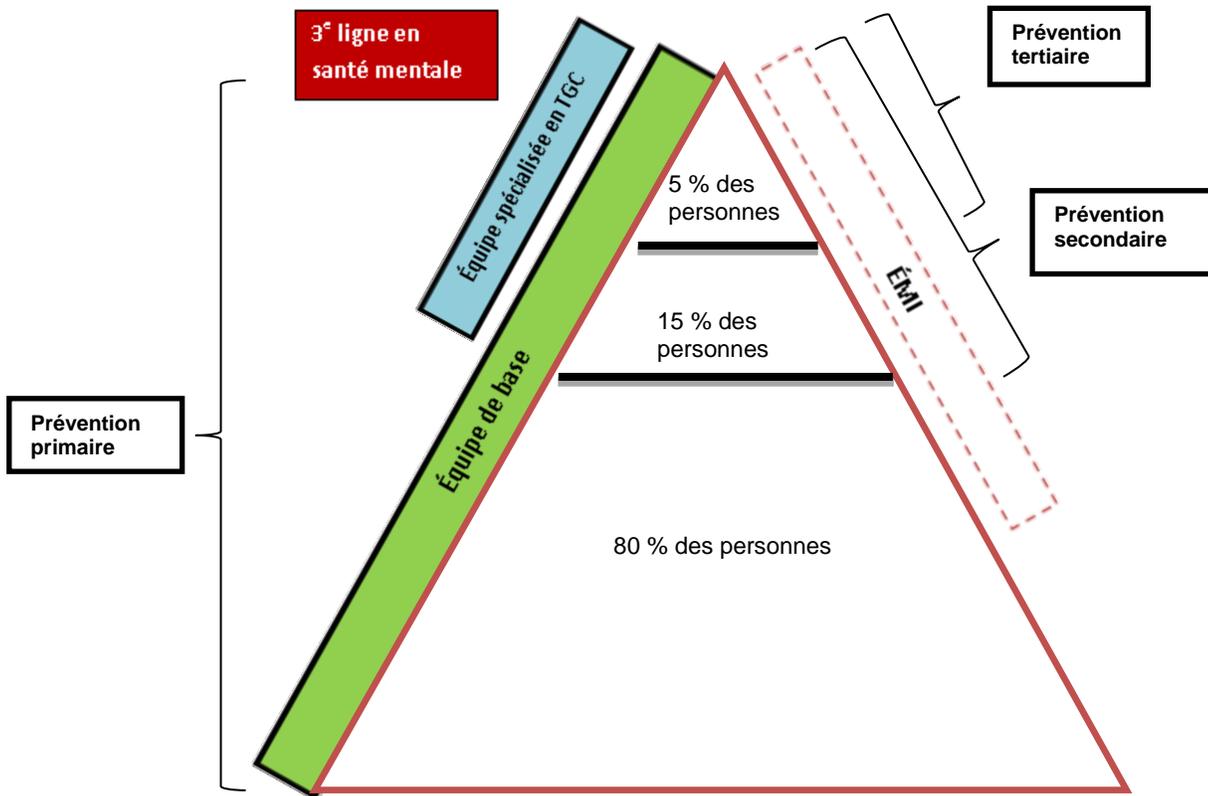


Tiré de Keith, S. et Sikorski, PBIS, 2011, dans Labbé, 2011.

Le schéma suivant présente les interventions de prévention selon l'implication de l'équipe de base, l'équipe spécialisée en TGC et l'ÉMI. L'équipe de base, étant responsable de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, est toujours présente dans le cheminement de la personne, peu importe la nature du comportement qu'elle présente. L'équipe spécialisée peut s'impliquer lorsque des interventions plus spécialisées sont nécessaires en prévention secondaire et s'implique spécifiquement en prévention tertiaire. Pour sa part, l'ÉMI peut intervenir à travers tous les niveaux de prévention, selon la dangerosité du comportement émis lorsque la personne présente au moins un comportement inapproprié.

Schéma 5. Interventions et continuum de soutien selon l'implication des différentes équipes.

Tiré et adapté de Keith, S. et Sikorski, PBIS, 2011, dans Labbé, 2011.



SOMMAIRE DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

INTERVENANT PIVOT

L'intervenant pivot est responsable des services offerts à la personne dont le dossier lui est attribué et assure la mise en œuvre du processus clinique. Ainsi, il planifie et veille à l'application du plan d'intervention. Il est également responsable de l'intervention, de la collaboration et du soutien à la famille, aux proches et aux partenaires autour de la personne. L'intervenant pivot effectue aussi la tenue de dossiers selon les procédures et politiques de l'établissement.

L'intervenant pivot est mandaté auprès de la personne afin de développer une relation de confiance, d'éducation et de médiation. En ce sens, il soutient le développement de comportements adéquats et d'autorégulation (Sabourin, 2009). L'intervenant pivot est désigné par le chef de service. Cet intervenant peut être un éducateur du CAJ, un éducateur en intégration au travail, un éducateur en RAC, un éducateur en adaptation/réadaptation, un psychoéducateur ou un intervenant social au suivi de la personne hébergée. (CRDICA, 2010)

Les tâches relatives à l'intervenant pivot, en ce qui a trait à son rôle spécifique en gestion des comportements problématiques à travers les étapes du processus clinique, sont regroupées à l'Annexe 1.

L'ÉQUIPE DE BASE

L'équipe de base est constituée des intervenants assignés au dossier, des contractuels (responsables de ressources résidentielles non institutionnelles et leurs employés) et des proches qui partagent le quotidien avec la personne.

La FQCRDITED (2010) définit l'équipe de base des CRDITED comme étant une équipe qui intervient de **manière courante et continue** en relation avec la mission spécialisée d'adaptation et de réadaptation, d'intégration et de participation sociale auprès de la personne et de son entourage. Ainsi, dans tous les services de l'établissement, chaque personne bénéficie des services d'une équipe de base durant son épisode de service.

Sa composition est variable selon le milieu de vie et les services auxquels la personne est inscrite. Cette équipe est la première responsable des services et de l'élaboration du plan d'intervention, elle s'associe, au besoin l'équipe spécialisée pour la soutenir. Elle reste toujours impliquée auprès de la personne. Afin d'assurer la complémentarité des disciplines dans la réponse aux besoins des personnes, les intervenants collaborent au quotidien. Ainsi, l'équipe de base est interdisciplinaire.

Composition de l'équipe de base

Tableau I. Membres de l'équipe de base selon les milieux.

Résidences à assistance continue (RAC)	Ressources non institutionnelles (RNI)	Milieu familial
Intervenant pivot : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducateur en RAC ▪ Éducateur CAJ ▪ Éducateur intégration au travail 	Intervenant pivot, pouvant être un parmi ceux-ci : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenant social ▪ Éducateur CAJ ▪ Éducateur intégration au travail ▪ Éducateur adaptation/réadaptation 	Intervenant pivot, pouvant être un parmi ceux-ci : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducateur adaptation/réadaptation ▪ Éducateur CAJ ▪ Éducateur intégration au travail
Auxiliaires aux services de santé et sociaux		
Spécialiste aux activités cliniques	Spécialiste aux activités cliniques	Spécialiste aux activités clinique
Famille - proches	Famille- proches	Famille- proches
Chef de service	Chef de service	Chef de service
Infirmière	Infirmière	Infirmière
Intervenant social	Intervenant social au suivi de la ressource	
Psychoéducateur*	Psychoéducateur *	Psychoéducateur*
Orthophoniste*	Orthophoniste*	Orthophoniste*
Ergothérapeute*	Ergothérapeute*	Ergothérapeute*
Autres intervenants significatifs	Autres intervenants significatifs	Autres intervenants significatifs

* Lorsque requis ces professionnels peuvent se joindre à l'équipe de base

Rôles et responsabilités de l'équipe de base

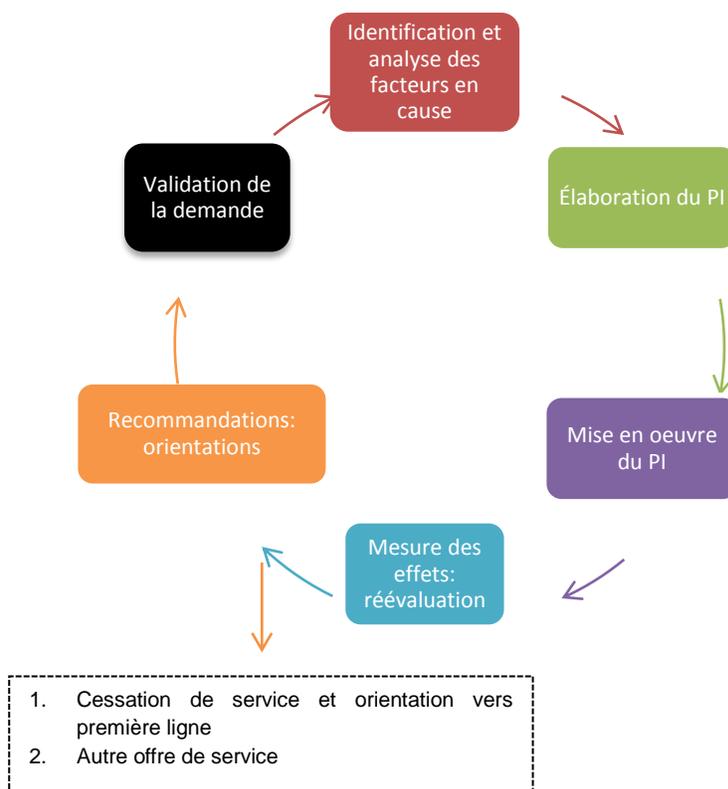
Au quotidien, l'équipe de base est responsable de la mise en œuvre du processus clinique, illustré au Schéma 2. Le processus clinique, dont les étapes sont détaillées aux tableaux suivants, conduit à l'élaboration de la grille d'analyse multimodale (Annexe 2) et du plan d'action multimodal (Annexe 3). **Dès qu'un comportement inapproprié est susceptible d'apparaître, l'application du processus clinique correspond à la démarche de l'analyse et du plan d'action multimodal.**

Les rôles et responsabilités de l'équipe de base relatifs aux trois niveaux de prévention, sont détaillés pour chaque étape du processus clinique aux pages suivantes et résumés à l'Annexe 4. Que les interventions visent à prévenir l'aggravation de la situation ou l'apparition d'un TC ou d'un TGC, les étapes du processus clinique sont les mêmes.

Ce qui différencie les interventions relatives aux comportements généraux et problématiques (prévention primaire), au TC (prévention secondaire) et au TGC (prévention tertiaire), c'est l'intensité de service et le degré d'expertise requis pour éclaircir les problèmes, parfois très complexes lorsqu'une personne présente un TGC.

Lorsque les interventions identifiées n'ont pas l'impact désiré, que les comportements perdurent ou s'aggravent et que les intervenants sont à bout de ressources, l'équipe de base fait appel à l'équipe spécialisée en TGC qui collabora avec elle à la poursuite de la réalisation du processus clinique.

Schéma 2. Processus clinique



Professionnels de l'équipe spécialisée en TGC

Un coordonnateur en TGC et un expert en TGC sont désignés au CRDITED de Chaudière – Appalaches comme dans la plupart des établissements membres de la fédération afin de travailler en collaboration avec le directeur du SQETGC et les experts-conseils en TGC du SQETGC (SQETGC, 2011c). Ces professionnels agissent à titre d'agents de liaison avec le SQETGC et veillent à ce que les pratiques reconnues soient implantées au sein des services.

Un ergothérapeute s'ajoute à l'équipe spécialisée en TGC pour son expertise spécifique à la gestion des TC/TGC.

Coordonnateur de l'équipe spécialisée en TGC

Le coordonnateur des services en TGC de l'organisation analyse les priorités de développement de l'expertise en TGC en lien avec les recommandations du SQETGC, avec lequel il collabore étroitement. Plus spécifiquement, il propose des cibles de changements, élabore une planification du développement de l'expertise, favorise son implantation et y apporte les ajustements requis. Au quotidien, il voit au bon fonctionnement des services en TC/TGC et seconde les professionnels de l'équipe spécialisée en TGC. (SQETGC, 2011b)

Expert de l'équipe spécialisée en TGC (psychologue)

Lorsqu'une personne est identifiée comme ayant un TGC, l'expert de l'équipe spécialisée en TGC intervient en soutien à l'équipe de base lorsque celle-ci a besoin de conseils et d'une expertise particulière en ce qui a trait à la gestion des TGC. Ainsi, en comité de travail, il aide à l'implantation du processus clinique et intervient plus particulièrement en prévention tertiaire, lorsque les interventions nécessitent un degré d'expertise et d'intensité plus élevée. L'expert de cette équipe est aussi responsable de compiler et d'interpréter les résultats obtenus à l'EGCP et au GECEN, ce qui lui permet entre autres, de confirmer le diagnostic de TC ou de TGC.

il exerce également la responsabilité de sensibiliser la direction aux besoins des personnes et des intervenants ainsi que de promouvoir la qualité de vie des personnes et le développement professionnel des intervenants. En ce sens, il seconde le coordonnateur dans les travaux découlant du plan de développement de l'expertise du SQETGC. Cet intervenant est étroitement en lien avec le SQETGC et participe aux travaux en tant que clinicien conseiller. Il développe des outils cliniques, organisationnels ou de formation en fonction des besoins.

Parallèlement, il a comme mandat de développer et de transférer l'expertise quant à la gestion des comportements problématiques. L'expert en TGC offre donc des formations aux intervenants concernés par la prévention et par le traitement des personnes ayant des comportements problématiques. Il offre également aux autres CRDITED des services de consultation selon son domaine d'expertise. (SQETGC, 2011b)

Ergothérapeute spécialisée en TGC

Lorsqu'une personne est identifiée comme ayant un TGC, l'ergothérapeute peut intervenir en soutien à l'équipe de base lorsque celle-ci a besoin d'une évaluation spécifique de la personne, soit pour les sphères sensorielle, motrice ou perceptivo-cognitive. L'ergothérapeute conseille et supporte les intervenants à l'utilisation d'activités ou de moyens d'intervention répondant aux besoins de la personne afin d'augmenter son niveau de fonctionnement au quotidien, ses apprentissages, son autonomie et sa participation sociale. Il participe donc à l'analyse de la compréhension du TGC en collaboration avec les membres de l'équipe de base. Il peut également être impliqué dans l'évaluation et la mise en place des mesures de contrôle ou de mesures alternatives.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE BASE : L'APPLICATION DU PROCESSUS CLINIQUE



ÉTAPE 1 : VALIDATION DE LA DEMANDE

But : Clarifier la demande de service et définir le cadre d'intervention requis.

Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Documenter le motif et la provenance de la référence.	Contacter l'intervenant référent (habituellement d'un CSSS) pour discuter des éléments cliniques.	Intervenant pivot	AEO Chef de service	Grille d'analyse multimodale Rapport AEO Notes évolutives Grille d'analyse multimodale si débuté
Connaître les comportements ou situations problématiques évoqués, contextes situationnels				
Identifier le diagnostic ou le syndrome en cause, le niveau de développement et les habitudes de la personne.				
Retracer l'histoire développementale de la personne (anamnèse).	Rencontre avec la personne, sa famille ou ses proches.	Intervenant pivot	Intervenant référent Famille ou proches	Notes évolutives Dossier antérieur Grille d'analyse multimodale
Identifier les attentes, les forces, les goûts, les limites (situations de handicap), le projet développemental (personne de 0 à 17 ans) ou le projet personnel (personne de 18 ans et plus).	Lecture du dossier			
Identifier les situations problématiques nécessitant une intervention rapide et mettre en place les conditions nécessaires à la sécurité de la personne et d'autrui.	Inscription à l'équipe mobile d'intervention (ÉMI), si nécessaire. (voir procédure d'inscription) Élaboration d'une fiche de désescalade, si nécessaire			
				Formulaire d'inscription à l'ÉMI (Annexe 5) Fiche de désescalade (Annexe 6)



ÉTAPE 2. : L'IDENTIFICATION ET L'ANALYSE DES FACTEURS EN CAUSE DANS LA SITUATION EN LIEN AVEC LA DEMANDE DE SERVICE

But : Dégager les facteurs contribuant à la situation de la personne nécessitant des services spécialisés et en faire une analyse permettant de dégager les motifs et les cibles de l'intervention.

Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés	
Décrire la problématique et ses manifestations					
Décrire, en termes observables et mesurables, les comportements problématiques de la personne : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nature ▪ Fréquence ▪ Intensité 	Évaluer les comportements problématiques à l'aide d'instruments de mesure Effectuer des observations dirigées		SAC Autres intervenants	Grille d'observation comportementale ABC (Annexe 7) Grille sommaire (Annexe 8)	
Décrire la séquence comportementale de la personne (antécédents, réactions, conséquences), constante ou variation selon les situations et les milieux.	Effectuer des observations dirigées (grille sommaire et grille d'observation comportementale ABC). Effectuer des observations participantes. Effectuer des discussions cliniques avec autres intervenants ou la famille.			Intervenant pivot	Grille d'observation comportementale ABC Grille sommaire Notes évolutives Grille d'analyse multimodale
Identifier les conditions de renforcements des comportements problématiques de la personne.					



Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Identifier les facteurs environnementaux associés à la problématique				
Évaluer le niveau de satisfaction des besoins de base de la personne sur le plan environnemental.	Observations dirigées et participantes Discussions cliniques Mesure du degré de satisfaction de la qualité de vie.	Intervenant pivot	Infirmière SAC Autres intervenants	Liste des besoins fondamentaux de Boettcher (Annexe 9) Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir (Labbé, Brault-Labbé, & Proulx, 2010) (Annexe 10) Grille d'analyse multimodale
Évaluer le niveau de vulnérabilité environnementale de la personne (sur ou sous stimulée).	Consulter le dossier. Faire des observations dirigées et participantes. Entammer des discussions cliniques.	Intervenant pivot	Infirmière SAC Ergothérapeute Orthophoniste Autres intervenants	Notes évolutives Grille d'observation comportementale ABC Grille sommaire Dossier de la personne Grille d'analyse multimodale
Évaluer le niveau de satisfaction quant aux conditions de vie de la personne (lieux physiques, interaction sociale, mode de vie).				
Évaluer le niveau de contrôle exercé par la personne au quotidien.				



Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Analyse clinique				
<p>Comprendre comment les facteurs personnels et environnementaux en cause pourraient provoquer ou provoquent la situation de handicap.</p> <p>Cibler ces facteurs dont la modification ou l'élimination pourrait entraîner l'adoption de comportements alternatifs chez la personne et chez son entourage.</p>	<p>Utiliser les résultats de la collecte de données effectuée précédemment.</p> <p>Mettre en relation avec les interventions effectuées auparavant.</p> <p>Poursuivre des discussions cliniques en équipe.</p>	Intervenant pivot	<p>SAC</p> <p>Chef de service</p> <p>ASSS</p> <p>Infirmière</p> <p>Autres intervenants</p>	<p>Résultats obtenus à l'aide des grilles d'observation comportementale ABC</p> <p>Résultats obtenus à l'aide de la grille sommaire</p> <p>Résultats obtenus aux diverses évaluations effectuées (évaluation médicale, autres instruments de mesure administrés)</p> <p>Résumé des événements significatifs des notes évolutives de tous les intervenants</p> <p>Éléments pertinents du dossier de la personne</p> <p>Grille d'analyse multimodale</p> <p>Plan d'action multimodal</p>
<p>Cerner les facteurs de risque et de protection de la personne et de son environnement.</p>				
<p>Formuler une ou des hypothèses cliniques; faire ressortir la signification et la fonction des comportements adaptatifs.</p>				



Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Identifier les facteurs personnels associés à la problématique				
Évaluer les problèmes médicaux pouvant être à l'origine d'un comportement inapproprié.	Évaluer le niveau de douleur ressentie par la personne. Effectuer une évaluation médicale complète. Étudier l'ensemble des médicaments prescrits à la personne.	Infirmière	Intervenant pivot SAC Autres intervenants	Instruments de mesure sur le degré de douleur ressentie (Annexe 11) Grille d'analyse multimodale
Évaluer les facteurs psychologiques pouvant contribuer à l'apparition de comportements problématiques.	Consulter le dossier. Émettre des observations dirigées et participantes. Utiliser des instruments de mesure si nécessaire.	Intervenant pivot	SAC Autres professionnels	Notes évolutives Grille d'observation comportementale ABC Autres instruments de mesure Grille d'analyse multimodale
Évaluer les facteurs psychiatriques pouvant contribuer à l'apparition de comportements problématiques.				
Évaluer les facteurs neurologiques pouvant contribuer à l'apparition de comportements problématiques.				



ÉTAPE 3 : LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION : ELABORATION DU PLAN D'INTERVENTION.

But : Cette étape vise à traduire les motifs et les cibles d'intervention qui seront mis en place pour répondre aux besoins de la personne et ainsi réduire sa situation de handicap.

Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Trouver des moyens pour mieux répondre aux besoins de la personne.	En rencontre d'équipe, planifier la modification ou l'élimination des facteurs qui contribuent à l'apparition des comportements problématiques (aménagements préventifs).	Intervenant pivot	SAC Chef de service ASSS Infirmière Autres intervenants	Plan d'intervention Plan de service individualisé Grille d'analyse multimodale Plan d'action multimodal
Identifier des interventions qui pourront permettre à la personne d'adopter des comportements socialement plus acceptables en favorisant l'apprentissage d'habiletés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternatives aux comportements problématiques ▪ Permettant de mieux composer avec situations difficiles ▪ Selon les caractéristiques spécifiques de la personne 	En rencontre d'équipe, déterminer les stratégies éducatives selon les besoins de la personne : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pictogrammes ▪ Stratégies de gestions des émotions ▪ Renforcement différentiel ▪ Scénarios sociaux ▪ Etc. Déterminer les rôles et responsabilités de chacun.			
Rédaction et diffusion du plan d'intervention.				SIPAD



ÉTAPE 4 : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'INTERVENTION

But : Réaliser les interventions déterminées à l'étape 3.

Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Identifier et préparer le matériel nécessaire à l'intervention.	Participer aux discussions cliniques en équipe. Participer aux rencontres cliniques avec SAC.	Intervenant pivot	SAC Chef de service ASSS Infirmière Autres intervenants DRFMI	Plan d'intervention Plan de service individualisé Grille d'analyse multimodale Plan d'action multimodal
Établir des alliances explicites avec les proches et les partenaires de chaque milieu d'intervention afin d'assurer la collaboration. Apporter du support aux proches et aux partenaires.				
Apporter les aménagements requis à l'environnement physique ou social de la personne de manière à favoriser l'atteinte des objectifs.				
Faire circuler l'information nécessaire à la réussite de l'objectif au sein de l'équipe d'intervention.				
Assurer la mise en place et le suivi des interventions.				
Suivre l'évolution des comportements de la personne.	Effectuer des observations participantes et dirigées. Prendre des notes à chaque quart de travail et sur les événements significatifs.	Tous		Grille sommaire Grille d'observation comportementale ABC Notes évolutives



ÉTAPE 5. LA MESURE DU PLAN D'INTERVENTION ET LE SUIVI DES INTERVENTIONS (MONITORING)

But : Évaluer le progrès de la personne et l'efficacité de l'intervention.

Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Évaluer si les comportements problématiques de la personne ont diminué.	Participer aux discussions cliniques en équipe. Analyser les données recueillies lors de la mise en application des interventions (grille sommaire et grille d'observation comportementale ABC). Réévaluer la fréquence et l'intensité des comportements problématiques afin d'en comparer les résultats.	Intervenant pivot	SAC Chef de service ASSS Infirmière Autres intervenants	Plan d'intervention Plan de service individualisé Grille sommaire Grille d'observation comportementale ABC Grille d'analyse multimodale Plan d'action multimodal
Ajuster le matériel et les stratégies d'interventions Identifier si aucun résultat.	Participer aux discussions cliniques			



ÉTAPE 6 : RECOMMANDATIONS, ORIENTATION ET PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISÉ

But : Dégager des recommandations quant à la suite à donner aux interventions, soit l’amorce d’un nouvel épisode de service, soit l’orientation de la personne vers d’autres services ou vers la fin d’un service ou de l’ensemble de l’organisation.

Objectifs	Moyens	Responsable	Collaboration	Formulaires, documents ou outils utilisés
Évaluer si les conditions nécessaires au maintien des résultats obtenus sont réunies.	Participer aux discussions cliniques en équipe. Évaluer le niveau de bien-être psychologique et social de la personne.	Intervenant pivot	SAC Chef de service ASSS Infirmière Autres intervenants	Plan d’intervention Plan de service individualisé Grille sommaire Grille d’observation comportementale ABC Grille d’analyse multimodale Plan d’action multimodal
Organiser la transition d’un service à l’autre, le cas échéant. Refaire le processus clinique si la personne nécessite un nouvel épisode de service.	Élaborer un plan de transition. Préparer la personne à vivre le changement à l’aide d’outils divers (scénarios sociaux, etc.).			Plan de transition (Annexe 12)
Faire appel à l’équipe spécialisée en TGC si l’équipe de base a besoin d’un soutien supplémentaire quant à la gestion des comportements problématiques.	Évaluer les comportements de la personne à l’aide de L’EGCP et du GECEN et envoyer les réponses à l’expert TGC. Remplir le formulaire de demande de service de l’équipe spécialisée en TGC Préparer le dossier clinique à transférer aux professionnels de l’équipe TGC			GECEN (Annexe13) EGCP (Annexe 14) Formulaire de demande de service de l’équipe spécialisée en TGC (Annexe 15)

Le soutien à la pratique

Rencontre de supervision (intervenant pivot et SAC)

Sur une base régulière, le SAC rencontre les intervenants pivots afin de planifier et superviser l'évolution de la situation de la personne. Également, ces rencontres peuvent servir à élaborer, à réviser ou à faire le suivi des objectifs et moyens des plans d'intervention desquels ils sont responsables⁷. Lorsqu'un ou des comportements problématiques apparaissent, ces rencontres peuvent être plus fréquentes et structurées, considérant le degré de complexité plus élevé.

En résidences à assistance continue. En général, une rencontre est prévue aux deux semaines avec les principaux intervenants concernés au quotidien par les personnes, c'est-à-dire, les éducateurs, les ASSS, l'infirmière, le chef de service et les autres intervenants impliqués, si pertinents. Dans les RAC, la concertation quotidienne de l'équipe de base s'organise lors de ces rencontres. Considérant que les personnes hébergées en RAC ont un TGC, l'expert en TGC et l'ergothérapeute spécialisé sont souvent présents lors de ces réunions.

En général, la réunion d'équipe vise principalement à établir et à entretenir la cohérence d'équipe en lien avec l'application des plans d'intervention (CRDITED, 2011).

En lien avec le processus clinique, cette rencontre vise à :

- Partager les informations pertinentes (objectifs, moyens, responsabilités, échéancier) par rapport au plan d'intervention;
- Organiser les services autour de la personne;
- Faire le suivi des interventions;
- Discuter des hypothèses cliniques en lien avec les comportements observés;
- Favoriser une compréhension commune des problématiques et des méthodes d'intervention;
- Contribuer à l'émergence d'une dynamique de soutien mutuel entre les intervenants;
- Accroître les connaissances des intervenants par le biais de formation.

Plus spécifiquement, les intervenants pivots animent une discussion de cas relative aux dossiers qui leur sont attribués. Le chef de service et le SAC peuvent animer la rencontre et orienter les discussions cliniques. Le SAC exerce un rôle-conseil auprès des intervenants et le chef de service prend principalement les décisions d'ordre administratif tout en s'impliquant dans les orientations cliniques. Ce dernier a également comme mandat de prendre des décisions lorsque les orientations cliniques sont

⁷ Pour plus d'informations au sujet des modalités du soutien à la pratique, consulter la politique : *soutien à la pratique*, adoptée au conseil d'administration le 14 décembre 2011.

litigieuses. Lorsque les professionnels de l'équipe spécialisée en TGC sont impliqués dans un dossier, ils participent et orientent les discussions cliniques en collaboration avec les membres de l'équipe de base.

En ressources non institutionnelles et en milieu familial naturel. Les rencontres d'équipe sont moins fréquentes en RNI et en milieu familial naturel qu'en RAC, puisque les services offerts à la personne sont généralement au quotidien moins intensifs. Toutefois, selon les besoins de la personne, lorsqu'un comportement inapproprié apparaît les services s'organisent rapidement et deviennent plus intenses afin d'éviter, entre autres, l'épuisement de la ressource et permettre de la conserver.

Outre les activités quotidiennes d'adaptation/réadaptation, les rencontres entre les membres de l'équipe de base se déroulent, entre autres, lorsqu'un comportement inapproprié apparaît. C'est l'intervenant pivot qui est responsable de contacter les autres membres de l'équipe et de planifier la rencontre. **Il est essentiel que cette rencontre se déroule avant que les comportements s'aggravent et se développent en TC ou en TGC.**

Dans cette optique, cette rencontre a pour but de prévenir l'apparition d'un TC chez la personne. Tout comme les services en RAC, cette équipe de base planifie les interventions à effectuer et se partage les responsabilités selon leur implication spécifique auprès de la personne. Dans un premier temps, les efforts sont déployés afin d'effectuer une analyse multimodale des comportements. Dans un deuxième temps, des activités de prévention et de traitement sont entreprises et mises en œuvre par tous les membres de l'équipe de base.

Équipe spécialisée en troubles graves du comportement

Composition de l'équipe spécialisée en TGC

L'équipe spécialisée en TGC est composée des professionnels suivants :

- Expert en TGC (psychologue);
- Ergothérapeute spécialisée en TGC;
- Coordonnateur TGC.

Fonction de l'équipe spécialisée en TGC

L'équipe spécialisée en TGC agit à titre-conseil auprès de l'équipe de base. Cette équipe est constituée de professionnels spécialisés en TGC qui ont comme premier rôle de réaliser une analyse globale, de soutenir l'élaboration de la programmation et la cohésion nécessaire à sa réalisation à travers les différents services offerts sur l'ensemble de la région. L'équipe assure également le rehaussement de l'expertise et le soutien à l'évaluation et à l'analyse clinique spécifiquement requis auprès des personnes présentant un TC ou un TGC (FQCRDITED, 2010).

Fonctionnement

L'équipe spécialisée en TGC entreprend ses interventions de concert avec l'équipe de base **seulement si les critères suivants sont respectés** :

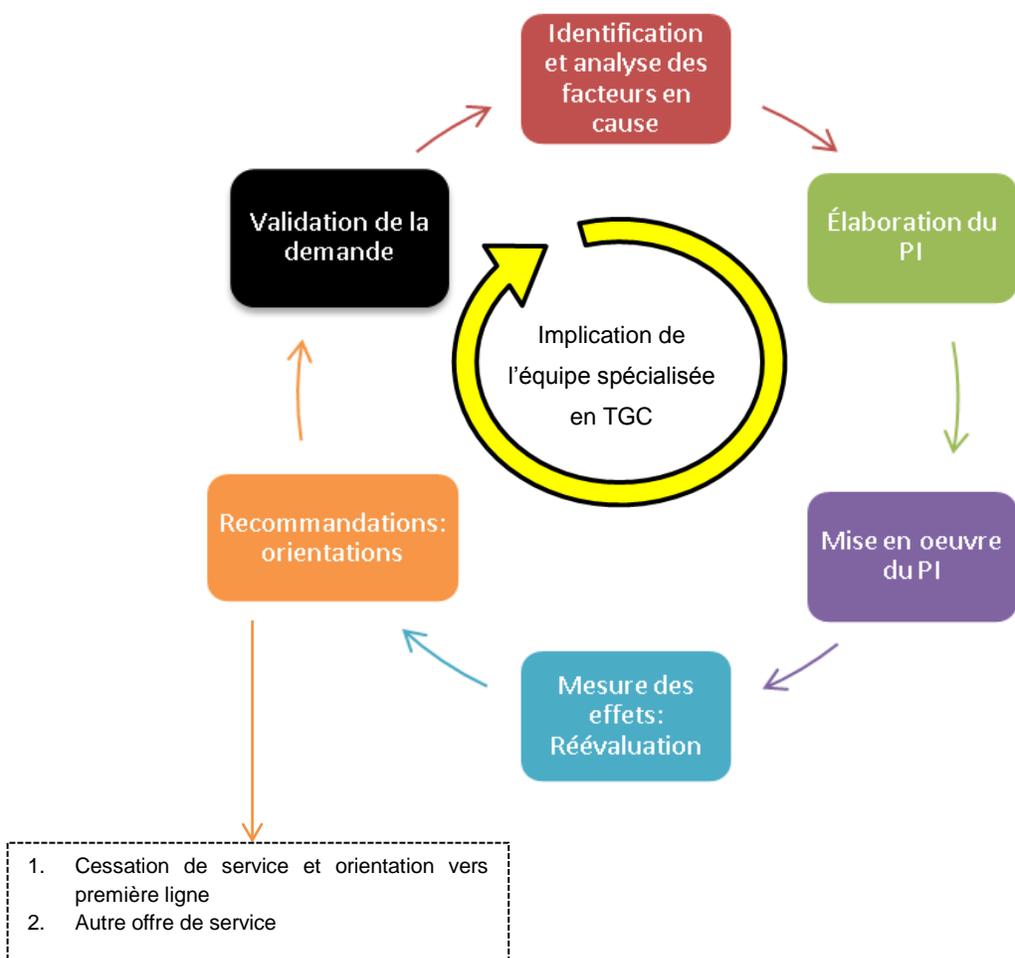
1. Les étapes du processus clinique et l'analyse multimodale ont déjà été amorcées précédemment par l'équipe de base;
2. Un dossier, comprenant les informations suivantes, a été constitué par l'intervenant pivot (voir formulaire de demande, Annexe 15) :
 - Diagnostics, médication actuelle;
 - Évaluations médicales, résultats;
 - Histoire sociale : constellation familiale, évènements marquants, services reçus, placements, etc.;
 - Brève description des forces, des intérêts et des caractéristiques de la personne;
 - Historique des comportements problématiques, interventions réalisées et des résultats;
 - Mesures de contrôle (début-réajustements-résultats);
 - Services actuels et routine de vie;
 - Raison de la demande de ressource spécialisée;
 - Toutes autres évaluations pertinentes.
3. Les résultats au GECEN ou à L'EGCP révèlent que la personne présente un TC ou un TGC.

Une fois que tous ces documents ont été reçus, qu'une analyse de la demande a été complétée, l'équipe spécialisée en TGC et l'équipe de base se rencontrent, soit durant les réunions hebdomadaires de la RAC, soit lors d'une réunion planifiée à cet effet en RNI ou en milieu familial. Un rapport sommaire est déposé au SIPAD et présenté à la famille.

Rôles et responsabilités spécifiques des membres de l'équipe spécialisée en TGC

Durant les rencontres de l'équipe de base et de l'équipe spécialisée en TGC, l'analyse multimodale se poursuit et un suivi des interventions (monitoring) est instauré. Au besoin, des évaluations plus spécifiques par les professionnels de l'équipe spécialisée en TGC sont effectuées.

Schéma 6. La contribution de l'équipe spécialisée en TGC aux étapes du processus clinique.



Au début de ce processus, le suivi des interventions (monitoring) peut être effectué chaque semaine ou aux deux semaines, selon les besoins de la personne et de la particularité de la situation. Plus l'état comportemental se stabilise, moins le suivi des interventions est fréquent. Ainsi, les rencontres peuvent être effectuées au mois, aux deux mois et aux trois mois. L'équipe spécialisée en TGC peut donc accompagner l'équipe de base pour une période de deux ans. Le suivi prend fin lorsque l'état comportemental de la personne est stabilisé.

Étape du processus clinique de l'équipe spécialisée en TGC

Étape 1- Validation de la demande

L'équipe spécialisée prend d'abord connaissance de la demande de service et du dossier transmis par l'intervenant pivot. Si toutes les informations sont suffisantes pour entreprendre un suivi spécialisé, les membres de l'équipe spécialisée prennent rendez-vous avec l'équipe de base de la personne.

Étape 2 — Identification et analyse des facteurs en cause dans la situation de handicap

Lors de la première rencontre, l'information est organisée ou réorganisée à l'aide de la grille d'analyse multimodale qui a été entreprise antérieurement par l'équipe de base. Souvent, l'évaluation (étape 2 du processus clinique) doit être approfondie par l'expert en TGC et l'ergothérapeute en collaboration avec l'équipe de base.

Par la suite, lorsque l'évaluation est complétée et que les résultats sont organisés dans la grille multimodale, un plan d'action multimodal est élaboré en équipe. C'est alors que des hypothèses peuvent être formulées et que des interventions peuvent être planifiées sur mesure pour la personne.

Étape 3 – Élaboration du plan d'action multimodal

À cette étape, le plan d'action multimodal arrive en surplus au plan d'intervention quotidien. Parfois, lorsque nécessaire, le plan d'action multimodal peut remplacer temporairement le plan d'intervention, afin que les interventions identifiées soient travaillées en tout temps avec la personne.

Des interventions sont alors ciblées sur le plan de l'aménagement préventif, c'est-à-dire, sur la modification ou l'élimination des facteurs environnementaux contribuant à l'apparition du comportement inapproprié.

Par la suite, la fiche de désescalade est révisée et réécrite dans le plan d'action en guise de prévention active.

Finalement, la planification d'interventions d'adaptation et de traitements supplémentaires, si nécessaire, est effectuée et les rôles et responsabilités sont distribués.

Étape 4 — Mise en œuvre du PI

À cette étape, le rôle de l'équipe spécialisée en TGC est d'accompagner et de conseiller l'équipe de base à l'application des interventions déterminées à l'étape précédente. L'expert spécialisé en TGC et l'ergothérapeute TGC (lorsqu'il est impliqué) s'assurent que les interventions sont comprises et qu'elles sont effectuées de la manière dont elles étaient prévues.

Étape 5 — Mesure des résultats (suivi des interventions)

Le *suivi des interventions (monitoring)* se définit comme étant « *un processus qui vise la résolution de TC ou TGC en favorisant l'application conforme et l'ajustement du plan d'action en fonction des résultats* ». Lorsqu'un processus de *suivi des interventions* débute, les intervenants se rencontrent régulièrement (aux deux semaines ou au mois). La fréquence des suivis est ajustée au besoin par l'experte TGC.

Le *suivi des interventions* s'appuie sur la mesure des résultats de l'intervention et exige de la rigueur (données objectives) afin de confirmer ou infirmer des hypothèses et de raffiner le plan d'action. La grille sommaire, les grilles d'observation comportementale ABC et les notes évolutives sont utilisées afin de mesurer l'efficacité des interventions.

Lors du suivi des interventions, les questions suivantes sont posées de façon systématique :

1. L'information est-elle fiable?
2. Les interventions sont-elles appliquées conformément?
3. Les interventions sont-elles efficaces?
4. La cible d'intervention est-elle une cause du TGC?
5. D'autres causes sont-elles en jeu?

Les résultats obtenus à la suite de l'évaluation des effets des interventions permettent donc de reformuler de nouvelles hypothèses et de répéter le processus clinique.

Étape 6 : Recommandation et orientation

L'équipe spécialisée se retire lorsque les comportements problématiques de la personne ont diminué considérablement reflétant que la personne a atteint un certain niveau de bien-être psychologique et social.

Si les comportements problématiques s'aggravent ou si aucune amélioration n'est remarquée, l'équipe de base et l'équipe spécialisée en TGC peuvent décider ensemble de faire appel aux spécialistes de la troisième ligne par l'entremise du coordonnateur TGC.

ÉQUIPE MOBILE D'INTERVENTION (ÉMI)

MANDAT DE L'ÉMI⁸

Le mandat de l'ÉMI est d'assurer la sécurité des personnes ayant un comportement inapproprié et des membres de leur entourage en soutenant directement⁹ les milieux afin d'éviter leur déplacement et d'éventuelles ruptures de liens affectifs et sociaux. Elle est complémentaire aux autres activités réalisées en prévention auprès des personnes afin de réduire l'impact de certains comportements. **Son intervention est prévue et balisée au plan d'intervention et à la fiche de désescalade de la personne.**

Spécifiquement, l'ÉMI vise à :

1. Protéger l'intégrité physique et psychique de la personne, de ses proches et du personnel :
 - réduire le niveau de tension dans le milieu par la pacification et ainsi diminuer les risques d'incidents et de blessures;
2. Maintenir et consolider l'intégration des personnes dans les différents milieux et ainsi protéger la stabilité des relations significatives;
3. Évaluer la situation d'une personne et orienter les actions à être mises en place pour répondre à ses besoins de sécurité et celle de son entourage;
4. Accompagner ou soutenir (information, avec *coaching* assistance), le personnel, les familles, les proches ou toutes personnes en responsabilité d'une personne présentant un comportement problématique.

L'ÉMI est un complément aux services de l'équipe de base. Elle intervient en soutien et en étroite collaboration avec celle-ci. Elle est complémentaire aux autres activités réalisées en prévention auprès des personnes.

Dans cette perspective, l'ÉMI est :

- Alimentée par les intervenants pivots;
- Outillée pour réaliser des interventions pertinentes et efficaces;
- Soutenue cliniquement par le gestionnaire de l'ÉMI, le SAC et au besoin, par l'équipe des spécialistes en TGC.

Il est à noter qu'en cas de mesures d'urgence telles qu'un feu par exemple, l'ÉMI peut intervenir sur demande du gestionnaire afin de soutenir l'équipe de base et ainsi éviter la

⁸ Voir le cadre de gestion de l'équipe mobile d'intervention pour connaître le fonctionnement détaillé ainsi que tous les rôles et responsabilités

⁹ Soit par une intervention sur les lieux, soit par une intervention téléphonique.

désorganisation de personnes pouvant être perturbées par la situation

MILIEUX D'INTERVENTION

Considérant que les comportements problématiques se produisent dans plusieurs services du CRDITED de Chaudière-Appalaches tels que le milieu familial, la RTF, la RNI, le CAJ et la RAC, et ce, dans les services de l'enfance et de l'adulte, l'ÉMI est donc disponible dans tout milieu de vie d'une personne inscrite ou à la demande du gestionnaire de garde. L'équipe pourrait également être appelée à intervenir dans la famille naturelle, à l'école ou au centre de la petite enfance.

En ce qui a trait aux RAC Jumelées du Littoral et de la Beauce, il n'est pas prévu que l'ÉMI y intervienne sur une base régulière (à moins d'une mesure d'urgence), puisque l'organisation du travail est prévue de manière à ce que les équipes soient autonomes lors d'une désorganisation. Cependant, si une personne résidant dans l'une de ces résidences nécessite une intervention dans un autre milieu (ex. : CAJ, résidence familiale lors de sorties ou milieu de travail), l'ÉMI sera appelée à intervenir.

L'ÉMI peut exceptionnellement être sollicitée par le gestionnaire à intervenir dans ces milieux pour des personnes non inscrites qui vivent une situation de crise ou encore pour évaluer la situation et formuler des recommandations à ce dernier. Dans ces circonstances, l'intervenant de l'ÉMI devra en aviser l'intervenant pivot afin que soit évalué la pertinence d'inscrire cette personne dans les meilleurs délais.

FONCTIONNEMENT

Inscription de la personne à l'ÉMI

Pour assurer la qualité des interventions susceptibles d'être réalisées par l'équipe, **la personne doit être inscrite à l'ÉMI.**

Objectifs de l'inscription

- Confirmer la pertinence de ce moyen d'intervention en soutien au milieu;
- Assurer l'adhésion de la personne et de ses proches aux moyens d'intervention;
- Baliser l'implication de l'ÉMI (objectifs au PI, fiche de désescalade et attentes de l'intervenant pivot quant au soutien de l'ÉMI);
- Gérer la durée de l'épisode de service de l'ÉMI (un an au maximum, renouvelable au besoin);
- Rassembler les informations essentielles quant au travail de l'ÉMI.

Conditions préalables

Avant de recourir à l'ÉMI, certaines actions doivent avoir été entreprises par l'équipe de base :

- **Un travail de prévention** est entrepris par l'équipe de base auprès de la personne comprenant une analyse de sa qualité de vie dans la perspective de l'approche positive (projets personnels, possibilités d'exercer des choix, réduction des contraintes environnementales, interactions chaleureuses, activités significatives, etc.);
- **Les causes probables** du comportement problématique sont connues ou des hypothèses explicatives sont en exploration (**analyse multimodale débutée**);
- Un **plan d'intervention ou un plan d'action** est amorcé pour développer les compétences personnelles de la personne : gestion des émotions, autocontrôle, moyens de régulations, communication, etc.;
- La **collaboration du milieu de vie** est acquise concernant l'utilisation des interventions recommandées, à l'atteinte des objectifs de réadaptation et au recours à l'ÉMI.

Modalités d'inscription

L'intervenant pivot est responsable de l'inscription¹⁰. Le processus d'inscription doit comprendre :

Le formulaire complété du « protocole d'intervention ÉMI » (Annexe 5), étant constitué de :

- **Une fiche descriptive de la personne** (informations pertinentes sur son fonctionnement, sur les causes probables des comportements, des recommandations sur la manière d'intervenir);
- **Une fiche de désescalade** élaborée sous la supervision d'un SAC et approuvée par l'expert en TGC dans tous les cas;
- Le cas échéant, **le plan d'action multimodal en annexe.**

L'inscription doit être approuvée par la personne et ses représentants légaux. De plus, elle est révisée chaque année par l'intervenant pivot et doit être réactivée après un an, c'est-à-dire révisée et signée par la personne ou ses répondants. Les documents seront réacheminés à l'intervenant pivot ainsi qu'à son supérieur immédiat.

- Le gestionnaire ou le SAC de l'ÉMI peut refuser une inscription si cette dernière est jugée incomplète;
- Si aucune intervention de l'ÉMI n'est requise pendant un an, le protocole est retiré et devient inactif;

¹⁰ Il est responsable de l'inscription, de sa mise à jour et de sa révision le cas échéant.

- Si des ajustements au protocole sont faits par l'intervenant pivot, ils doivent être communiqués par écrit et sans délai à l'ÉMI du territoire concerné;
- Si un recours au 911 et une intervention policière sont prévus au protocole, ceux-ci doivent être envisagés comme le dernier recours. De plus, la pertinence du maintien de cette mesure doit être révisée tous les 90 jours. Notez que lors du recours au service 911, le formulaire de « rapport accident-incident No AH-223 » doit être rempli par la personne qui a sollicité l'intervention policière de l'équipe de base dans les délais prescrits et non par l'intervenant de l'ÉMI.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

L'intervenant de L'ÉMI

- Prend connaissance du dossier des personnes pouvant présenter des comportements à risque de désorganisation;
- S'assure de bien connaître et d'avoir en main son matériel (cellulaire, téléavertisseur et batteries de rechange);
- Connaît son territoire d'intervention afin de minimiser le temps de déplacement lors de ses interventions dans le milieu de vie de la personne;
- Gère la situation de crise en appliquant auprès des personnes concernées les modèles d'interventions préconisés. Il doit également soutenir et rassurer les personnes impliquées dans l'évènement, par exemple les faire ventiler;
- Utilise les techniques préconisées dans l'approche Omega et dans la politique numéro 04-010 « *Utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesure de contrôle* »;
- S'assure, avant de quitter le lieu d'une intervention, que la situation est stabilisée et que le client ainsi que toutes les personnes impliquées sont en sécurité et qu'ils vont bien. Il sollicite du soutien au gestionnaire de garde au besoin;
- Assure un retour et, s'il y a lieu, formule des recommandations à l'intervenant pivot quant à l'intervention réalisée auprès de la personne;
- Est présent et se prépare aux rencontres individuelles et d'équipes;
- Organise son remplacement lorsqu'il ne peut assurer sa garde et en avise le gestionnaire de l'ÉMI;
- Complète les rapports et formulaires exigés dans le présent cadre de gestion et compile les statistiques requises. Il complète également le journal de bord contenu dans la valise de garde afin d'y inscrire une synthèse des actions réalisées ;
- Offre de la formation et du soutien sur demande aux chefs et aux collègues de l'ÉMI de son territoire ou des autres territoires.

Le gestionnaire de l'ÉMI du territoire

Il assure la gestion des ressources humaines, matérielles et informationnelles (recrutement, horaire, planification des formations, soutien clinico-administratif, etc.), notamment :

- Convient avec le gestionnaire de service des personnes pouvant faire partie de l'ÉMI;
- Assure le lien avec les gestionnaires du territoire;
- Planifie et procède aux rencontres individuelles des membres de l'ÉMI et planifie l'accueil des nouveaux;
- Procède une fois l'an à une rencontre individuelle de chacun des membres de l'ÉMI afin de leur offrir des occasions d'échange et de rétroaction;
- Prépare, en collaboration avec les intervenants de l'ÉMI, les horaires tous les trois mois prenant en considération les périodes charnières telles que les vacances afin d'éviter des remplacements;
- Informe les gestionnaires des intervenants du calendrier de rencontres ou des formations et assure avec ces derniers un suivi, lorsque requis;
- S'assure de la révision annuelle des dossiers des clients inscrits.

En collaboration avec le SAC, planifie, convoque et co-anime les rencontres d'équipes et les rencontres post-événements avec les intervenants ou toutes autres personnes concernées, ainsi :

- Évalue la pertinence, l'adéquation et l'efficacité de l'intervention;
- Identifie les éléments facilitants et les obstacles rencontrés dans l'intervention ou dans le fonctionnement de l'équipe;
- S'assure de référer le personnel au programme d'aide aux employés lorsque c'est requis;
- Informe le gestionnaire de l'équipe de base afin que ce dernier voit à l'élaboration d'un plan d'action afin de prévenir la récurrence du recours à l'ÉMI en collaboration avec l'équipe de base. Ce plan d'action décrit les actions à mettre en place, les responsables et les échéanciers pour ajuster l'intervention;
- Toutes autres actions jugées pertinentes.

Il est à noter que le gestionnaire de l'équipe de base doit travailler en étroite collaboration avec le gestionnaire de l'ÉMI afin de coordonner les actions et s'assurer du respect des rôles et responsabilités de tous les acteurs.

Le spécialiste en activité clinique désigné

- Assure l'encadrement et le soutien clinique des intervenants de l'ÉMI dans l'évaluation, l'orientation et l'intervention auprès des personnes inscrites;
- Collabore à la planification et à l'animation des rencontres de l'ÉMI;
- Soutient les intervenants de l'ÉMI dans la planification et l'application de leurs interventions;
- Contacte, dès le lendemain, l'intervenant de l'ÉMI qui a dû faire une intervention majeure afin de s'assurer qu'il va bien et que tout a été planifié. Il évalue avec ce dernier la pertinence de tenir une rencontre post-événement avec d'autres intervenants identifiés. Il assure, en collaboration avec l'intervenant de l'ÉMI concerné, les suivis des interventions requises;
- Assure, dans un délai maximum de 48 heures, le suivi des événements (soutien post-trauma) auprès des intervenants qui ont vécu des situations difficiles;
- Informe le gestionnaire de l'ÉMI dans les plus brefs délais si un intervenant lui semble en difficulté afin que ce dernier soit référé au programme d'aide aux employés;
- Contribue au développement de l'expertise clinique en dispensant des formations ou ateliers aux intervenants.

L'intervenant pivot

L'intervenant pivot est un acteur auprès de l'ÉMI. Notamment, il:

- Présente à l'ÉMI la personne et les orientations cliniques qui ont été planifiées et convenues;
- S'assure que les activités préalables sont faites (ou sont en cours de): PI à jour, recueille les données en vue de compléter l'ÉGCP ou le GECEN; analyse des causes probables du trouble de comportement et, idéalement, l'analyse multimodale, la fiche de désescalade active, la collaboration du milieu;
- Complète la fiche d'inscription ÉMI et l'achemine et transmet le protocole signé à son SAC et au gestionnaire à l'ÉMI;
- Valide la fiche d'inscription et de protocole avec son SAC;
- Fait signer la fiche d'inscription et le protocole validés par la personne ou ses représentants;
- Transmet à l'agente les documents originaux signés afin que ceux-ci soient versés au dossier central et s'assure qu'ils soient également intégrés en version numérisée au dossier SIPAD;
- Présente à la personne et aux proches les modalités de l'ÉMI et s'assure d'avoir leur consentement. Il s'assure de sa compréhension du protocole et de sa collaboration;
- Assure le lien continu entre l'ÉMI, la personne et ses proches;

- Participe activement aux activités d'évaluation post-événement et aux actions conséquentes voir à cet effet l'Annexe 5 « Outil d'évaluation post-événement » et plan d'action;
- Remplit le formulaire de déclaration d'accidents incidents AH-223 et en assure le suivi tel que prévu dans la procédure, le cas échéant.

L'agente administrative

En support au gestionnaire et à l'ÉMI, l'agente administrative assure différentes fonctions, notamment :

- Soutien le gestionnaire de l'ÉMI dans ses fonctions : préparation et envoi de l'ordre du jour et de l'aide-mémoire des rencontres, etc;
- Fait la mise à jour et l'envoi de l'horaire de garde;
- Intègre dans la valise les fiches de désescalade en format papier à jour;
- Intègre les fiches ou les retire dans la zone de travail pour la garde gestionnaire;
- Verse les originaux des documents au dossier central et certains documents requis dans la zone commune de l'ÉMI;
- Reçoit et transmet au SAC et au gestionnaire le rapport rédigé par l'intervenant lors d'intervention et l'intègre dans le SIPAD;
- Achemine le rapport d'intervention (Annexe 5) le plus rapidement possible:
 - ⇒ À l'intervenant pivot;
 - ⇒ Au chef de service concerné;
 - ⇒ Au chef des RNI et à l'intervenant ressource quand la personne réside en RNI;
 - ⇒ Au spécialiste en activités cliniques et au psychologue au dossier;
 - ⇒ Au chef de service de l'ÉMI;
 - ⇒ À l'agente du territoire qui verra à le verser au dossier, le cas échéant.
- Toutes autres actions jugées pertinentes.

Selon le fonctionnement dans les différentes ÉMI du territoire, certains mandats peuvent différer.

SUIVI POST-ÉVÈNEMENT (ANALYSE DE L'INTERVENTION)

Dans un souci d'amélioration continue, de prévention des désorganisations des clients inscrits et de soutien aux intervenants de l'ÉMI, chaque intervention effectuée par ce dernier auprès d'une personne et d'un milieu est analysée systématiquement (dans un délai maximum de 48 heures) avec le SAC et l'intervenant pivot. Cette analyse comprend l'évaluation de la pertinence de convoquer une rencontre de suivi post-événement.

S'il s'avère qu'une telle rencontre est nécessaire, elle est planifiée dans les meilleurs délais.

Les objectifs de cette activité sont de :

- Comprendre le contexte dans lequel l'intervention s'est effectuée (qui est le référent, sa connaissance du protocole et de la fiche de désescalade, le délai de réponse, les déclencheurs de la demande, etc.);
- Réaliser un bilan de l'intervention (voir Annexe 5);
- Réinvestir les hypothèses et les apprentissages réalisés auprès de l'équipe de base concernée pour ajuster l'intervention directe avec la personne et l'intervention indirecte de soutien au milieu. À cet effet, un plan d'action est réalisé;
- Renforcer la capacité des milieux à prévenir et à gérer les crises d'une manière autonome.

Les participants à cette rencontre sont généralement :

- Le SAC de l'ÉMI;
- Le chef de service;
- Le SAC et l'intervenant pivot de la personne concernée;
- Les intervenants de l'ÉMI;
- Toutes autres personnes impliquées telles que le responsable RNI, l'intervenant ressource, la (famille, etc.) Il est à noter qu'un suivi par le SAC de l'ÉMI doit être réalisé avec l'intervenant ÉMI qui prendra le relais la semaine suivante. À cet effet, une note au journal de bord devrait préciser les interventions réalisées

LE SOUTIEN À LA PRATIQUE DE L'ÉMI

L'intervention dans l'ÉMI nécessite différentes mesures d'encadrement et de soutien, plus particulièrement :

- Le cadre de garde demeure disponible en tout temps pour soutenir l'ÉMI;
- Le spécialiste en activité clinique exerce un rôle-conseil auprès des intervenants. Il peut offrir du temps de rencontre individuelle, sur demande, afin de guider ses

interventions cliniques en lien avec une personne inscrite à l'ÉMI;

- L'ÉMI est aussi soutenue par l'équipe des spécialistes en TC/TGC (psychologue, ergothérapeute, autres professionnels au besoin);
- Sur demande, l'infirmière du territoire peut apporter un soutien clinique à l'ÉMI dans l'analyse, la collecte de données de santé et comportementales et dans l'identification de postes d'intervention.

Des rencontres¹¹ d'équipe sont planifiées par le chef de l'ÉMI aux 4 à 6 semaines, selon les besoins, dans un calendrier annuel. La durée de cette rencontre est d'une demi-journée (trois heures), selon les besoins des intervenants et elles visent principalement à :

- Procéder à l'évaluation des nouvelles inscriptions et à l'appropriation des éléments du dossier;
- Effectuer le suivi des interventions ou les évaluations post-événements;
- Mettre à jour les informations relatives aux divers dossiers;
- Partager les informations pertinentes (objectifs, moyens, responsabilités, échéancier) par rapport au dossier d'une personne;
- Discuter des hypothèses cliniques en lien avec les comportements observés;
- Favoriser une compréhension commune des problématiques et des méthodes d'intervention;
- Contribuer à l'émergence d'une dynamique de soutien mutuel entre les intervenants;
- Accroître les connaissances des intervenants par le biais de formation ou la participation d'invités;
- Tout autre sujet pertinent.

Plus spécifiquement, le gestionnaire et le spécialiste en activité clinique animent les rencontres et voient à la planification de celles-ci.

¹¹ Pour plus d'informations au sujet des modalités du soutien à la pratique, consulter le cadre de référence : *soutien à la pratique*.

RÉFÉRENCES

- Boettcher, E. G. (1983). Preventing violent behavior: An integrated theoretical model for nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 21(2), 54-58.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches. (2010). *Processus clinique. Cadre de référence soutenant l'offre de services spécialisé du CRDICA*.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches. (2011). Soutien à la pratique au CRDICA. Cadre de référence.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (CRDICA). (2011). Rapport annuel de gestion 2010-2011 CRDI Chaudière-Appalaches. Lévis: CRDICA.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(Part 9), 652-661.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). (2010). *Guide de pratique. Les services d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC)*. Montréal: FQCRDITED.
- Fraser, D., & Labbé, L. (1993). *L'approche positive de la personne... Une conception globale de l'intervention* (Les éditions de la collectivité éd.). Montréal: Service et interventions en Déficience intellectuelle.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life (2002). Dans B. F. Gentile & B. O. Miller (Éds.), *Foundations of psychological thought: A history of psychology*. (pp. 601-617). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Labbé, L. (2011, 25 novembre). *Le positive behavior support: pour une approche préventive des comportements problématiques*. Communication présentée au colloque annuel en TGC, Montréal.
- Labbé, L., Brault-Labbé, A., & Proulx, R. (2010). Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir. St-Jérôme: Centre du Florès.
- Matson, J. L., Kozlowski, A. M., Worley, J. A., Shoemaker, M. E., Sipes, M., & Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 693-698. doi: 10.1016/j.ridd.2010.11.012
- Ministère de la santé des services sociaux du Québec. (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*. (2-550-45002-7). Québec: Gouvernement du Québec.

- Sabourin, G. (2009). *Guide de pratique pour les services résidentiels spécialisés pour les personnes présentant des TGC. Document de travail*. Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SETGC).
- Sabourin, G. (2010). Évaluation et intervention en troubles graves du comportement (TGC) : une meilleure compréhension et de nouvelles perspectives d'intervention *AWIPH: SQETGC*
- Sabourin, G. (2011). Les comportements agressifs. Comprendre pour mieux prévenir en DI-TED. *Conférence multimédia*. CRDICA: FQCRDITED.
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). (2011a). Mission du SQETGC Page consultée le 14 décembre, 2011, à <http://fqcrdited.org/sqetgc/qui-sommes-nous/mission/>
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). (2011b). Nouveau paradigme de fonctionnement du SQETGC. *Présentation aux coordonnateurs en TGC et aux spécialistes en TGC le 23 novembre 2011*. Montréal: SQETGC.
- Staats, A. W. (1986). *Behaviorisme social*. Brossard: Behaviora.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69.

ANNEXES

Note : LES ANNEXES PRÉSENTENT **UN APERÇU** DES OUTILS UTILISÉS ET TGC. LES OUTILS VOLUMINEUX SONT TRONQUÉS. ILS SONT PRÉSENTÉS ICI À TITRE INDICATIF. LES OUTILS COMPLETS SONT DISPONIBLES SUR L'INTRANET ET AUPRÈS DES SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉS CLINIQUES.

ANNEXE 1.
SYNTHÈSE DES TÂCHES RELIÉES À LA GESTION DES COMPORTEMENTS
PROBLÉMATIQUES DE L'INTERVENANT PIVOT

Synthèse des tâches de l'intervenant pivot reliées à la gestion des comportements problématiques

	Tâches régulières	Tâches relatives à l'utilisation de l'équipe spécialisée en TGC	Tâches relatives à l'utilisation de l'équipe mobile d'intervention (ÉMI)
Prévention primaire	<p>Application du processus clinique :</p> <p>Étape 1 : Clarifier la demande de service et définir le cadre d'intervention requis;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture du dossier; • Contacter le référent; • Rencontre avec la personne, sa famille et ses proches; • Compléter la synthèse préparatoire au plan d'intervention. <p>Prévention active : Élaborer une fiche de désescalade et inscrire la personne à l'ÉMI, au besoin.</p> <p>Étape2 : L'identification et l'analyse des facteurs en cause en lien avec la demande de service.</p> <p>2.1. Décrire la problématique et ses manifestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter une grille sommaire (1 mois); • Compléter les grilles d'observations comportementales ABC (2 semaines); • Observations participantes; • Rédaction de notes évolutives. <p>2.2. Évaluer les facteurs personnels et environnementaux de la personne contribuant à la situation problématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grille sommaire; • Grille d'observation comportementale ABC; • Notes évolutives; • Administrer la grille d'évaluation de la qualité de vie; • Grille d'analyse multimodale; • Administration d'autres instruments de mesure. <p>2.3.. Émettre des hypothèses cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter le plan d'action multimodal; • Compléter la grille d'analyse multimodale. <p>Étape 3, 4 : Planifier, élaborer et mettre en œuvre le PI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifier les conditions environnementales de la personne (aménagement préventif) • Mettre en œuvre des conditions d'apprentissage d'habiletés. 		<p>Au besoin, quand la personne est susceptible de présenter des comportements dangereux pour elle-même ou pour autrui, l'inscrire à l'ÉMI :</p> <p>Processus d'inscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter le formulaire de demande de service (fiche descriptive de la personne et fiche de désescalade) • Annexer au formulaire le plan d'action multimodal, s'il y a lieu; <p>Rencontrer l'ÉMI pour résumer le portrait comportemental de la personne.</p> <p><u>Au besoin, renouveler chaque année si le dossier est inactif durant la dernière année.</u></p> <p>Si des ajustements à la fiche de désescalade sont faits, aviser la personne responsable de l'ÉMI du territoire concerné.</p> <p>Rencontrer les membres de l'ÉMI afin d'effectuer un retour post événement.</p>

	Tâches régulières	Tâches relatives à l'utilisation de l'équipe spécialisée en TGC	Tâches relatives à l'utilisation de l'équipe mobile d'intervention (ÉMI)
	<p>Étape 5 : Mesurer l'efficacité du PI.</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des résultats obtenus aux évaluations. <p>Étape 6 : Émettre des recommandations et/ou une orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire un plan de transition, le cas échéant. Compléter formulaire de demande de service de l'équipe spécialisée en TGC, si besoin. <p>Autres : Participe aux réunions d'équipe (aux 2 semaines, selon besoins).</p> <p>Rencontre le SAC au moins une fois par mois, selon les besoins.</p> <p>Collabore avec les partenaires et les proches de la personne.</p> <p>Premier répondant pour soutenir le milieu en cas de crise.</p>		<p>Envoyer le plan d'intervention et le plan d'action multimodal dès qu'il est élaboré.</p> <p>Prévenir l'ÉMI de toutes modifications significatives au dossier de la personne.</p>
Prévention secondaire	Application du processus clinique	<ol style="list-style-type: none"> Administrer l'EGCP ou le GECEN à la personne; Contacteur l'expert spécialisé en TGC afin de l'informer de votre démarche; Envoyer formulaire complété de L'EGCP ou de la GECEN. <p><i>Si, suite à l'interprétation, les résultats indiquent que les comportements de la personne représentent un TC ou un TGC :</i></p>	
Prévention tertiaire		<ol style="list-style-type: none"> Compléter le formulaire de demande de service de l'équipe spécialisé en TGC : <ul style="list-style-type: none"> Compléter les informations relatives à l'identification de la personne, à partir du dossier de la personne. Écrire le motif de la demande (nature des comportements problématiques et les besoins de l'équipe de base) Résumer les principaux diagnostics de la personne, ses problèmes de santé physique et sa médication actuelle (à 	

	Tâches régulières	Tâches relatives à l'utilisation de l'équipe spécialisée en TGC	Tâches relatives à l'utilisation de l'équipe mobile d'intervention (ÉMI)
		<p>partir du dossier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écrire une brève description des forces, intérêts et caractéristiques de la personne (voir synthèse préparatoire dans le PI). • Écrire brièvement l'histoire sociale de la personne (constellation familiale, événement marquant, services reçus jusqu'à maintenant, placement, etc.) • Écrire les hypothèses cliniques actuelles des comportements problématiques (celles identifiées à l'étape 3 du processus clinique) • Résumer les interventions effectuées jusqu'à maintenant, leur chronologie et leur résultat. <ul style="list-style-type: none"> • Annexer : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le PI ✓ Fiche de désescalade ✓ Résultats de la grille sommaire ✓ Toutes les autorisations pour mesures de contrôle <p>5- Contacter le coordonnateur TGC.</p> <p>6- Lui faxer ou lui envoyer, par courrier interne dans une enveloppe scellée, le formulaire et les documents annexés de la demande de service.</p> <p><i>Le coordonnateur rencontre l'expert en TGC et l'ergothérapeute spécialisé pour présenter, analyser et valider la demande.</i></p> <p><i>Par la suite, selon la priorisation des dossiers, l'expert ou l'ergothérapeute entame une démarche avec l'équipe de base et l'intervenant pivot.</i></p>	

ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE MULTIMODALE

GRILLE D'ANALYSE MULTIMODALE

		Facteurs contextuels	Traitement de l'information	Comportement Description du comportement ciblé		Conditions de renforcement	
						Addition (+)	Soustraction (-)
CONDITIONS DE VIE	Physique						
	Social						
	Contraintes au style de vie						
PSYCHOLOGIQUE	Caractéristiques présentes						
	Caractéristiques et habiletés déficitaires						
MÉDICAL	Santé physique						
PSYCHIATRIQUE	Santé mentale						
NEUROLOGIQUE	Caractéristiques des atteintes						

inspirée de : Gardner, W.I. (2002), Aggression and other Disruptive Behavioral Challenges; Biomedical and Psychosocial Assessment and Treatment. Kingston: NADD Press, p. 221

ANNEXE 3. LE PLAN D'ACTION MULTIMODAL

CEMTGC



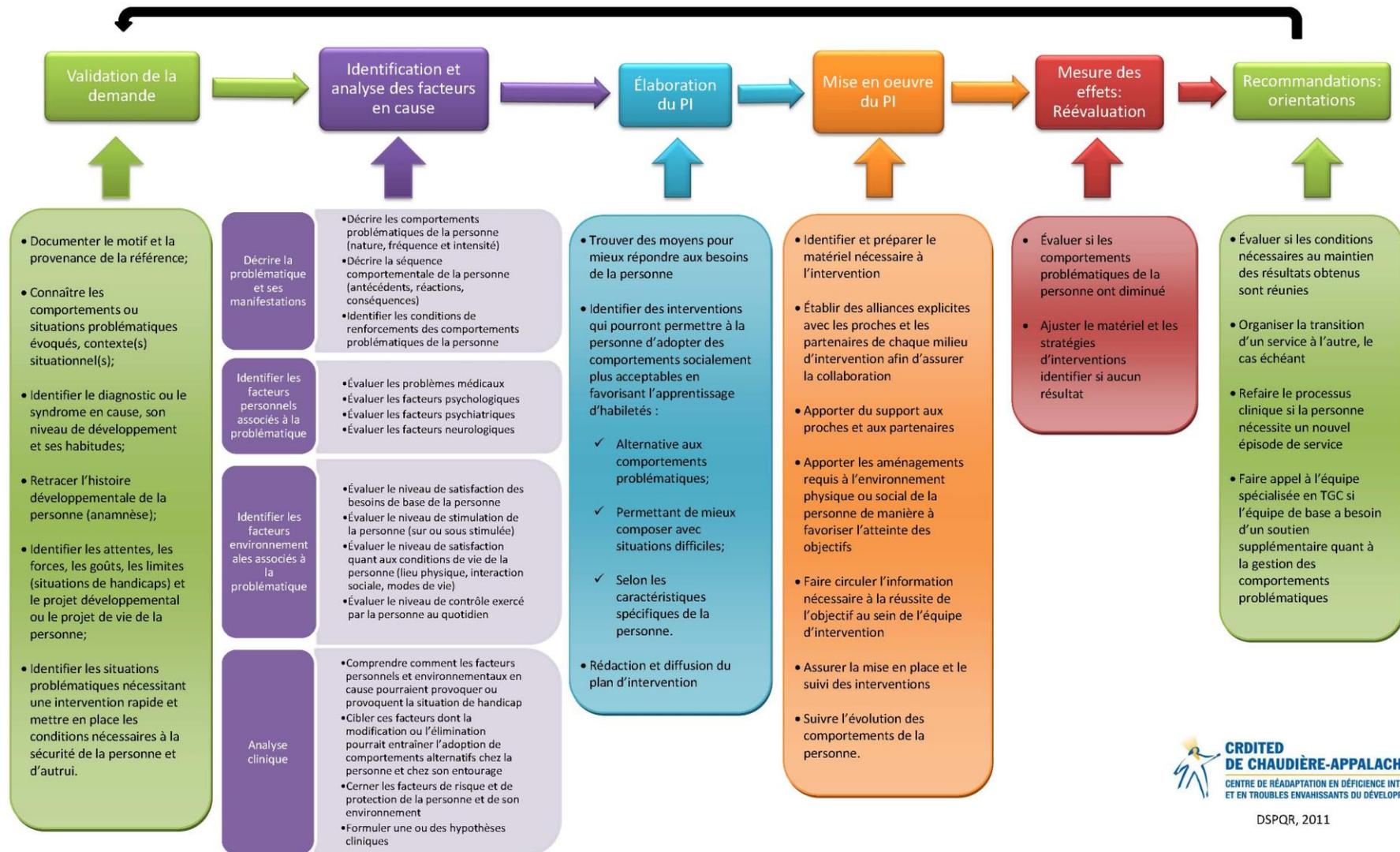
PLAN D'ACTION SUR UN TROUBLE DU COMPORTEMENT

Usager		Date	
Auteur			

**CENTRE D'EXPERTISE DE MONTRÉAL EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT
POUR LES PERSONNES AYANT UNE DI OU UN TED**

ANNEXE 4. LES ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE SPÉCIFIQUE EN TGC

Les étapes du processus clinique spécifique en TGC



ANNEXE 5.

FORMULAIRES UTILISÉS PAR L'ÉQUIPE ÉMI

- Protocole d'utilisation de l'équipe mobile d'intervention
- Rapport d'intervention
- Post-événement – Analyse de l'intervention

Fiche d'inscription et protocole d'intervention de l'équipe mobile d'intervention

ADMISSION A L'EMI		
Ce protocole est valide pour une durée maximum de 12 mois et doit être révisé aux 90 jours		
Étudié par le comité le :	Acceptation du dossier le :	Territoire :
Date d'échéance :		
_____		_____
Signature du gestionnaire EMI du territoire concerné		Date

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
No de dossier :	Nom & Prénom :	Date de naissance :	
Âge :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Adresse :	Téléphone :
Type de ressource :	<input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RAC	Nom du responsable :	
<input type="checkbox"/> Milieu naturel <input type="checkbox"/> Autre		Spécifiez :	
Intervenant pivot au dossier :		Téléphone :	Poste :
Spécialiste en activités cliniques :		Téléphone :	Poste :
Chef de service :		Téléphone :	Poste :

DOCUMENTS A ANNEXER A TOUTE DEMANDE
<input type="checkbox"/> Plan d'intervention <input type="checkbox"/> Plan d'action multimodal <input type="checkbox"/> Toutes les autorisations pour mesures de contrôle <input type="checkbox"/> Fiche de désescalade

SIGNATURES	
Rédigé par :	_____
Intervenant pivot	_____
Vu par :	_____
Spécialiste en activités cliniques ou psychologue	_____
_____	_____
Chef de service	_____
_____	_____
Usager ou son représentant	_____
_____	_____

Original acheminé à l'agente du territoire concerné pour classement au dossier central
 Copie aux cartables de l'équipe mobile d'intervention
 Copie insérée dans la zone de travail – garde clinique

PARTICULARITÉ(S)

Attitudes et comportements à adopter auprès de l'usager pour l'amener à collaborer dans nos interrelations avec lui et à prévenir l'apparition ou l'aggravation des comportements inappropriés.

Gestes – postures (soit à éviter, soit à adopter)	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non important
Si important, quelle en est la signification ?		
Toucher (est-il indiqué ou contre-indiqué de toucher, comment)	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non important
Si important, pourquoi ?		
Ton de voix (doit-il être neutre, enjoué, grave, impératif, etc.)	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non important
Si important, dans quelle circonstance ?		
Le sens des mots (doit-on utiliser un vocabulaire précis)	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non important
Si important, quels mots doivent être utiliser ?		
Sujets de conversation à éviter (humour, sarcasme, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Sujets de conversation à privilégier (goûts, forces, intérêts, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Activités ou objets à privilégier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Activités ou objets à éviter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Y a-t-il des partenaires ou personnes à privilégier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, qui est-ce ?		
Y a-t-il des partenaires ou personnes à éviter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, qui est-ce ?		
Autres particularités à tenir compte (peurs connues, vulnérabilités physiques, sensorielles et psychologiques)		

MAJ : 2012/10/12

RÉSULTATS DES INTERVENTIONS

Pour l'utilisateur

Pour le demandeur

SIGNATURE

_____		_____	
Intervenant EMI		Date de rédaction	
Transmis à :	<input type="checkbox"/> Gestionnaire concerné	<input type="checkbox"/> Intervenant pivot au dossier	<input type="checkbox"/> Gestionnaire EMI
	<input type="checkbox"/> Spécialiste en activités cliniques	<input type="checkbox"/> Agente administrative	<input type="checkbox"/> Chef de service RNI

MAJ : 2012/10/12

ANNEXE 6. : FICHE DE DÉSESCALADE

Identification de la personne

Nom :	Prénom :	N° de dossier :
Date de naissance :	Diagnostique :	
Nom et adresse du milieu de vie :		
N° de téléphone :		

Profil et caractéristiques de l'usager qui seraient pertinents à connaître en relation Avec la ou les diagnostics ou syndromes de l'usage

Fiche de désescalade des comportements problématiques de la personne

Stade	Indicateurs physiques et psychologiques (opts observables et mesurables)	Interventions recommandées
Calme	A quoi ressemble la personne quand elle est calme	Ce que je fais pour qu'il demeure calme <ul style="list-style-type: none"> - renforcement - récompense - le laisser tranquille - L'occuper etc.
Agité	Elle n'est pas bien ... elle n'est pas mal Ce sont les premiers signes précurseurs . Ils sont souvent subtils	Étape où on en prend soin <ul style="list-style-type: none"> - As-tu besoin d'aide ? - Qu'est ce qui se passe ? - Utilisation du thermomètre des émotions Dans de rares cas , c'est l'étape où il est préférable d'administrer le PRN
Perturbateur	La personne fait du bruit , claque les portes , marmonne , lance des objets sans viser personne , parle fort , sacre , Il y a une gradation qui peut aller jusqu'à la menace verbale	Étape à laquelle on donne le PRN (pour les clients de RTF ou RI qui ont un protocole dans la valise de garde , le responsable fait un appel à la gestion de crise pour signaler le début d'escalade et avoir du soutien)

ANNEXE 7. GRILLE D'OBSERVATION COMPORTEMENTALE ABC



CEMTGC
DI-TED

Usager : _____ Heure : ____ : ____ AM / PM

Observateur : _____ Date : ____ / ____ / 200 ____
jour / mois

Comportement (décrire aussi la gravité de l'épisode) :

Que s'est-il passé juste avant le comportement pour la personne (activités, surprises, refus, consignes, etc.) ?

L'environnement (personnes en présence, stimulation sonore, visuelle)?

Qu'est-ce que la personne peut bien vouloir nous dire par ce comportement?

Horaire des activités dans la perspective de la personne (changements, annulations, surprises, retards).

Notre Intervention à la suite de ce comportement?

Comment la crise s'est-elle terminée?

Faits marquants de la journée, autres causes possibles?

Tableau de compilation des analyses fonctionnelles

<p>Contexte d'apparition</p> <p>Selon les informations récoltées dans les cartes du CEMTGC, inscrire ici tous les facteurs pouvant s'être produits avant l'apparition du comportement observé et le nombre d'apparitions de chacun dans la colonne de droite.</p>	
<p>Comportements</p> <p>Faire une liste des comportements relevés et le nombre d'apparitions de chacun dans la colonne de droite.</p>	
<p>Conséquents au comportement</p> <p>Faire la liste de toutes les interventions ou situation qui se sont produites après le comportement et le nombre d'apparition de chacun dans la colonne de droite.</p>	

ANNEXE 8. GRILLE SOMMAIRE

ANNEXE 9. LISTE DES BESOINS DE BOETTCHER

Un modèle préventif des comportements violents

Selon ce modèle (Boettcher, 1983), les comportements humains sont orientés vers la satisfaction des besoins. Ils servent à communiquer un besoin et servent à le satisfaire.

Les environnements ne sont pas tous favorables à la satisfaction des besoins de la personne. Ainsi, certains environnements présentent des obstacles tels que des barrières architecturales, des règlements contraignants, des horaires rigides, des accès limités à certaines pièces, etc.

Les stratégies utilisées par la personne pour satisfaire ses besoins dans l'adversité peuvent prendre la forme de comportements socialement acceptables, ou de comportements problématiques.

En ce sens, les comportements problématiques d'une personne révèlent à son entourage qu'un besoin ressenti comme important à ses yeux n'est pas satisfait.

Quand le comportement employé n'est pas socialement acceptable, ou préjudiciable, on peut poser l'hypothèse que la personne ne connaît pas d'autres comportements. Ce serait par manque de moyens alternatifs mieux adaptés qu'elle répète un comportement problématique. Ainsi, ce comportement serait, dans les circonstances et parmi ceux qu'elle connaît, le mieux adapté à sa disposition. (Staats, 1986)

Considérant que les personnes:

- Présentent des limitations sur le plan cognitif et sur le plan de la communication;
- Que ces limitations provoquent souvent la répétition de comportements problématiques pour chercher à répondre à leurs besoins.

Il est essentiel de mettre en place toutes les dispositions nécessaires afin de répondre aux besoins fondamentaux des personnes, et ce, sur une base quotidienne.

De ce fait, selon ce modèle, lorsque les besoins des personnes sont répondus, le risque que des comportements problématiques apparaissent diminue fortement.

Pour ce faire, il est essentiel de considérer les facteurs présentés dans le tableau suivant pour prévenir le fait qu'un besoin essentiel soit insatisfait.

Tableau 2. Satisfaction des besoins de base

Le territoire	La communication	L'estime de soi
<p>Réfère au besoin d'avoir accès à un espace personnel privé à l'abri de l'invasion permettant de vivre des moments d'intimité</p> <p>Respecter l'espace personnel, un environnement calme, privé</p> <p>Avoir le contrôle sur ses objets personnels. Ne pas avoir peur de se les faire voler ou confisquer. Pouvoir en disposer à sa guise</p>	<p>Besoin de parler, d'échanger, d'avoir des interactions avec ses proches et les intervenants significatifs</p> <p>Avoir libre accès au téléphone ou autre moyen tel qu'internet, langage signé, pictogrammes, etc</p> <p>Encourager le port des lunettes et des prothèses auditives</p>	<p>Respect de la personne, absence d'infantilisation</p> <p>Vivre de nouvelles expériences et activités</p> <p>Recevoir des marques d'appréciations, des félicitations</p> <p>Vivre des succès</p>
La sécurité	L'autodétermination	Le temps
<p>Réfère au besoin de se protéger contre les menaces (perçues ou réelles)</p> <p>Avoir le sentiment d'être en sécurité et en contrôle dans son environnement</p> <p>Usage limité et temporaire de contentions physiques et chimiques</p> <p>S'assurer d'un suivi médical et professionnel adéquat</p>	<p>Réfère au besoin de prendre ses propres décisions, d'avoir du contrôle sur sa vie</p> <p>Maximiser les occasions où la personne peut prendre des décisions, être consultée et faire des choix (horaire de vie, activités, habillement, alimentation, etc.)</p> <p>Exprimer son consentement</p> <p>Faire respecter ses refus</p>	<p>Réfère au besoin de gérer son propre temps, de ne pas se faire bousculer par autrui, d'aller à son rythme</p> <p>Respecter le rythme lors de l'alimentation ou de toute activité où la personne est dépendante</p> <p>Avoir un horaire de vie personnalisé</p>
L'identité personnelle	Le confort	La compréhension
<p>Besoin d'avoir des objets personnels qui représentent les goûts et intérêts de la personne</p> <p>Ex : photos de famille, photos de la personne en activité, journal imagé de son « histoire personnelle », des posters</p> <p>Respecter l'individualité, les goûts de la personne</p>	<p>Réfère au besoin d'être à l'abri de toute douleur ou de sensation de privation (avoir faim, soif, excessivement froid ou chaud)</p> <p>Pouvoir soi-même satisfaire ses besoins de boire, manger, bouger, éliminer et dormir</p> <p>Pouvoir soi-même ajuster le contrôle de la température, du niveau sonore, de la luminosité ou que le personnel s'en soucie régulièrement</p>	<p>Réfère au besoin de comprendre ce qui se passe dans son environnement</p> <p>Vérifier ce que la personne comprend des événements qui surviennent autour d'elle</p> <p>Situer la personne dans le temps, l'espace et vis-à-vis les personnes qui partagent son quotidien</p> <p>Valider ses émotions, empathie, considération.</p>

adapté de Boettcher 1983

Lorsqu'un ou des comportements problématiques apparaissent, les interventions visent généralement à répondre aux besoins sous-jacents à l'origine de celui-ci. Toutefois, ces besoins ne sont pas toujours facilement identifiables, ce qui nécessite la concertation entre plusieurs intervenants afin de formuler des hypothèses plausibles. La section sur le processus clinique à l'étape 2 « **L'identification et l'analyse des facteurs en cause** » élabore davantage à ce sujet.

ANNEXE 10. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE



Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir

Auteurs

Lucien Labbé, M. Ps.-éd., Anne Brault-Labbé, Ph.D., Renée Proulx, Ph.D.

No de dossier : _____

Nom, prénom de la personne ciblée : _____

Date de naissance : _____

Sexe : F M

Âge : _____

Milieu de vie : _____

Origine ethnique : _____

Précisez : _____

Langue maternelle : _____

Précisez : _____

Nom de l'intervenant : _____

Nom de l'établissement : _____ Secteur : _____

Date : _____



Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir

Ce qu'il permet d'évaluer :

Le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir permet d'évaluer la situation de la personne âgée de 13 et plus qui présente une déficience intellectuelle dans l'optique d'une vision multidimensionnelle et globale de celle-ci et de recherche de son bien-être par une approche personnalisée. Les dimensions évaluées sont :

Section 1

1. Le bien-être physique;
2. Le bien-être psychologique;
3. La vie relationnelle;
4. Les jeux, les loisirs et les activités sportives;
5. Les occupations de jour (incluant le travail pour les adultes et l'école pour les adolescents);
6. Le bien-être matériel;
7. L'appartenance sociale et la vie communautaire;
8. L'autodétermination
 - 8.1 Exercice de l'autodétermination;
 - 8.2 Autodétermination en développement;
 - 8.3 Ressources favorisant l'autodétermination :
 - ✓ Autonomie/initiative personnelle;
 - ✓ Compétences/habilités personnelles;
 - ✓ Soutien;
 - 8.4 Mesure de contrôle;
9. La situation des membres de la famille naturelle en regard de la personne;
10. La situation du milieu de vie substitut en regard de la personne.

Section 2

La section 2 du questionnaire permet d'abord de cibler et de regrouper les informations les plus pertinentes pour planifier les services et les interventions visant à remédier aux situations préoccupantes ou très préoccupantes identifiées lors de l'évaluation effectuée à l'aide de la première section. Puisque l'évaluation de la qualité de vie tient compte des désirs, des intérêts, des valeurs et des rêves de la personne, la section 2 permet également d'orienter un projet personnel ou projet de vie qui donne tout son sens à la notion d'autodétermination en adoptant plus directement le point de vue de la personne, tel qu'elle le communique par un ensemble d'attitudes verbales et non-verbales.

1. Fiche synthèse et planification du soutien à offrir;
2. Projet personnel.

Pourquoi évaluer la qualité de vie dans un contexte de services spécialisés?

Peut-on envisager de fournir des services spécialisés sans adopter une approche personnalisée et préventive auprès des personnes qui présentent une DI? Préconiser une approche personnalisée et préventive revient à se questionner non seulement sur ce qui fait obstacles aux apprentissages ou au développement de compétences de la personne, de même qu'à son intégration et à sa participation sociales, mais aussi sur ce qu'elle vit et ressent en regard aux différentes dimensions décrites précédemment. Cela signifie que le questionnement sur la qualité de vie ou le bien-être est surtout utile pour les personnes qui nécessitent, dans le système des services spécialisés, un soutien à long terme dans les milieux



1. Bien-être physique

Le bien-être physique de la personne réfère à l'impression qu'elle donne de se sentir en forme et de bien se porter physiquement (par opposition au fait d'éprouver divers malaises), de vivre dans des conditions qui favorisent sa santé et son confort physique, et de pouvoir utiliser son corps efficacement dans les tâches et les déplacements quotidiens.

- 1 a) Indiquez, s'il y a lieu, les caractéristiques de cette personne à prendre en compte dans l'évaluation de son bien-être physique (ex. : handicap physique, diabète) :

Depuis les trois derniers mois, est-ce que cette personne :	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours	Ne s'applique pas
1. Manifeste des douleurs, de l'inconfort physique ou des symptômes de maladie?						
2. Manifeste des signes de fatigue?						
3. A une alimentation adaptée à ses besoins?						
4. Arrive (avec ou sans aide) à bouger, à se déplacer?						
5. Arrive (avec ou sans aide) à coordonner ses mouvements en vue d'atteindre un but (ex. : prendre ou manipuler un objet)?						
6. A une hygiène corporelle qui favorise son confort et sa santé?						
7. Vit dans un environnement physique favorable à sa santé (ex. : bonne aération) et à sa sécurité (ex. : rampe d'escalier solide)?						
8. Bénéficie de traitements, d'adaptations environnementales ou de soins de santé adaptés à ses besoins?						

- 1 b) Globalement, lorsqu'il est question du bien-être physique de cette personne, quelle est l'appréciation qui en est faite? Cochez la case qui correspond le mieux à la réponse exprimée :

	Situation non préoccupante	Situation préoccupante	Situation très préoccupante
Par la personne			
Par son représentant			
Par l'évaluateur (trice)			

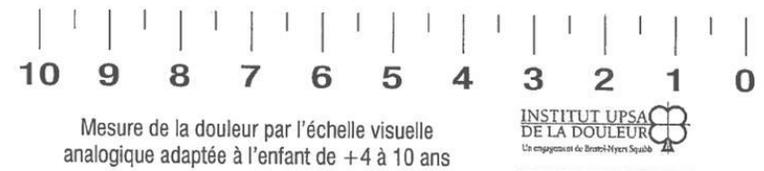
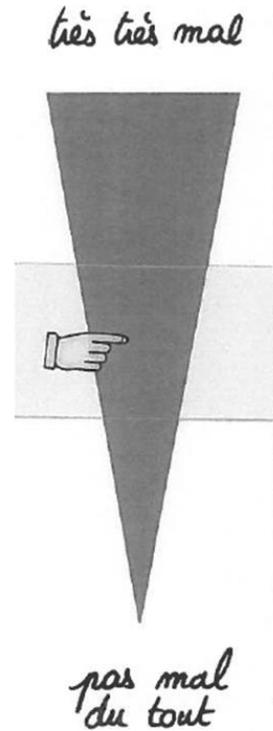
- 1 c) Comme évaluateur, si vous avez indiqué que la situation est préoccupante ou très préoccupante, décrivez-la en précisant toute information qui permet de mieux la comprendre.

- 1 d) Selon vous, quelles actions ou interventions pourraient être mises en place pour résoudre cette situation liée au bien-être physique de la personne?

ANNEXE 11.

INSTRUMENTS DE MESURE SUR LE DEGRÉ DE DOULEUR RESSENTIE

Instrumentes de mesure sur le degré de la douleur ressentie



Mesure de la douleur par l'échelle des visages (Hicks, C.L., von Baeyer, C.L., Spafford, P., van Kortfaar, I., & Goodenough, B. The Faces Pain Scale Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001; 93:173-183. Scale adapted from: Bieri, D., Reeve, R., Champion, G., Adickoat, L. and Ziegler, J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain 1990;41:139-150).



ANNEXE 12. PLAN DE TRANSITION

PLAN DE TRANSITION EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT ¹ (PTR-TGC)

LAPOINTE, A., SOULIÈRES, A., GAGNÉ, M. et LONGTIN, V.
NOVEMBRE 2009

USAGER							
NOM :	PRÉNOM : _____ SEXE : F _____ M _____						
ADRESSE :	_____						
VILLE :	(CODE POSTAL) : _____						
DATE DE NAISSANCE :	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table> LANGUE D'USAGE : _____				JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE					
REPRÉSENTANT LÉGAL	NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____						
	ADRESSE : _____						
	VILLE : _____ CODE POSTAL : _____						
	LIEN : _____						
RESPONSABLE RÉDACTION DU PLAN	ÉTABLISSEMENT : _____ FONCTION : _____ SERVICE : _____						
DATE DE L'ÉLABORATION DU PLAN : <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table>					JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE					
DATE DE LA RENCONTRE DE PLANIFICATION DU PLAN : <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table>					JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE					
DATE DU SUIVI DES INTERVENTIONS DU PLAN (AVANT LA TRANSITION) : <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table>					JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE					
DATE DU SUIVI DES INTERVENTIONS DU PLAN (APRÈS LA TRANSITION) : <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table>					JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE					

¹ Ce document peut être reproduit, à la condition de citer la référence comme suit : « *Plan de transition en TGC du SQETGC, Lapointe Soulières, A., Gagné, M. et Longtin, V., Novembre 2009* ». Par ailleurs, ce document ne peut être reproduit et modifié que par tout établissement associé FQCRDITED, et ce, à la condition de citer la référence.

ANNEXE 13. GECEN

G É C E N

GRILLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE pour ENFANTS NISONGER

Marc J. Tassé, Nathalie Girouard et Isabelle N. Morin

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU PARENT

ENFANT ou ADOLESCENT :	
Nom de l'enfant/l'adolescent : _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
Sexe de l'enfant/l'adolescent : <input type="radio"/> F [1] <input type="radio"/> M [2]	Lieu de naissance (Pays) : _____
Groupe ethnique :	
<input type="checkbox"/> africain [1] <input type="checkbox"/> amérindien [2] <input type="checkbox"/> antillais [3] <input type="checkbox"/> asiatique [4] <input type="checkbox"/> canadien [5] <input type="checkbox"/> grec [6] <input type="checkbox"/> italien [7]	
<input type="checkbox"/> juif [8] <input type="checkbox"/> latino-américain [9] <input type="checkbox"/> portugais [10] <input type="checkbox"/> autre [11], spécifiez : _____	
Quotient intellectuel : _____	Test utilisé : _____
Date de l'évaluation du Q.I. : ____ / ____ / ____	
Niveau : <input type="checkbox"/> Léger [1] <input type="checkbox"/> Moyen [2] <input type="checkbox"/> Grave [3] <input type="checkbox"/> Profond [4]	
<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____	
Autres diagnostics, spécifiez : _____	
PERSONNE RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE :	
Nom : _____	Date de l'évaluation : ____ / ____ / ____
Groupe ethnique :	
<input type="checkbox"/> africain [1] <input type="checkbox"/> amérindien [2] <input type="checkbox"/> antillais [3] <input type="checkbox"/> asiatique [4] <input type="checkbox"/> canadien [5] <input type="checkbox"/> grec [6] <input type="checkbox"/> italien [7]	
<input type="checkbox"/> juif [8] <input type="checkbox"/> latino-américain [9] <input type="checkbox"/> portugais [10] <input type="checkbox"/> autre [11], spécifiez : _____	
Lieu de naissance (Pays) : _____	
Lien avec l'enfant/l'adolescent : <input type="checkbox"/> parent [1] <input type="checkbox"/> tuteur [2] <input type="checkbox"/> autre [3], spécifiez : _____	
Répondre si vous n'êtes pas le parent biologique. Depuis combien de temps l'enfant/l'adolescent vit-il avec vous ?	
<input type="checkbox"/> moins de 6 mois [1]	
<input type="checkbox"/> 6 à 12 mois [2]	
<input type="checkbox"/> plus de 12 mois [3]	

Le GÉCEN est la traduction française du « Nisonger Child Behavior Rating Form » (Nisonger CBRF). Le Nisonger CBRF a été développé par Michael G. Aman, Marc J. Tassé, Johannes Rojahn et David Hammer du Nisonger Center UAP de l'Ohio State University, 1996.

G É C E N

GRILLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE pour ENFANTS NISONGER

Marc J. Tassé, Nathalie Girouard et Isabelle N. Morin

QUESTIONNAIRE DESTINÉ À L'ENSEIGNANT

ENFANT ou ADOLESCENT

Nom de l'enfant/l'adolescent : _____ Date de naissance : ____/____/____

Sexe de l'enfant/l'adolescent : F [1] M [2] Lieu de naissance (Pays) : _____

Groupe ethnique :
 africain [1] amérindien [2] antillais [3] asiatique [4] canadien [5] grec [6] italien [7]
 juif [8] latino-américain [9] portugais [10] autre [11], spécifiez : _____

Quotient intellectuel : _____ Test utilisé : _____

Date de l'évaluation du Q.I. : ____/____/____

Niveau : Léger (MÉQ#21) [1] Moyen (MÉQ#22) [2] Grave (MÉQ#22) [3] Profond (MÉQ#23) [4]
 Autre code du MÉQ [5], spécifiez : _____

Autres diagnostics, spécifiez : _____

PERSONNE RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE

Nom : _____ Date de l'évaluation : ____/____/____

Groupe ethnique : _____ Lieu de naissance (Pays) : _____
 africain [1] amérindien [2] antillais [3] asiatique [4] canadien [5] grec [6] italien [7]
 juif [8] latino-américain [9] portugais [10] autre [11], spécifiez : _____

Lien avec l'enfant/l'adolescent : enseignant [1] éducateur [2] autre [3], spécifiez : _____

Type de classe ? (cochez une case) ordinaire [1] DLA [2] DGA [3] déficience intellectuelle [4] autisme [5]
 autre [6], spécifiez : _____

Depuis combien de temps l'enfant/l'adolescent est dans votre classe ? moins de 3 mois [1] 3 à 6 mois [2] plus de 6 mois [3]

Le GÉCEN est la traduction française du « Nisonger Child Behavior Rating Form » (Nisonger CBRF). Le Nisonger CBRF a été développé par Michael G. Aman, Marc J. Tassé, Johannes Rajahn et David Hammer du Nisonger Center UAP de l'Ohio State University, 1996.

ANNEXE 14. EGCP

Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques (EGCP-II)

Pour les personnes de 16 ans et plus ayant une déficience intellectuelle avec ou sans trouble envahissant du développement

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUR L'USAGER ÉVALUÉ ET IDENTIFICATION DE L'ÉVALUATEUR		
Veillez répondre à TOUTES les questions et écrire en lettres moulées.		
CARACTÉRISTIQUES DE L'USAGER :		
(prénom, nom ou code)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Prénom</small>	<small>Nom ou code</small>
Âge :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Nombre d'années</small>	<small>Nombre de mois</small>
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin ☺ <input type="checkbox"/> Masculin ☺	
IDENTIFICATION DE L'ÉVALUATEUR :		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Prénom</small>	<small>Nom</small>
Fonction (Être d'emploi ou lien avec l'usager) :	<input type="text"/>	
Établissement :	<input type="text"/>	
Depuis combien de temps intervenez-vous auprès de la personne évaluée?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Nombre d'années</small>	<small>Nombre de mois</small>
Votre connaissance de l'usager est :	<input type="checkbox"/> Pas très bonne ☺ <input type="checkbox"/> Bonne ☺	
	<input type="checkbox"/> Très bonne ☺ <input type="checkbox"/> Excellente ☺	
DATE DE L'ÉVALUATION :		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Jour</small>	<small>Mois</small>
		<small>Année</small>



© Guy Sabourin, Ph. D., 2007

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit sans la permission écrite de l'auteur, Guy Sabourin, et du CEMTGC. Tous droits réservés.

ANNEXE 15. FORMULAIRE DE DEMANDE DE L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉE EN TGC

Demande de service

**Équipe spécialisée en trouble grave
du comportement (TGC)**

Identification de la personne

No de dossier :		Nom & prénom :			Date de naissance :	
Âge :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Adresse :				
Type de ressource :	<input type="checkbox"/> Milieu naturel	<input type="checkbox"/> RAC	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> RTF	Autre milieu (précisez) :	
	Nom du responsable :					
Intervenant pivot au dossier			Téléphone : 418- -		Poste :	
Spécialiste en activités cliniques			Téléphone : 418- -		Poste :	
Chef de service :			Téléphone : 418- -		Poste :	

Documents à annexer à toute demande

<input type="checkbox"/> Plan d'intervention	<input type="checkbox"/> Mesures de contrôle
<input type="checkbox"/> Plan d'action multi	<input type="checkbox"/> Résultats GECEN ou EGCP-II
<input type="checkbox"/> Résultats grille sommaire (2 semaines maximum)	<input type="checkbox"/> Questionnaire du dépistage sensoriel

Motif de la demande (nature des comportements problématiques)

--

Besoins de l'équipe de base

--

Signatures

_____ Intervenant pivot	_____ Usager ou son représentant
_____ Date	_____ Date

Questionnaire Dépistage sensoriel

Identification de la personne

No de dossier :

Nom & prénom :

Date de naissance :

Observez-vous chez le client un besoin fréquent de bouger ou de se bercer?

Est-ce qu'il marche sur la pointe des pieds? Si oui, à quel moment?

Est-ce que le client est dérangé par les étiquettes de ses vêtements, par le contact physique ou recherche-t-il à toucher à tout?

Est-ce que des réactions importantes sont observées face aux bruits environnant ou recherche-t-il à reproduire différents bruits avec sa bouche ou avec un objet?

Est-ce que le client aime mettre des objets, de la nourriture à sa bouche ou présente-t-il des difficultés à l'alimentation?

Y-a-t-il présence de réactions physiques (gratte la tête, automutilation, se mord, « rocking », ...) en période d'anxiété?

A-t-il un intérêt pour la lumière ou pour les objets contrastés?

Signature de l'intervenant

Date

MAJ : 2012/11/06

ANNEXE 16. OUTIL D'ÉVALUATION POSTÉVÉNEMENT

Post-Événement / Analyse de l'intervention

Équipe mobile d'intervention

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE			
Nom & prénom			Date de la rencontre :
Coordonnées			
	Code postal :		
Participants à la rencontre			
Nom & prénom	Rôle	Nom & prénom	Rôle
RÉSUMÉ DE L'ÉVÉNEMENT (à partir du rapport)			
FONCTIONNEMENT			
Le référent			
A appliqué le protocole ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Était significatif pour la personne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Était dans quel état ? Précisez :			
Délai de réponse			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Précisez :	
Quels ont été les facteurs de succès de l'intervention ?			
Plan d'action (Quels sont les points à améliorer)			
Actions	Responsable(s)		Échéancier

MAJ : 2012/10/22

ANNEXE 17. RAPPORT D'INTERVENTION ÉMI

Rapport d'intervention

Équipe mobile d'intervention

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE	
Nom & prénom : _____	Date : _____ Heure : _____
Coordonnées : _____	
Lieu de l'intervention : <input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/> Téléphonique	Demandeur : _____
Gestionnaire de garde : _____	Territoire : _____

DESCRIPTION DE LA SITUATION PROBLÉMATIQUE (historique & chronologique)

INTERVENTIONS ET CHRONOLOGIE DES INTERVENTIONS
Durée de l'intervention : _____

RÉSULTATS DES INTERVENTIONS	
Pour la personne	
Pour le demandeur	

SIGNATURE	
_____	_____
Intervenant EMI	Date de rédaction
Transmis à :	<input type="checkbox"/> Gestionnaire concerné <input type="checkbox"/> Intervenant pivot au dossier <input type="checkbox"/> Gestionnaire EMI <input type="checkbox"/> Spécialiste en activités cliniques <input type="checkbox"/> Agente administrative <input type="checkbox"/> Chef de service RNI

MAJ : 2012/10/22

ANNEXE 18.

SCHÉMA ORGANISATIONNEL DES SERVICES DE L'ÉMI

Schéma « Fonctionnement Équipe Mobile d'Intervention »

1. Inscription

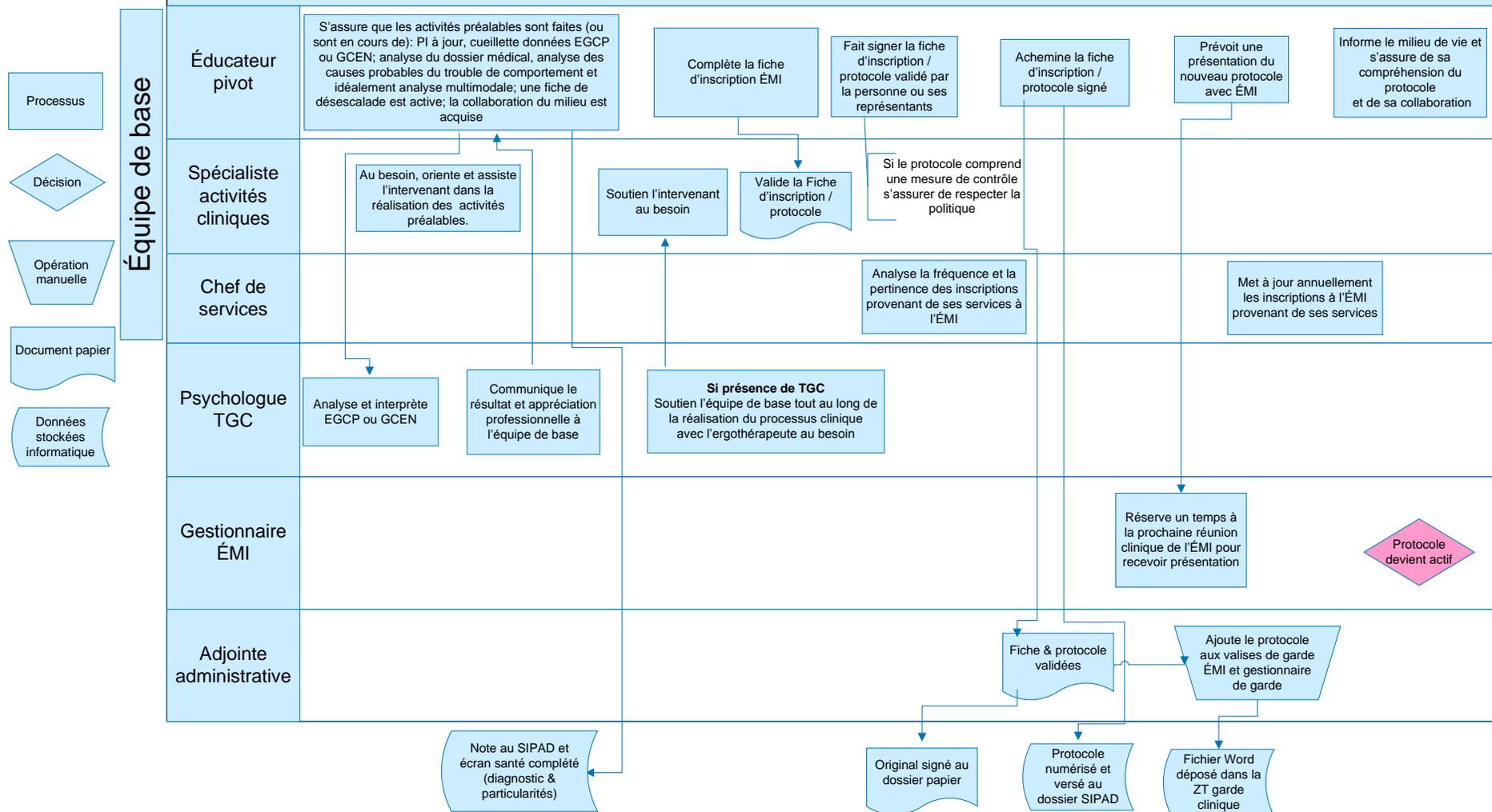
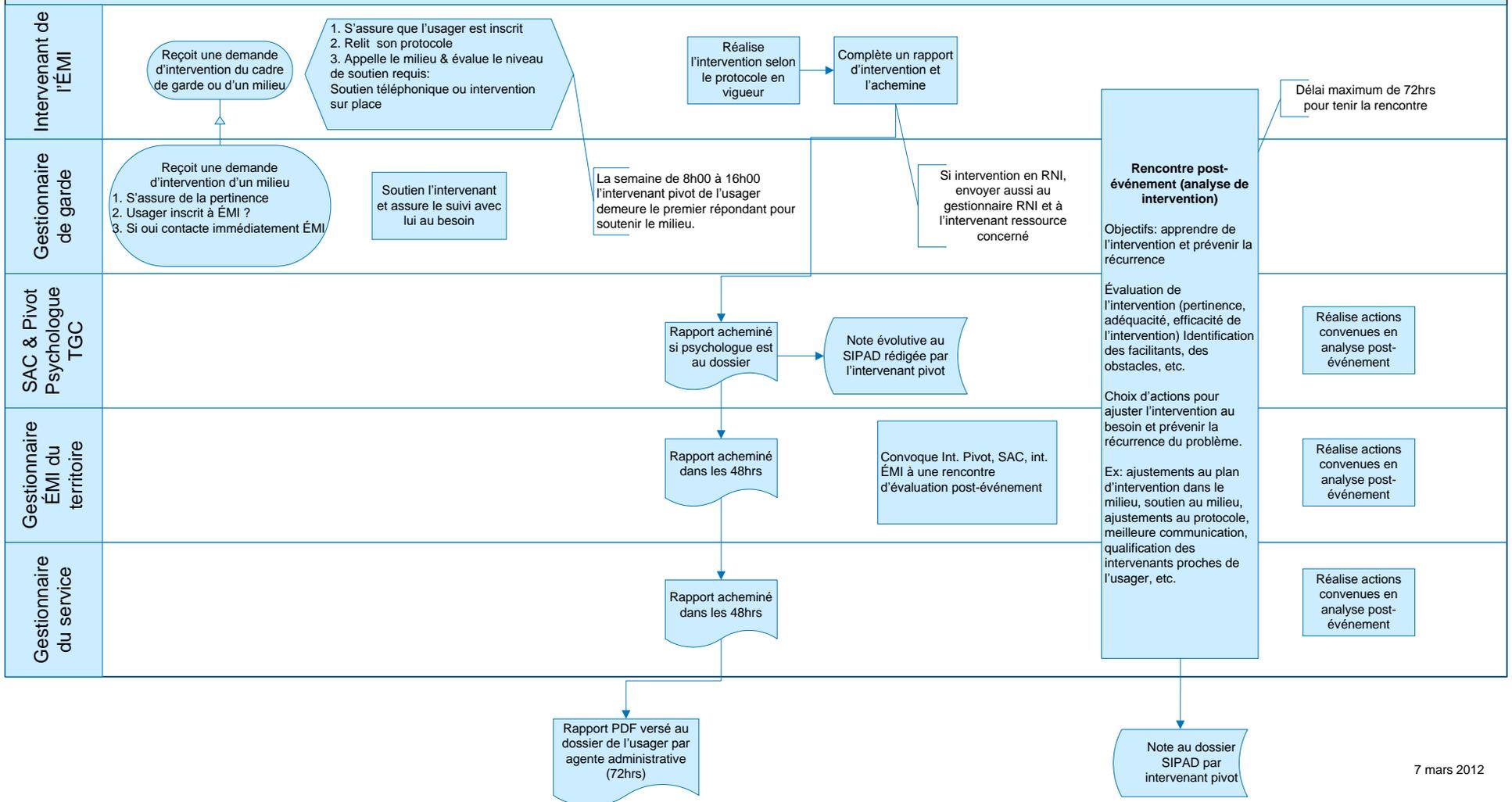


Schéma « Fonctionnement Équipe Mobile d'Intervention »

2. Intervention



7 mars 2012

