

Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures de désescalade dans la prévention active chez des adultes présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des troubles graves de comportements et des problématiques de santé mentale.

Université de Montréal

Par

Claudia May-Demers

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'évaluation de programme d'intervention présenté en vue de l'obtention du grade maître ès sciences (M. Sc.) en psychoéducation.

Août 2018

@ Claudia May-Demers, 2018

Sommaire

Le présent rapport présente l'élaboration d'une démarche d'intervention qui vise l'apprentissage d'habiletés de régulation émotionnelle et la diminution des comportements problématiques manifestés par des adultes qui présentent une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ainsi que des troubles graves de comportements. Le programme d'intervention a été mis en place auprès de trois hommes adultes vivant dans une unité de soins de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Les sujets ont été sélectionnés pour participer au programme puisqu'ils présentent un certain niveau de dangerosité envers eux-mêmes ou autrui (TGC) et que ces comportements sont la source première de leur institutionnalisation.

L'offre de services surspécialisée représente un grand défi pour les milieux de soins de troisième ligne. À l'aide de ce projet de maîtrise, notre désir est d'offrir de l'encadrement aux intervenants participants à l'implantation du programme et de trouver une démarche d'intervention, qui permet de répondre aux besoins de la clientèle, tout en offrant des services surspécialisés de qualité. De façon plus spécifique, la démarche d'intervention est basée sur les principes de l'analyse et l'intervention multimodale (AIMM) et des mesures réactives de désescalade dans la prévention active. Ces stratégies d'interventions ont été élaborées par le Service Québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Ainsi, une démarche d'intervention en quatre étapes a été élaborée pour tenter de répondre à ses objectifs soit ; la révision des fiches de prévention active, le dépistage des habiletés de régulation émotionnelle et la sélection de l'habileté à travailler, l'élaboration de l'intervention et finalement la mise en place de l'intervention. La planification et l'élaboration de cette démarche n'a pas été de tout repos en raison de la complexité de la clientèle et de l'absence de l'existence de programme d'intervention spécifiquement pour cette clientèle. En conséquence, la mise en œuvre de la démarche élaborée représenta tout un défi et de nombreux changements ont dû être apportés en cours de route. De façon générale, les résultats obtenus n'ont pas permis l'atteinte des objectifs et ce même si nous pouvions parfois observer de légère amélioration en ce qui a trait à nos objectifs suite à la mise en place de l'intervention. Finalement, une discussion permettra d'élaborer sur les résultats obtenus par le programme d'intervention, sur les succès et les obstacles rencontrés et également sur les avantages et les limites de ce programme.

Table des matières

<i>Sommaire</i>	<i>i</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>iv</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>v</i>
<i>Remerciements</i>	<i>vi</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>1. Contexte théorique</i>	<i>2</i>
1.1 Description de la problématique	<i>2</i>
La déficience intellectuelle	<i>2</i>
Le trouble du spectre de l'autisme	<i>4</i>
Les troubles et les troubles graves de comportement	<i>6</i>
Les habiletés de régulation émotionnelle	<i>8</i>
Chaîne prédictive	<i>9</i>
1.2 Interventions déjà expérimentées	<i>11</i>
L'approche positive	<i>11</i>
Le soutien comportemental positif	<i>12</i>
L'analyse et l'intervention multimodale	<i>15</i>
Les mesures réactives de désescalade dans la prévention active	<i>16</i>
1.3 Intervention proposée.....	<i>18</i>
1.3.1 Place dans la chaîne prédictive.....	<i>20</i>
1.3.2 Pertinence de l'intervention proposée.....	<i>21</i>
<i>2. Méthodologie</i>	<i>24</i>
2.1 Description du programme d'intervention.....	<i>24</i>
Caractéristiques des sujets et recrutement.....	<i>24</i>
Buts et objectifs	<i>25</i>
Animateurs.....	<i>26</i>
Contenu du programme.....	<i>27</i>
Contexte spatial.....	<i>31</i>
Contexte temporel.....	<i>32</i>
Stratégies de gestion des apprentissages.....	<i>32</i>
Stratégies de gestion des comportements.....	<i>33</i>
Codes et procédures.....	<i>34</i>
Système de responsabilités.....	<i>34</i>
Stratégies de transfert et de généralisation.....	<i>35</i>
Système de reconnaissance.....	<i>36</i>
2.2 Évaluation de la mise en œuvre.....	<i>36</i>
Composantes retenues.....	<i>36</i>
Outils et procédures.....	<i>37</i>
2.3 Évaluation des effets.....	<i>39</i>
Devis d'évaluation privilégié.....	<i>39</i>
Construits évalués.....	<i>40</i>

3. Résultats.....	43
3.1 Évaluation de la mise en œuvre.....	43
3.1.1 Comparaison entre le prévu et le vécu.....	43
3.1.2 Jugement global sur la conformité.....	53
3.1.3 Implications à l'égard de l'évaluation des effets.....	54
3.2 Évaluation des effets.....	54
3.2.1 Stratégie d'analyse employée.....	55
3.2.2 Résultats obtenus.....	55
4. Discussion.....	67
4.1 Jugement sur l'atteinte des objectifs.....	67
4.2 Liens entre les résultats obtenus et l'implantation du programme.....	69
4.3 Avantages et limites du programme.....	71
<i>Conclusion</i>	74
<i>Références</i>	75
<i>Annexes</i>	78

Liste des tableaux

Tableau 1 : Objectifs visés par le programme d'intervention	26
Tableau 2 : Contexte temporel de la mise en œuvre du programme d'intervention	32
Tableau 3 : Évaluation de la mise en œuvre de la démarche d'intervention	39
Tableau 4 : Évaluation des effets de la démarche d'intervention.....	41

Liste des figures

Figure 1 : Chaîne prédictive	10
Figure 2 : Conformité du programme d'intervention.....	52
Figure 3 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle pour [REDACTED]	56
Figure 4 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle pour [REDACTED]	58
Figure 5. Niveau d'agitation moyen quotidien de [REDACTED]	60
Figure 6. Manifestation des niveaux d'agitation de [REDACTED] lors de la période du niveau de base...61	
Figure 7. Manifestation des niveaux d'agitation de [REDACTED] au cours de la période d'intervention...61	
Figure 8. Niveaux d'agitation quotidien pour [REDACTED]	62
Figure 9. Niveau d'agitation moyen quotidien de [REDACTED]	63
Figure 10. Manifestation des niveaux d'agitation de [REDACTED] lors de la période de niveau de base...64	
Figure 11. Manifestation des niveaux d'agitation de [REDACTED] lors de la période d'intervention.....64	
Figure 12. Niveaux d'agitation quotidien pour [REDACTED]	65

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Stéphane Cantin, responsable du programme de maîtrise « Stage et évaluation de programme d'intervention » de la cohorte 2016-2018. Merci pour ton dévouement, ta patience et ta compréhension. Sans tes précieux conseils, je n'aurais été en mesure de relever ce défi et tu m'as permis de lever la barre un peu plus haute chaque fois, malgré les moments plus difficiles.

À ma mère, Diane Demers et mon père John May, il n'y a pas de mots pour décrire à quel point j'ai de la gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi. Sans vous, vos espoirs, votre engagement et votre soutien, je n'aurais su terminer cette belle mais exigeante aventure qu'était la maîtrise. Merci également à ma famille d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours encouragé.

Un énorme merci à mon milieu de stage, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal mais surtout à Louise Soucy, ma merveilleuse accompagnatrice qui a su me faire grandir un peu chaque jour pendant trois années consécutives. Merci de m'avoir supportée et encouragée dans les hauts comme dans les bas et de m'avoir fait surpasser tous ces beaux défis. Grâce à toi, je suis maintenant prête à pratiquer cette belle profession qu'est la psychoéducation et à relever tous les défis qui croiseront mon chemin.

À mes collègues de maîtrise, nous avons su passer au travers de ces deux années de travail ardu en nous entraïdant et en contribuant chacune à notre façon à la belle ambiance qui régnait dans nos cours. Un merci tout particulier à mes deux collègues et merveilleuses amies Élodie et Eszter. Ensemble nous formions une équipe plus forte et votre aide ainsi que votre soutien m'ont aidé à ne pas lâcher et à relever tous les défis rencontrés. Je sors de cette maîtrise avec deux amies en or et ce n'est que le début d'une merveilleuse amitié.

La remise de ce rapport d'intervention est pour moi un accomplissement incroyable dont je suis extrêmement fière. Je souhaite dire aux futurs étudiants et étudiantes de ne jamais perdre espoir et de ne jamais abandonner.

« Le futur appartient en ceux qui croient à la beauté de leurs rêves.

– Eleanor Roosevelt.

Introduction

Dans notre société actuelle, la déficience intellectuelle (DI) ainsi que les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont des problématiques de plus en plus reconnues et diagnostiqués par les professionnels de la santé et des services sociaux autorisés. En conséquence, la prévalence de ses problématiques au Québec ainsi que partout dans le monde est à la hausse depuis quelques années. Par exemple, lorsque l'on parle du TSA, on parle d'une augmentation de 650% de la prévalence en à peine 15 ans (Noiseux, 2011). Cela dit, les recherches ainsi que les connaissances sur ses problématiques sont plus qu'elles l'étaient auparavant. Les individus ayant une DI et un TSA présentent un profil clinique assez complexe. Également, il est fréquent que ses individus présentent d'autres problématiques associées tel que des problématiques de santé mentale ainsi que des troubles et des troubles graves de comportement. Il n'est peu dire que peu ou pas d'études et de recherches scientifiques existent au sujet d'une clientèle aussi spécifiques puisque ces cas particuliers ne sont pas les plus fréquents où les plus présents dans la société en raison de leur institutionnalisation. En ce sens, aucun programme d'intervention « clé en main » sont appropriés et assez sensibles pour répondre à leurs besoins. Pour cette raison, le présent projet de maîtrise vise à élaborer une démarche d'intervention pouvant répondre aux besoins des sujets et des intervenants au sein d'un milieu de soins de troisième ligne tel que l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. La cause principale de l'institutionnalisation de ses individus étant les troubles et les troubles graves de comportements, le programme qui suit visera plus spécifiquement à la réduction de la manifestation des comportements problématiques en tentant d'agir sur les causes de ceux-ci. En premier lieu, nous mettrons en lumière les concepts théoriques de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme, des troubles graves de comportements et des habiletés de régulation émotionnelle. Nous parlerons par la suite de notre préoccupation plus précise auprès de cette clientèle soit leurs habiletés de régulation émotionnelle. Nous présenterons également les interventions ayant déjà été expérimentées auprès de cette clientèle pour ensuite révéler notre proposition de démarche d'intervention. Par la suite, l'aspect méthodologique de la démarche sera présenté en détails selon les différentes composantes du modèle de Gendreau. Ainsi, nous en viendrons à la présentation des modalités d'évaluation de la mise en œuvre du programme et de l'évaluation de ses effets. Pour finir, nous présenterons les résultats du programme d'intervention pour ensuite conclure sur une discussion permettant de mieux comprendre les résultats ainsi que les avantages et les limites du programme.

1. Contexte théorique

1.1 Description de la problématique

La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est un trouble neurodéveloppemental apparaissant généralement pendant la période du développement soit avant l'âge de 18 ans. De nombreuses causes d'origines différentes sont connues en ce qui a trait à la déficience intellectuelle, mais la plupart affecteraient le développement ainsi que le fonctionnement du système nerveux central (Munir, Friedman, Wilska & Szymanski, 2008). Les causes proviendraient de facteurs d'origine génétiques, environnementaux, périnataux et postnataux (Munir & al, 2008).

Dans les dernières années, alors que les professionnels de la santé et des services sociaux travaillaient avec le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*, la classification du niveau de déficience intellectuelle était déterminée en fonction du quotient intellectuel (QI). Les niveaux de sévérité variaient de la façon suivante ; un QI de 50-55 à 70 supposait un retard intellectuel léger, de 35-40 à 50-55 un retard moyen, de 20-25 à 35-40 un retard grave et finalement un QI inférieur à 20-25 indiquait plutôt un retard intellectuel profond (Tassé et Morin, 2003). Aujourd'hui, avec l'utilisation du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*, la déficience intellectuelle est caractérisée par des déficits au niveau du fonctionnement intellectuel ainsi qu'au niveau adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Pour qu'un diagnostic de déficience intellectuelle soit émis, la présence de trois critères doit être constatée ; un déficit des fonctions intellectuelles, un déficit des fonctions adaptatives et ses limites doivent être apparues avant l'âge de 18 ans. Selon la sévérité des atteintes présentées par l'individu, et non pas selon le QI, le niveau du handicap intellectuel variera de léger à profond (*American Psychiatric Association, 2013*).

Les limitations au niveau du fonctionnement intellectuel sont généralement observées au plan du raisonnement, de la résolution de problèmes, de la planification, de l'abstraction, du jugement, de l'apprentissage scolaire et par expérience, de la mémorisation et de l'attention. Pour leur part, les limites au niveau adaptatif nuisent à l'individu dans leur vie quotidienne. On observe des difficultés au niveau des habiletés conceptuelles (langage, écriture, conception du temps, ...), des habiletés sociales (relations interpersonnelles, respect des normes, activités, ...) et des habiletés pratiques (soins personnels, compétences, ...) (*American Psychiatric Association, 2013*). Chaque

personne qui présente une déficience intellectuelle est unique et possède ses propres caractéristiques ; forces, limites et besoins. Selon le niveau de sévérité de la déficience intellectuelle, le niveau de soutien pour répondre aux besoins variera, dans le but d'amener la personne à un niveau de fonctionnement optimal.

L'étiologie reconnaît différents facteurs comme conséquences possibles de la déficience intellectuelle. On parle généralement de causes génétiques, prénatales, périnatales et postnatales (Munir, Friedman, Wilska et Szymanski, 2008). Cependant, jusqu'à 50% des causes de la déficience intellectuelle restent toujours inconnues (Maulik, Harbour et McCarthy, 2014). La déficience intellectuelle est reconnue comme étant un concept multifactoriel comprenant quatre catégories distinctes de facteurs de risques (biomédicaux, sociaux, comportementaux et éducationnels) qui influence la personne atteinte de déficience intellectuelle tout au long de sa vie (Luckasson et coll., 2002). Plus précisément, les facteurs biomédicaux incluent l'aspect de la santé ainsi que des troubles génétiques, les facteurs sociaux quant à eux représentent les interactions familiales et sociales, par exemple le manque d'accès aux soins et la négligence parentale. Les facteurs comportementaux incluent tous les comportements pouvant avoir un impact direct sur le niveau de fonctionnement (consommation de drogues des parents, abandon ...) et finalement, les facteurs éducationnels sont en lien avec les habiletés d'adaptation (soutien familial inadéquat, absence de services spécialisés, etc.).

Au sein des troubles neurodéveloppementaux, la déficience intellectuelle est définie comme étant le trouble le plus fréquemment observé dans la population générale (Atchison, 2007 ; Maulik et Harbour, 2012 cité dans Portail enfance et familles). Selon l'Association de Montréal pour la Déficience Intellectuelle, 3% de la population montréalaise présenterait une déficience intellectuelle. On parle d'environ 50 000 personnes à Montréal, ce qui représenterait environ 228 000 personnes au Québec et 156 millions dans le monde (AMDI, 2011). La déficience intellectuelle légère est le niveau de sévérité le plus souvent observé, c'est-à-dire dans 85% des cas. La déficience intellectuelle moyenne dans 10% des cas et la déficience de niveau sévère 3,5% et profonde 1,5%, ce qui représente ainsi qu'une minorité de cette population (Atchison, 2007 ; C Aussilloux, R Pry et JP Raynaud, 2008 ; Maulik et Harbour, 2012 cité dans portail enfance et familles). Ce diagnostic est également beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Selon Atchison, les garçons présenteraient un risque 1,5 fois plus élevé que les filles de développer une déficience intellectuelle. Cela serait dû au fait que la plupart des syndromes reliés au sexe touchent

majoritairement les garçons et que l'identification se ferait de façon plus précoce en raison des troubles de comportements plus souvent manifestés par ces derniers (Atchison, 2007 cité dans portail enfance et famille).

Chez les individus présentant une déficience intellectuelle, plusieurs comorbidités peuvent être observées sur les plans ; moteur, de la communication, comportemental, sensoriel et psychologique. Pour le bien de ce travail, nous nous concentrerons sur les comorbidités au niveau de la communication, du comportement ainsi qu'au niveau psychologique (Portail enfance et familles). Les troubles du langage sont régulièrement associés à la déficience intellectuelle, surtout dans les cas où la sévérité est plus élevée. Lorsque la déficience est sévère ou profonde, la majorité des personnes atteintes sont non-verbales et communiquent généralement à l'aide de méthodes de communication alternatives (gestes, pictogrammes, etc.). Au niveau des comorbidités comportementales, approximativement 40% des personnes ayant une déficience intellectuelle présenteraient également des problèmes de comportements. Dans les cas plus sévères, les comportements pourraient ressembler à ceux des personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (Munir et al., 2008). Finalement au niveau psychologique, les personnes ayant une déficience intellectuelle sont beaucoup plus sujettes que la population générale à développer différentes comorbidités psychiatriques. La comorbidité la plus fréquemment associée est le trouble du spectre de l'autisme dans plus de 25% des cas (Maulik et Harbour, 2012 ; Munir et al., 2008 cité dans portail enfance et familles). Toutefois, l'évaluation des comorbidités psychiatriques chez les adultes présentant des déficiences intellectuelles sévères représente tout un défi pour les cliniciens puisque les symptômes se présentent différemment que dans la population générale.

Le trouble du spectre de l'autisme.

Le trouble du spectre de l'autisme est également un trouble neurodéveloppemental, qui est la plupart du temps expliqué par un dysfonctionnement au niveau cérébral (Nachshen et al, 2008). Ce trouble apparaît durant la période de la petite enfance et il est caractérisé par des difficultés persistantes de la communication et des interactions sociales ainsi que par un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. La plupart des études soulèvent de plus en plus une cause génétique au TSA, mais encore aujourd'hui la majorité des causes demeurent inconnues (Nachshen et al, 2008).

Le trouble du spectre de l'autisme se distingue par des limites au niveau de la communication, des déficits au niveau de la réciprocité sociale ou émotionnelle, des déficits au niveau des comportements de communication non verbaux et de déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations. En ce qui a trait au comportement, on remarque un caractère restreint et répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage, d'une intolérance aux changements, présence de comportements ritualisés, des intérêts restreints et anormaux (soit dans l'intensité ou dans le but) et d'une hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles. Le trouble du spectre de l'autisme est représenté sur un continuum où le niveau de sévérité varie, de léger à sévère, tout dépendant du niveau d'aide requise par la personne atteinte pour fonctionner (American Psychiatric Association, 2013).

Encore aujourd'hui, les causes du TSA sont peu connues. Nous savons pertinemment que plusieurs facteurs génétiques sont en cause et que d'autres facteurs prénataux, périnataux, individuels et familiaux pourraient être associés. La composante génétique observée mettrait en cause plusieurs gènes. Certaines études démontrent que les familles où un cas de TSA serait présent augmenteraient jusqu'à 10,9 fois les risques qu'un autre enfant présente également un TSA, contrairement aux familles où aucun cas n'est répertorié (Constantino, Zhang, Frazier, Abbacchi & Law, 2010). Les facteurs environnementaux joueraient également un rôle important durant les périodes prénatales et périnatales du développement de l'enfant. La majorité des études soulèvent l'hypothèse que l'interaction entre les facteurs environnementaux et génétiques serait en cause dans la plupart des cas (Autism Speaks, 2012). Ces interactions auraient des incidences sur le développement du cerveau du fœtus, ce qui engendrait des conséquences à long terme sur le développement de l'enfant donc des risques plus accrus de TSA (Miyake, Hirasawa, Koide et Kubota, 2011). Les facteurs environnementaux pouvant interagir avec les prédispositions génétiques serait l'âge avancé des parents, être un garçon, les grossesses multiples, une réponse immune prénatale atypique, l'exposition à un taux élevé d'hormones sexuelles relativement à un traitement de fertilité, le fait d'être premier-né, un faible score Apgar une minute et cinq minutes après la naissance, l'hypoxie néonatale, enfant prématuré de moins de 35 semaines, faible poids à la naissance et des complications à l'accouchement (Guinchat et al., 2012 ; Mikaye et al., 2011 ; Noiseux, 2011 cité dans Poirier, des Rivières-Pigeon et Dorismond, 2013). Une chose demeure certaine, il n'existe pas de cause unique au TSA.

Au Québec, le taux de prévalence du trouble du spectre de l'autisme est actuellement à la hausse, c'est pourquoi autant de cliniciens et de chercheurs s'intéressent à cette problématique. Il

Il y a dix ans, approximativement un enfant sur 2000 était diagnostiqué avec un TSA (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Actuellement, un enfant sur 115 reçoit un diagnostic de TSA, ce qui équivaut à environ 1% de la population générale. On parle d'une augmentation de 650% de la prévalence en à peine 15 ans (Noiseux, 2011). De plus selon une étude effectuée par les *Centers for Disease Control and Prevention* (2012, cité dans Poirier, des Rivières-Pigeon et Dorismond, 2013), le TSA est un trouble qui touche particulièrement les garçons (1/54), alors que la prévalence chez les filles est d'une sur 252.

Une association bidirectionnelle existe entre la DI et le TSA. Effectivement, le trouble principal associé au trouble du spectre de l'autisme est la déficience intellectuelle. Selon les études, de 50% à 70% des personnes atteintes présenteraient également une déficience intellectuelle et 40% auraient une DI avec atteintes sévères ou profondes (Fombonne, 2003). Chez la clientèle présentant le double diagnostic, il est très fréquent qu'ils présentent également de sévères problématiques comportementales associées.

Les troubles et les troubles graves de comportements

La présence de troubles et de troubles graves du comportement est très fréquente chez les adultes présentant une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme. Le trouble du comportement se définit par « une action ou un ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique » (Tassé, Sabourin, Garcin & Lecavalier, 2010). Le trouble grave du comportement quant à lui est « jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux » (Tassé & al, 2010). Chez les individus présentant une DI et un TSA, de nombreuses manifestations de comportements d'agression (envers soi-même et envers les autres) peuvent être observés ; destruction des biens, crises de colère, comportements d'autostimulation, automutilation, non-respect des consignes et plus encore (Emerson et al., 2001 ; Murphy, Healy & Leader, 2009). Au sein des facteurs de risques des troubles et des troubles graves de comportement, nous retrouvons une déficience du fonctionnement intellectuel, des déficits au niveau de la communication et du langage ainsi que des habiletés sociales limitées. Il est donc peu surprenant de retrouver une clientèle DI/TSA comme étant sujette à ces problématiques comportementales (McClintock et al., 2003 ; Murphy et al., 2005). Le fait que ces individus présentent d'importantes difficultés sur le

plan de la régulation émotionnelle entraîne une exacerbation des comportements extériorisés qui se traduisent généralement par des troubles ainsi que des troubles graves du comportement (Lemerise & Dodge, 2000).

En ce qui a trait à la prévalence, une étude menée par le *Hester Adrian Research Center*, indique que 7% de la population des personnes vivant avec une déficience intellectuelle présenteraient ce type de comportement (Bouras, 1999). De ce pourcentage, 83% d'entre eux sont des adultes, les deux tiers seraient des hommes et 51% vivraient en milieu hospitalier. Qureshi, (1994), rapporte des données similaires, avec une prévalence de 7,3% de la population (cité dans Emerson et al., 2001). D'autres recherches telle que celle de Borthwick-Duffy (1994) rapporte que la prévalence des comportements problématiques chez les individus ayant des troubles développementaux serait de 14,4% (cité dans Magerotte et Willaue, 2014). Les statistiques indiquent une majorité d'hommes et de personnes non verbales. La prévalence varierait également selon le niveau de sévérité de la déficience (plus la déficience est sévère, plus la prévalence augmente) ainsi qu'avec l'âge (plus la personne est âgée, plus la prévalence augmente). Finalement, ses recherches ont prouvé que lorsqu'il y a présence d'un double diagnostique ainsi qu'un trouble psychiatrique, la prévalence serait pareillement plus élevée (Borthwick-Duffy, 1994 cité dans Magerotte et Willaue, 2014). Il est à noter que la différence des statistiques au sein des recherches peuvent être expliquée par les différentes définitions du comportement problématique utilisées par les chercheurs.

Chez les personnes DI/TSA, les troubles et troubles graves de comportements se manifestent souvent en une crise comportementale. Une crise comportementale est « un épisode de trouble du comportement qui est perçu comme mettant en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, de son entourage ou de son environnement » (Sabourin, Couture, Morin et Proulx, 2015). Lorsqu'elles surviennent, ces crises comportementales nécessiteraient des interventions particulières, par exemple : des mesures réactives de désescalade, de l'aide extérieure (intervention policière) ou des mesures de contrôles contraignantes (isolement/contention) (Sabourin et al., 2015). Il est fréquent d'observer différentes étapes au cours de la crise comportementale qui surviennent graduellement (quoi que parfois très rapidement) tel que, l'agitation, l'opposition, l'agression et pour finir, la récupération. La première étape soit celle de l'agitation se distingue par un sentiment d'insécurité et il est caractérisé par une augmentation de la tension musculaire et par une accentuation de l'agitation motrice ou verbale. La seconde étape soit l'opposition se définit par une attitude hostile où l'individu exprime de la résistance. Par la

suite, l'agression est caractérisée par une perte de contrôle où l'on retrouve des comportements physiques et verbaux menaçants, par exemple : des comportements d'agression ou d'automutilation. Finalement, la phase de récupération est le moment où la personne retrouve graduellement un état de calme puisqu'elle ressent une baisse importante de la tension ressentie durant la crise (Charlebois et L'abbé, 1997 cité dans Sabourin, 2015).

Les habiletés de régulation émotionnelle

Dans la vie quotidienne, les émotions sont régies par l'évaluation qu'une personne se fait d'une situation. Cette évaluation activerait généralement un ensemble de réponses physiologiques, expressives et même comportementales, c'est-à-dire les émotions (Scherer, 2005 ; Niedenthal et al., 2008 cité dans Krauth-Gruber, 2009). Cette évaluation repose sur des processus intrinsèques et extrinsèques qui gèrent entre autres, l'intensité ainsi que la durée de la réaction (émotion) de l'individu face à une situation (Thompson, 2011). Comme dans la plupart des sujets de recherches portant sur les problèmes complémentaires à la déficience intellectuelle et au trouble du spectre de l'autisme, il existe très peu de recherches au sujet de la régulation émotionnelle chez les personnes DI/TSA. Malgré le peu d'informations qu'il nous est possible de retrouver, quelques études nous aident à mieux comprendre comment la DI et le TSA affectent les habiletés de régulation émotionnelle chez les personnes atteintes.

En raison des limites cognitives, intellectuelles et sociales que présentent les personnes ayant une DI et un TSA, leur capacité à contrôler leurs émotions est limitée. Selon une étude effectuée par Samson et ses collaborateurs, les difficultés de régulation émotionnelle observées chez les personnes TSA seraient directement liées à la sévérité des caractéristiques du trouble du spectre de l'autisme (cité dans White, Mazefsky, Dichter, Chiu, Richey et Ollendick, 2014). Plus précisément, les difficultés au niveau de la communication, au niveau social, sensoriel ainsi que leur manque de flexibilité influenceraient négativement le développement des habiletés de régulation émotionnelle. C'est une des raisons pour lesquelles, les émotions véhiculées par les personnes TSA sont exprimées différemment que chez les neurotypiques, c'est-à-dire que l'expression des émotions diffère dans l'intensité, dans la durée ainsi que dans la fréquence (White et al., 2014). De façon plus précise, voici les comportements observables d'une régulation émotionnelle déficiente chez les enfants TSA; crises de colère, agression, automutilation, irritabilité, anxiété, désobéissance, problèmes de sommeil et dépression (White et al., 2014). Ces problèmes se poursuivent la plupart du temps avec le développement de l'âge adulte. Il est

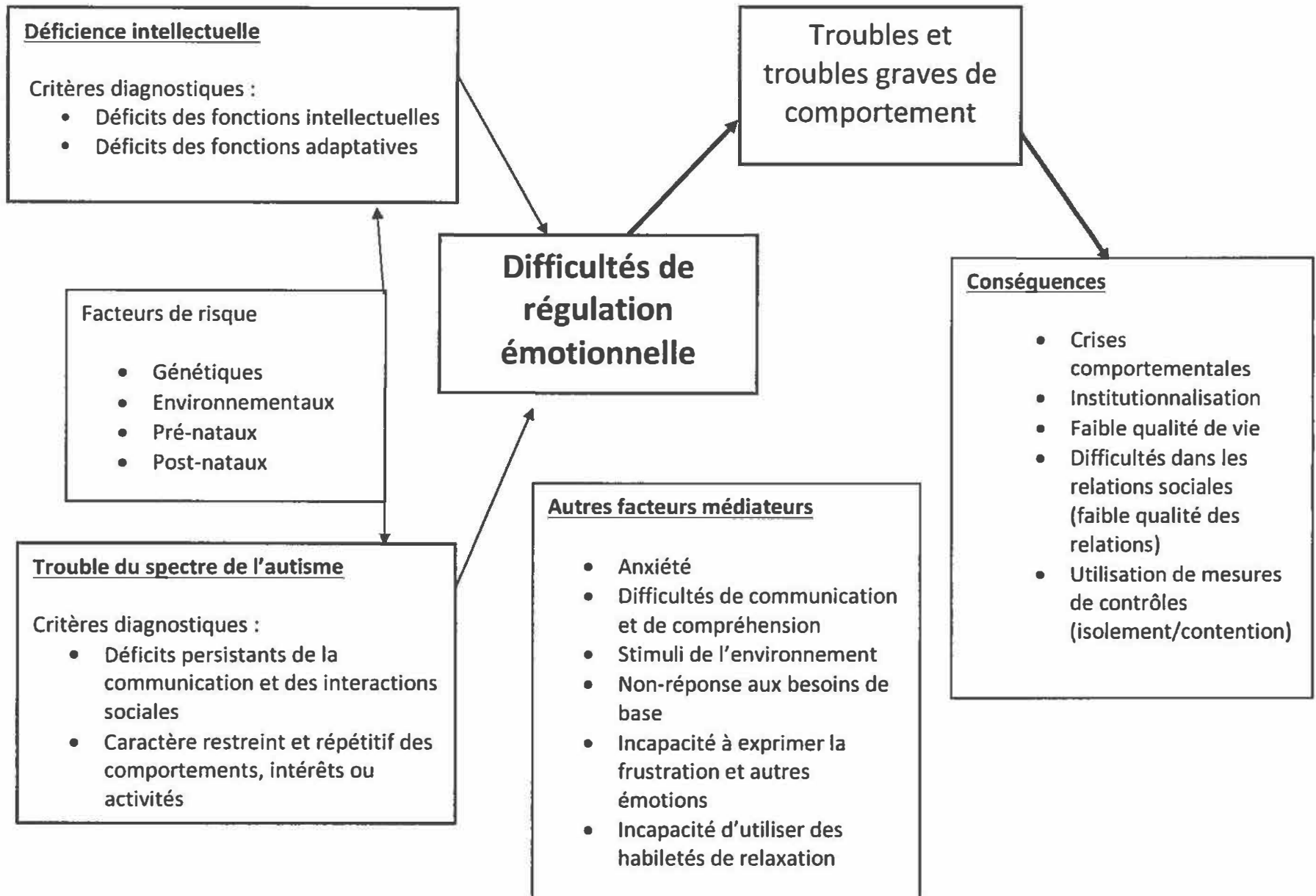
également reconnu que les personnes qui présentent de plus grandes difficultés au niveau de la communication et surtout celles étant non-verbales vivent généralement plus de difficultés en ce qui a trait à la régulation émotionnelle (Beirne-Smith, Ittenbach et Patton, 2002). La régulation émotionnelle est un processus fondamental qui influence de façon importante notre perception des différentes situations de la vie quotidienne ainsi que notre capacité d'adaptation et elle est essentielle à un développement optimal chez chaque individu (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent et Rydell, 2006). Ainsi, tenter d'améliorer les habiletés de régulation émotionnelle chez les personnes présentant une DI et un TSA est nécessaire puisque cela permet de leur fournir des outils leur permettant de mieux s'adapter et de mieux faire face aux différents défis de la vie quotidienne.

La régulation émotionnelle est une habileté qui peut survenir grâce à l'influence d'autrui ou grâce aux efforts déployés par la personne elle-même (Thompson, 2011). Dans le cas d'une clientèle DI/TSA, il arrive fréquemment qu'un individu n'arrive pas à mettre en place des stratégies d'autorégulation de façon spontanée, ainsi l'aide d'une personne (processus extrinsèque) devient alors nécessaire. Tel que mentionné précédemment, nous pouvons ainsi faire le lien qu'en raison de cette difficulté à réguler leurs émotions, les personnes DI/TSA se retrouvent plus souvent en situation d'escalade de la crise et manifestent ainsi des troubles et des troubles graves de comportements puisqu'ils perdent le contrôle de leurs émotions.

Chaîne prédictive

La figure 1 présente un bref aperçu de notre hypothèse en ce qui a trait aux causes de la manifestation des troubles et des troubles graves de comportements chez les personnes DI/TSA. Elle exprime également les conséquences possibles y étant associées. En effet, nous croyons que les difficultés de régulation émotionnelle chez les personnes DI/TSA engendrerait une exacerbation des crises comportementales chez ceux-ci, puisque lorsque survient une situation déstabilisante, ils ne sont en mesure de recourir à des moyens efficaces pour évaluer la situation présente et réagir adéquatement (autant en intensité, qu'en durée) que d'autres individus neurotypiques.

Figure 1. Chaîne prédictive



1.2 Interventions déjà expérimentées

Puisque l'objectif de ce projet de recherche clinique vise à réduire les troubles et les troubles graves de comportements chez les individus vivants avec une déficience intellectuelle ainsi qu'un trouble du spectre de l'autisme, nous nous centrerons ici sur les connaissances et sur les interventions expérimentées spécifiquement auprès de clientèles présentant sensiblement les mêmes problématiques. Ainsi, nous ne parlerons des approches principales connues dans l'intervention auprès de personnes vivant avec une DI ou un TSA, tel que les approches comportementales et comportementales (analyse appliquée du comportement (ABA), analyse fonctionnelle du comportement, etc.). En revanche, nous verrons les approches suivantes soit ; l'approche positive, le soutien comportemental positif, mieux connu sous son nom anglais le Positive Behavior Support (PBS), ainsi que l'analyse et l'intervention multimodale (AIMM). Ces différentes approches visent principalement la prévention des épisodes de troubles graves de comportements et ainsi la diminution de la fréquence et de l'intensité d'apparition des comportements problématique.

L'approche positive

L'approche positive s'inscrit dans une vision préventive et écosystémique de l'intervention, auprès des personnes présentant des vulnérabilités telles qu'une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme. Elle repose principalement sur trois valeurs fondamentales soit la croyance, la considération et la reconnaissance. La croyance soutient qu'une personne DI/TSA est une personne à part entière qui peut se développer et évoluer tout au long de sa vie en fonction de ses caractéristiques, ses forces et ses limites et ce, selon les expériences de vie qui se mettront sur son chemin (Labbé, Choquette et Turgeon, 2014). La considération, pour sa part, reconnaît que la personne DI/TSA a les mêmes besoins que toute autre personne, qu'elles ont la même valeur et qu'elles méritent tout notre respect (Fraser et Labbé, 1993 cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014). Finalement, la reconnaissance repose sur le fait qu'une personne DI/TSA est un citoyen à part entière, qui jouit des mêmes droits et des mêmes obligations que tous. Elle a le droit de faire ses propres choix et d'avoir un certain contrôle sur sa vie. En fonction de ses caractéristiques particulières, elle a le droit de bénéficier d'une adaptation de son environnement et de l'aide de ceux qui l'entourent pour avoir une qualité de vie satisfaisante. Voici maintenant quelques fondements philosophiques de l'approche positive, tiré du document *Prévention des troubles du*

comportement et des troubles graves du comportement par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) écrit par Labbé, Choquette et Turgeon (2014) :

- Rapport personne-intervenant respectueux : Que tout échange entre l'intervenant et la personne atteinte, et que la relation entre les deux soit chaleureuse, égalitaire et permette d'entretenir une certaine réciprocité ainsi qu'une interdépendance.
- Communication dynamique : Mettre en place des stratégies et des moyens favorisant l'interaction avec la personne pour éveiller son désir de communiquer et d'exprimer ses besoins et ses émotions.
- Intervention stimulante et valorisante dans le but de favoriser des apprentissages : Proposer des stratégies d'intervention au sein d'activités permettant de favoriser les apprentissages d'habiletés et de compétences tout en offrant un soutien adapté aux forces et limites de l'individu.
- Compréhension des besoins et des comportements problématiques : S'assurer d'avoir une compréhension de la personne au sein de son environnement en effectuant une évaluation rigoureuse, élargie et multidimensionnelle.

Il est à noter que l'origine de ses principes fondamentaux de l'approche positive ont été élaborés il y a plus d'une vingtaine d'années par des chercheurs américains tel que (Lovett, 1985 ; Meyer et Evans, 1989 ; Donnallan et al., 1988) qui avaient à cœur le bien-être des personnes présentant des troubles et des troubles graves de comportement. De nombreux autres chercheurs tel que Menolascino et Stark (1984), Carr et Durand (1985), McGee et al. (1987), Taylor et al., (1987), Bellamy et al., (1988), Griffiths (1989), Griffiths et al., (1989), Horner (1990), Sovner (1990), Sovner et DesNoyers-Hurley (1990), Taylor et Bogdan (1990, 1996), Coulter (1992), Luckasson et al. (1992), Crimmins (1993), Hingsburger et al., (1993), Schalock et Begab (1990), Schalock et Keith (1993), Schalock et al. (1989), Reiss (1994a), Koegel et al. (1996), et plusieurs autres ont mené à bien des études et des recherches qui ont apporté en bout de ligne, le soutien comportemental positif (cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).

Soutien comportemental positif (SCP)

Le soutien comportemental positif est une approche qui porte sur deux objectifs principaux soit, d'éliminer ou de réduire les comportements problématiques et de favoriser l'apparition de comportements positifs. Le but à plus long terme étant d'améliorer de façon significative la qualité

de vie des personnes vivant avec ses problématiques (Carr et al., 2002). Ces objectifs sont primordiaux dans l'intervention auprès d'une telle clientèle puisque les troubles et les troubles graves de comportements qu'ils manifestent régulièrement ont un impact important sur leurs probabilités de réinsertion sociale et que ces comportements sont la cause de leur institutionnalisation. Il est à noter que cette approche a pris forme en se basant sur les principes fondamentaux de l'analyse appliquée du comportement ainsi que sur le mouvement de normalisation et de valorisation des rôles sociaux et des valeurs centrées sur la personne (Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).

Le SCP propose un modèle d'intervention comprenant trois niveaux de prévention soit le niveau primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau de prévention primaire s'adresse à toutes clientèles vulnérables et nous y retrouvons principalement les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme. On parle ici de services de première ligne avec la possibilité d'offrir des services spécialisés de façon ponctuelle. Par la suite, la prévention secondaire vise les clientèles qui présentent des comportements à risque qui nécessitent des interventions spécialisées. Finalement, la prévention tertiaire s'adresse aux individus qui présentent des comportements à haut risque pour eux-mêmes ainsi que pour les personnes qui les entourent. Elle s'adresse à environ 5% d'individus et représente la clientèle ciblée par ce projet d'intervention. Il est ici nécessaire de prioriser une intervention préventive intensive et individualisée pour les différents sujets (Dunlap et Fox, 2009 cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).

Pour finir avec le SCP, voici quelque une des principales caractéristiques de cette approche qui nous ont le plus interpellées dans le cadre de la recherche d'approches adaptées à une clientèle DI/TSA présentant également des problématiques de santé mentale et des troubles et troubles graves de comportement :

- La réponse aux besoins de tout individu est primordiale puisque l'on peut croire que le fait de répondre à leurs besoins permet d'augmenter leur qualité de vie et ainsi réduire la manifestation des comportements problématiques (VanDenBerg et Grealish, 1998 cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).
- Mettre l'accent sur la manifestation de comportements positifs et non sur les comportements problématiques (Riley, 1996 ; Ruef et al., 1999 ; Fraser et Labbé, 1993 ; Labbé, 2003 ; Dunlap et Fox, 2009 cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).
- « Assurer l'encadrement et le soutien à la personne et à son environnement pour qu'elle puisse atteindre ses buts (Clark et Heineman, 1999 ; Fraser et Labbé, 1999). L'aider à faire

des choix et à exercer du pouvoir sur sa vie (autodétermination) représente des conditions pour qu'elle atteigne ses buts (Whemeyer, 1999 ; Whemeyer et al., 1996 ; Fraser et Labbé, 1999) » (cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).

- Prioriser des interventions permettant à l'individu de développer des habiletés et favoriser la modification de l'environnement pour une meilleure capacité d'adaptation de l'individu (Albee, 1996, 1998 ; Fraser et Labbé, 1999 ; Dunlap et Fox, 2009, cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).
- Favoriser la mise en place d'un processus d'intervention rigoureux qui favorise la participation de l'individu lui-même, de ses proches et des différents professionnels des différents systèmes de services impliqués (Fox et Duda, 2002 cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014).

Avant de parler de l'analyse et de l'intervention multimodale, revenons rapidement sur le principe de la prévention tertiaire applicable dans le cas d'individus présentant des comportements problématiques importants, qui impliquent un certain niveau de dangerosité pour eux-mêmes ou pour les individus qui les entourent. Voici une définition de la prévention tertiaire provenant de l'Organisation mondiale de la Santé : « La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale (OMS, 1946 cité dans Labbé, Choquette et Turgeon, 2014). ». Lorsque des épisodes de TGC sont récurrents, on parle automatiquement de prévention tertiaire, c'est-à-dire que l'on favorise une action rapide permettant d'identifier les causes du TGC et également de mettre en place des aménagements préventifs. Par exemple, l'élaboration d'une fiche de prévention active est un moyen efficace pour opérationnaliser les manifestations physiques et comportementales de l'escalade de la crise d'un usager. Les aménagements préventifs et la prévention active de l'escalade du comportement permettent de réduire la probabilité qu'un épisode de crise (TC/TGC) ait lieu. Pour ce faire, les interventions à privilégier lors de la manifestation de certains signes précurseurs doivent être connues et mises en place rapidement pour cesser l'escalade de la crise. Finalement, en cas de besoin, des stratégies plus contraignantes (isolement/contention) doivent être utilisées pour éviter que l'individu se blesse ou qu'il blesse un membre de son entourage.

AIMM (Analyse et intervention multimodale)

L'analyse et l'intervention multimodale est un cadre clinique élaboré par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC), qui est inspiré des meilleures pratiques et des données probantes dans le domaine des troubles graves de comportements chez les individus vivant avec une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme. Il représente également une évolution du modèle explicatif des TGC, présents chez ce type de clientèle (Sabourin et Lapointe, 2014).

Le modèle de l'AIMM est considéré par la Fédération des CRDITED comme étant la démarche clinique recommandée pour intervenir auprès des usagers présentant des troubles et des troubles graves de comportement (Sabourin et Lapointe, 2014). Le processus de l'analyse multimodale est une démarche clinique exigeante et de longue durée, qui est toutefois considérée comme étant nécessaire pour bien comprendre, analyser et proposer une solution efficace face aux comportements problématiques présentés par les usagers. Cette démarche d'intervention est principalement composée de sept étapes distinctes soit ; la description du trouble du comportement, l'organisation de l'information, la formulation d'hypothèses, l'élaboration des interventions sur mesure, l'organisation du suivi de l'intervention, l'intervention et finalement, le suivi de l'intervention (Sabourin et Lapointe, 2014).

L'analyse multimodale s'attarde principalement aux facteurs de vulnérabilité de l'individu, aux facteurs contextuels (contributeurs et déclencheurs), aux facteurs de renforcement ainsi qu'au contexte externe (environnement physique, environnement social, habitudes et style de vie) et au contexte interne (caractéristiques psychologiques, habiletés déficitaires, santé physique, santé mentale et les atteintes neurologiques et neuropsychologiques) de l'individu. Cela permet de dresser un portrait extrêmement complet d'un individu pour nous permettre de mieux comprendre la provenance ainsi que les causes probables des TGC (Sabourin et Lapointe, 2014). Toutes les informations sont remplies dans à l'intérieur de la grille d'analyse multimodale contextuelle et permet ainsi aux intervenants et professionnels d'élaborer des hypothèses exhaustives et par la suite de recommander des interventions en lien avec les causes probables (Annexe I).

De cette grille d'analyse multimodale contextuelle découle ce que l'on appelle communément le plan d'action multimodal (PAMTGC) qui pour sa part permet de faciliter la mise en œuvre des interventions auprès des usagers. On parle ainsi de trois types d'interventions soit ;

les aménagements préventifs, la prévention active ainsi que les interventions de réadaptation et de traitement.

- Les aménagements préventifs : Aménagements de l'environnement qui ont pour but de diminuer la probabilité d'apparition d'un comportement ciblé.
- La prévention active : Interventions qui ont pour but d'empêcher l'escalade des comportements vers des manifestations plus importantes (en fréquence et en intensité) des comportements problématiques.
- Les interventions de réadaptation et de traitement : Elles visent à modifier certains aspects et caractéristiques de l'individu qui mène au comportement cible (apprentissage d'habiletés, traitement de problèmes médicaux ou psychiatriques).

Les mesures réactives de désescalade dans la prévention active

Selon le Service québécois d'expertise en trouble grave de comportement (SQETGC), les mesures réactives de désescalade sont des stratégies efficaces à mettre en place pour prévenir l'escalade des crises comportementale et ainsi aider à la gestion des réactions émotionnelles des individus DI-TSA (2015). Pour qu'un intervenant mette en place ses stratégies, il est important qu'il comprenne que la manifestation d'un TC ou d'un TGC par un usager représente une tentation de communication de sa part ou une tentative inappropriée d'adaptation à une situation (Sabourin, 2015). Ainsi, il est important que les intervenants ne tentent pas de contrôler le sujet, mais bien qu'il gère une situation de crise à court terme. C'est exactement ce que les mesures réactives de désescalade permettent de faire. Les chercheurs se sont basés sur de nombreuses recherches pour trouver les stratégies permettant de prévenir les pertes de contrôles émotionnelles, se manifestant en comportement problématique, chez ce type d'usager. Voici les principales mesures réactives de désescalade en prévention de la crise :

- La diminution de la stimulation (McDonnell, Waters et Jones, 2002 cité dans Sabourin, 2015) est une technique qui vise à diminuer les exigences dans les demandes faites auprès de l'usager. Elle suggère également de diminuer le contact visuel, les touchers ainsi que les attitudes verbales potentiellement agressives.
- L'écoute active (McClellan et Grey, 2007 cité dans Sabourin, 2015), vise à transmettre au sujet en escalade de la crise un sentiment de sécurité et de confiance. L'intervenant se doit donc de montrer une attitude de disponibilité et d'empathie.

- La communication facilitée (McClellan et Grey, 2007 cité dans Sabourin, 2015) et la résolution de problème facilitée (McClellan et Grey, 2007, cité dans Sabourin, 2015) proposent pour leur part l'utilisation d'un moyen de communication efficace pour l'utilisateur (objet, pictogrammes, images, signes, etc.) pour aider l'utilisateur à formuler une demande, à exprimer un besoin et/ou à trouver une solution à un problème. L'utilisation de ce type d'outils visuels permet à la personne DI/TSA de comprendre les choses de façon concrète, car les intervenants utilisent un langage, un mode de communication compréhensible pour eux.
- La redirection (Russel, 2011, cité dans Sabourin, 2015) est présentée comme une interruption de la chaîne comportementale. Plusieurs variantes peuvent en ressortir telles que proposer à l'utilisateur de faire une tâche qu'il apprécie, demander à l'utilisateur de nous aider à effectuer une tâche, et ce dans le but de lui changer les idées.
- Le contrôle des instructions (Russel, 2011 cité dans Sabourin, 2015) peut prendre différentes formes, selon l'intensité de l'escalade de la crise. On peut ainsi diminuer les exigences initiales d'une demande, les modifier et même au besoin retirer toutes exigences et demandes pour laisser l'utilisateur reprendre le contrôle de ses émotions et comportement.
- La relaxation facilitée (McClellan et Grey, 2007 ; MUMS, 2012 cité dans Sabourin, 2015) vise à favoriser des mécanismes de relaxation pour aider l'utilisateur à réguler ses émotions. On parle ainsi de respirations profondes, de demande de retrait dans un endroit calme, écoute de musique douce, etc.
- La capitulation stratégique (LaVigna et Willis, 2002 cité dans Sabourin, 2015) est généralement utilisée lors d'une situation où le retour au calme est jugé impossible sans permettre à la personne d'obtenir ce qu'elle désire. Alors malgré le comportement inapproprié, on offre à l'individu ce qu'il recherche pour mettre fin à l'escalade de la crise. Toutefois, cette stratégie doit uniquement être utilisée en cas de besoin et il sera pertinent pour les intervenants de revoir par la suite la situation pour trouver de nouvelles stratégies d'interventions efficaces.
- Le retrait de l'intervenant de la situation (Royal College of psychiatrists et al., 2007 cité dans Sabourin, 2015) consiste à ce que l'intervenant qui s'occupe de l'utilisateur durant l'escalade de la crise se retire pour une courte période de temps. Cette mesure est généralement utilisée lorsque l'escalade a lieu en raison de sa présence et de ses tentatives d'interventions.

- L'incitation physique au calme (McVilly, 2009 cité dans Sabourin, 2015). Selon McVilly « un contrôle physique humain de moins de trente secondes doit être considéré comme une incitation physique plutôt que comme un contrôle physique, particulièrement lorsqu'il est inséré dans un protocole de retour au calme » (Sabourin, 2015).
- L'interposition physique (McClellan et Grey, 2007 cité dans Sabourin, 2015), vise une interruption de la chaîne comportementale avec l'utilisation d'un objet par l'intervenant pour le séparer de l'utilisateur (par exemple, un ballon). Cette stratégie permet ainsi à l'intervenant de mettre en application d'autres stratégies de désescalade vues précédemment.
- Le dégagement physique (McClellan et Grey, 2007 cité dans Sabourin, 2015), représente l'utilisation de différents moyens pour se libérer physiquement de comportements d'agrippement et de contrôle d'un usager, et ce sans avoir recours à la douleur. On parle par exemple de la technique Oméga.

1.3 Intervention proposée

Dans le cadre de ce projet, nous avons choisi d'élaborer une démarche d'intervention basée sur les principes de l'AIMM, mais étant beaucoup plus simplifiée en raison de la réalité des milieux hospitaliers, c'est-à-dire que nous avons rarement le temps d'effectuer une démarche aussi longue et précise que l'AIMM en tant que tel. Pour y arriver, nous nous sommes basés sur le principe de l'AIMM ainsi que sur la formation donnée par M. Guy Sabourin, psychologue et expert-conseil au SQETGC sur les mesures réactives de désescalade dans la prévention active. Cette démarche d'intervention vise donc à travailler plus spécifiquement sur les interventions de prévention active dans l'escalade de la crise.auprès d'une clientèle présentant des troubles graves de comportement, il est primordial de connaître les signes précurseurs de l'escalade de la crise comportementale. Une description objective des signes physiques et des comportements représentant chaque niveau d'escalade est nécessaire pour que chacun des intervenants soit en mesure de reconnaître les signes précurseurs de la crise. Dans le milieu, chaque usager possède ce que l'on appelle une fiche de prévention active (Annexe II). Les objectifs de la prévention active sont les suivants ; identifier des indices précurseurs contributeurs à chacune des étapes d'une crise, induire un changement sur l'environnement et la personne, prévoir des interventions qui sont non contraignantes, à sécuriser

le personnel, les pairs ainsi que l'utilisateur, à préserver la relation de confiance avec l'utilisateur et finalement, de mettre fin à la crise comportementale (Sabourin, 2015).

De façon générale, chaque fiche possède plusieurs niveaux d'escalade soit, un niveau 0 (état calme), un niveau 1 (état d'agitation et de fébrilité), niveau 2 (état d'opposition et de panique), niveau 3 (intimidation et dangerosité) et finalement un niveau 4 (agression envers soi-même et/ou autrui). Pour chacun de ses niveaux, il s'avère nécessaire de prévoir les interventions nécessaires lorsque l'on détecte les signes comportementaux. Les interventions proposées ont pour but de freiner la progression des comportements précurseurs au cours de l'escalade de la crise, de gérer la crise si elle se produit et finalement, de ramener la personne à un état de calme et de disponibilité pour reprendre sa routine quotidienne. Il est primordial de mentionner que les interventions proposées doivent être des mesures de désescalade et doivent être le plus possible non contraignante (Sabourin, 2015).

Étape 1 : Révision des fiches actuelles de prévention active. L'objectif de cette étape du programme d'intervention consiste à revoir les fiches de prévention active actuelle des usagers et plus précisément les indices comportementaux présents dans chacun des niveaux d'escalade de la crise comportementale. Le but de la mise à jour de la FPA étant de permettre facilement à chacun des intervenants de percevoir à quel niveau d'agitation se situe le client. Pour se faire, l'observation participante est utilisée puisque les personnes présentes interviennent directement auprès du sujet pour le guider au sein de sa routine quotidienne. À l'aide d'une grille de cotation des niveaux d'escalade de la crise, les intervenants notent les signes précurseurs observés tout au long de la journée pour opérationnaliser de façon objective les signes physiques et les comportements présentés par l'individu, et ce pour les différents niveaux de l'escalade de la crise. Ils se doivent également de noter les interventions utilisées (mesures réactives de désescalade) pour gérer les situations de crises s'étant révélées efficaces.

Étape 2 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base et sélection de l'habileté à travailler. La stagiaire en psychoéducation rencontre de façon individuelle l'intervenant pivot de chacun des usagers participants au programme d'intervention. Lors de cette rencontre, chacun se doit de remplir le questionnaire de dépistage des habiletés de régulation de base ; avec aide (Annexe III) et manifestations spontanées (Annexe IV) dans le but de bien cibler quelle habileté pourrait être travaillée, et par la suite utilisée de façon spontanée (sans aide) par le sujet. Une fois les questionnaires remplis, une analyse des cotations est effectuée dans le but de déterminer qu'elle est l'habileté de régulation émotionnelle que l'utilisateur est le plus en mesure d'effectuer avec aide.

L'hypothèse sous-jacente étant qu'une habileté efficace avec aide sera plus facile à enseigner à l'utilisateur pour qu'il manifeste cette habileté de régulation émotionnelle par manifestations spontanées et donc de façon autonome. Les habiletés de régulation émotionnelles correspondent extrêmement bien aux différentes mesures réactives de désescalade qui se doivent d'être élaborées dans la révision des fiches de prévention active puisque ce sont des stratégies efficaces pour prévenir l'escalade de la crise.

Étape 3 : Élaboration de l'intervention. Suite au choix de l'habileté de régulation émotionnelle à travailler avec l'utilisateur, l'intervenant ainsi que la stagiaire en psychoéducation se doivent de réfléchir à une stratégie d'intervention dans le but d'enseigner l'habileté choisie au sujet. Pour chacun des sujets, les stratégies d'enseignement des comportements de régulation émotionnelle sont différentes, par exemple : utilisation de scénarios sociaux, mise en situation, pratique d'une activité quelconque, apprentissage par imitation, etc. Le choix des interventions se doit d'être lié à l'évaluation fonctionnelle du comportement dans le but de favoriser l'efficacité des interventions sur la diminution graduelle des troubles et des troubles graves du comportement. Par la suite, la stratégie élaborée est validée par la psychoéducatrice pour nous assurer de l'adéquation de l'intervention en lien avec l'objectif d'enseignement.

Étape 4 : Mise en place de l'intervention. Finalement, la stagiaire en psychoéducation ainsi que l'intervenant mettent en place l'intervention auprès de l'utilisateur alors qu'il est en niveau 0, c'est-à-dire dans un état de calme. L'apprentissage devra se faire à répétition et donc une fois par jour, et ce pendant un minimum de deux semaines. L'objectif étant d'enseigner aux usagers des comportements adaptés pour qu'ils soient par la suite en mesure d'utiliser cette technique pour mieux réguler leurs émotions lors de situations anxiogènes, irritantes et/ou pour exprimer leur mécontentement.

Place dans la chaîne prédictive et justification du choix de l'intervention.

Chez les personnes DI/TSA la capacité intrinsèque d'autorégulation des émotions est extrêmement faible même très rare. Les mécanismes de régulation sont majoritairement extrinsèques, c'est-à-dire dirigés par les intervenants (Beirne-Smith, Ittenbach et Patton, 2002). À l'aide d'un questionnaire de *Dépistage d'habiletés de régulation de base chez les personnes présentant une DI avec ou sans TSA* (annexe III et annexe IIII), nous évaluerons leurs habiletés avant l'intervention et tenterons en équipe de déterminer les interventions qui seraient les plus

probables d’êtres apprises et fonctionnelles auprès des sujets. Ce questionnaire de dépistage permet d’analyser la fréquence d’utilisation d’habiletés de régulation émotionnelle des participants et donc de cerner les principaux besoins pour chacun d’entre eux. Par exemple, nous examinerons si la personne utilise un moyen de communication (verbal, gestuel, image ...) efficace pour exprimer ses émotions, se dirige à un endroit où elle peut retrouver son calme lorsqu’elle vit des émotions négatives, exprime calmement un refus, demande de l’aide lorsqu’elle est frustrée ou exprime correctement sa frustration, etc. Selon nos hypothèses, les difficultés de régulation émotionnelle auraient un impact significatif sur l’extériorisation et la manifestation des troubles et des troubles graves de comportements des personnes DI/TSA, puisqu’ils manquent de ressources pour faire face aux situations anxiogènes et contrariantes. Également, nous croyons que les individus vivant avec ses problématiques et étant en plus non verbaux possèderaient encore plus de difficultés de régulation émotionnelle. C’est pour cette raison que nous désirons favoriser l’enseignement des habiletés de régulation émotionnelle auprès de notre clientèle.

Le fait de travailler à mettre en place des mesures réactives de désescalade dans la prévention active suit les principes du PBS puisque cela vise prévenir l’apparition des crises comportementales et ainsi réduire la manifestation des troubles et des troubles graves de comportements des sujets. De plus, cette démarche est rigoureuse et vise non seulement l’amélioration des habiletés de régulation émotionnelle des sujets, mais également à impliquer les intervenants dans une démarche d’intervention cohérente auprès des usagers, ce qui favorisera la généralisation des acquis, dans différentes situations difficiles auxquels ils pourraient être confrontés. Nous croyons que cela amènera en bout de ligne, une amélioration de la qualité de vie des sujets puisqu’ils auront accès à des moyens et des stratégies pour gérer leurs émotions en situation complexe.

Pertinence de l’intervention proposée

En développant une démarche d’intervention étant basée sur les principes de l’AIMM, nous respectons ainsi les méthodes de travail reconnues et recommandées par la Fédération des CRDITED pour intervenir auprès des usagers présentant des troubles et des troubles graves de comportement. Ce type de démarche est ainsi basé sur les meilleures pratiques dans le domaine de l’intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l’autisme ainsi que des troubles graves du comportement. La spécificité de la clientèle hospitalisée au sein de l’unité de réadaptation intensive du programme de psychiatrie en déficience

intellectuelle à l'IUSMM, requiert une intervention spécifique selon une approche comportementale et individualisée pour chacun des sujets, en plus de respecter les principes de l'approche positive du comportement. À l'aide de cette démarche, nous visons ainsi à tenter de diminuer la fréquence d'apparition ainsi que l'intensité des troubles et des troubles graves de comportements présentés par les usagers participants au programme d'intervention. Il est à noter que cette approche est de plus en plus populaire puisqu'elle est maintenant utilisée auprès de nombreuses populations, diverses clientèles ainsi que dans divers milieux d'intervention (Dunlap, Sailor, Horner et Sugai, 2009 ; Lucyshyn, Dunlap et Freeman, 2015).

En ce qui a trait au soutien comportemental positif, McClean, Dench, Grey, Shanahan, Fitzsimons, Hendler et Corrigan (2005) ont mené une étude en Grande-Bretagne sur l'efficacité du Soutien Comportemental Positif (SCP) sur des personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles graves de comportements. Ont participé à cette étude 174 intervenants, dont 121 étaient les intervenants principaux d'un sujet et 132 usagers prenaient également part à la recherche. Chaque intervenant se devait de sélectionner un comportement problématique manifesté de façon régulière par leur usager. Une collecte de données sur la fréquence d'apparition du comportement de 8 semaines a été effectuée avant la mise en place de l'intervention SCP (niveau de base). Par la suite, l'intervention a été implantée pour une durée de trois mois. Suite à ses trois mois d'intervention, 81% des usagers ayant participé au programme présentaient une amélioration modérée à importante de la manifestation des TGC, ce qui signifie une diminution de 30% à 70% de la fréquence d'apparition des TGC et pour certains même plus de 70%. Cela représente une amélioration cliniquement significative. De plus, cette étude comportait un groupe de 54 usagers qui vivaient en milieu institutionnel a pu bénéficier de l'implantation d'une intervention basée sur le SCP. Une diminution de 64,7% de la fréquence d'apparition des TGC a été observée ce qui est un score positif (McClean et coll., 2005 cité dans LES PARTIES, E.C.A, 2013).

Pour ce qui est de l'efficacité des mesures réactives de désescalade, peu de recherches ont été effectuées pour statuer de son efficacité. LaVigna et Willis (2002), nomment toutefois que l'efficacité des mesures réactives de désescalade varie selon la réponse ou non à la fonction du comportement problématique. Ainsi le choix des mesures de désescalade à mettre en place auprès d'un sujet doit reposer sur une analyse fonctionnelle du comportement (cité dans LES PARTIES, E.C.A, 2013). Tel que mentionné précédemment, l'utilisation de ses mesures vise à produire un effet à court terme pour mettre un terme à l'escalade de la crise et ainsi diminuer la fréquence d'apparition des TGC et limiter l'utilisation des mesures de contrôle. Il est ainsi nécessaire

d'utiliser ses mesures réactives de désescalade puisqu'une trop grande utilisation des mesures de contrôles (isolement/contention) est effectuée auprès de cette clientèle. Effectivement, une étude de Webber et ses collaborateurs (2001) en Australie visait à établir le taux d'utilisation de ses mesures sur une clientèle DI-TSA. Sur une période de un an soit de 2007 à 2008, en analysant une banque de données nationales sur des personnes utilisant les services gouvernementaux en raison de cette problématique, 9% des usagers avaient été soumis à l'utilisation des mesures de contrôles. Au sein de ce pourcentage se trouvaient, plus d'hommes que de femmes, plus de personnes ayant le double diagnostic DI-TSA ainsi que des usagers présentant également des problématiques de santé mentale. La raison principale de l'utilisation des mesures était dans 90% des cas, un risque de blessure envers soi-même et dans 30% des cas, un risque de blessure envers autrui. Ainsi les personnes les plus à risque de l'utilisation de mesures de contrôle représente le portait de la clientèle visée par ce programme d'intervention.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Description

Caractéristiques des sujets et recrutement

Le programme d'intervention; *Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures réactives de désescalade dans la prévention active*, est appliqué auprès de quatre sujets (n=4) hospitalisés au sein de l'unité de réadaptation intensive du programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Les participants sont des hommes adultes ayant en moyenne 32 ans, un diagnostic de déficience intellectuelle moyenne à sévère ainsi qu'un trouble du spectre de l'autisme. Ils sont présentement en rupture de fonctionnement en raison de problématiques de santé mentale non stabilisé. Les sujets recrutés pour participer au projet d'intervention présentent également de nombreux troubles et troubles graves de comportements ainsi que d'importantes difficultés de régulation des émotions. De façon plus spécifique, on parle de crises comportementales, c'est-à-dire « un épisode de trouble du comportement qui est perçu comme mettant en danger réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, de son entourage ou de l'environnement » (Sabourin, Couture, Morin et Proulx, 2015). Ce type de crise peut nécessiter des interventions exceptionnelles et à court terme tel que des mesures réactives de désescalades et même à l'occasion, des mesures de contrôles extérieures telles que des périodes d'isolement et de contentions.

Les critères suivants doivent être présents chez les sujets pour être sélectionné pour participer au programme d'intervention :

- Avoir un diagnostic de déficience intellectuelle moyenne à sévère.
- Avoir un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme.
- Présenter d'importantes difficultés de régulation émotionnelle.
- Ses difficultés de régulation émotionnelle entraînent une extériorisation des troubles et/ou des troubles graves de comportement.
- Présenter de façon hebdomadaire au minimum un épisode de troubles et/ou de troubles graves de comportement (crises comportementales).
- Les crises comportementales sont une des causes de leur hospitalisation en raison de leur fréquence et de leur intensité.

- Des mesures de contrôles (isolement/contention) sont parfois (au minimum une fois par deux semaines) utilisées auprès de ces sujets.
- Tous ces critères font en sorte que les sujets ne peuvent bénéficier d'une réinsertion sociale dans des foyers externes du CRDITED de Montréal et donc d'un hébergement dans la communauté.

Le recrutement des sujets s'effectue selon l'état actuel des usagers au sein de l'unité et ainsi d'une décision de l'équipe multidisciplinaire (chef d'unité, psychiatre, neuropsychologue, psychoéducatrice, travailleur social, infirmier et éducateurs spécialisés). Nous avons choisi de prioriser les usagers nécessitant une intervention immédiate en raison de problématiques de comportements présentées au sein de l'unité de vie. L'équipe s'est ainsi basée sur la fréquence ainsi que l'intensité des crises comportementales des usagers, sur la présence de périodes d'isolement/contention et sur les difficultés vécues actuellement dans le milieu d'intervention.

Buts et objectifs

Le but visé par le programme d'intervention est de diminuer la fréquence d'apparition des troubles et des troubles graves de comportements ainsi que leur intensité par l'enseignement d'habiletés de régulation émotionnelle de base auprès des sujets. Il est à noter que nous évaluerons la fréquence ainsi que l'intensité des comportements problématiques, à l'aide de la fiche de prévention active, c'est-à-dire une fiche individualisée comprenant les indices comportementaux et signes physiques présentés par chacun des usagers pour les différents niveaux d'agitation de l'escalade de la crise comportementale. Pour chacun des sujets participants au programme, nous sélectionnerons une habileté de régulation émotionnelle que nous travaillerons à l'aide d'une stratégie d'intervention qui sera élaborée par la stagiaire en psychoéducation ainsi que l'intervenant principal de l'utilisateur. Cette stratégie sera ensuite mise en place auprès du sujet de façon répétée, pour en favoriser l'acquisition. Cette démarche d'intervention répond à l'hypothèse que nous avons, soit que la faible capacité d'utilisation d'habileté de régulation émotionnelle des usagers entraîne une augmentation de la présence des troubles de comportements. Un travail sera également fait par les intervenants au niveau des interventions à préconisées (mesures réactives de désescalade) présentes dans la fiche de prévention active pour chacun des niveaux d'agitation de la crise. Une meilleure compréhension et application des mesures réactives de désescalade auprès des sujets empêcherait le recours rapide à des mesures de contrôles contraignantes (isolement/contention) auprès des sujets participant au programme.

Tableau 1. Objectifs visés par le programme d'intervention; *Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures réactives de désescalade dans la prévention active.*

<p>But</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention des crises comportementales par l'intervention sur la phase de fragilisation, ou le sujet est à risque d'une désorganisation comportementale et émotionnelle importante.
<hr/> <p>Objectifs proximaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter l'utilisation d'habiletés de régulation émotionnelle de chacun des sujets (manifestations spontanées ou avec aide) tel que ciblé par le programme d'intervention.
<hr/> <p>Objectifs distaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des troubles et des troubles graves de comportements manifestés par les participants au programme d'intervention. <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution de la fréquence d'apparition des niveaux d'agitation 2-3-4 (intensité) pour chacun des sujets. • Diminution de l'utilisation des mesures de contrôles (isolement/contention) pour chacun des sujets. <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution de la fréquence d'utilisation des mesures de contrôles pour chacun des sujets. ○ Diminution de la durée d'utilisation des mesures de contrôles pour chacun des sujets <hr/>

Animateurs

La mise en œuvre du présent programme d'intervention nécessite l'implication et la participation de plusieurs intervenants œuvrant directement auprès des sujets dans l'unité de vie. La sélection des intervenants s'effectue indirectement par la sélection des usagers participants au programme. Plus précisément, les éducateurs spécialisés agissant comme intervenants pivots auprès des usagers se doivent obligatoirement de participer à la mise en place de la démarche proposée. L'implantation du programme d'intervention repose sur un partenariat entre la psychoéducatrice et la stagiaire en psychoéducation, qui agiront à titre de rôle-conseil auprès des intervenants pivots, dans le but de permettre la mise en place de stratégies d'interventions efficaces et basées sur les données probantes auprès des usagers.

La psychoéducatrice ainsi que la stagiaire en psychoéducation agissant à titre de rôle-conseil possèdent un bon nombre de compétences pour suggérer des interventions basées sur les recherches scientifiques et les données probantes auprès d'une telle clientèle. En ce qui a trait à leur expérience auprès de la clientèle, la stagiaire en psychoéducation possède deux ans et demi d'expérience dans le domaine de la psychiatrie ainsi que cinq années d'expérience en déficience intellectuelle et en autisme. La psychoéducatrice pour sa part possède environ 15 années d'expérience en déficience intellectuelle et en autisme et environ six ans d'expérience au sein du programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'IUSMM. Nous travaillons également de pair avec les différents professionnels du programme pour assurer un bon travail d'équipe, obtenir des conseils judicieux, assurer une transmission des informations entre les différents collaborateurs et finalement pour assurer une cohésion au niveau de l'intervention.

Le fait de sélectionner seulement les intervenants pivots des usagers participants au programme d'intervention a pour but d'élaborer une intervention pertinente et efficace et de nous assurer des stratégies d'apprentissages nécessaires à leur succès avant de généraliser les interventions auprès des autres intervenants de l'unité. Suite à la mise en place de la démarche et suite à l'évaluation des effets, les techniques d'intervention à préconiser et étant reconnues comme étant efficaces seront ainsi enseignées à tous les intervenants de l'unité de soins. Ainsi, nous favoriserons une cohérence dans l'intervention ainsi qu'une meilleure utilisation des mesures réactives de désescalade dans la prévention active.

Contenu du programme

Le programme *Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures réactives de désescalade dans la prévention active*, est une démarche d'intervention qui s'implante dans le milieu d'intervention selon quatre étapes distinctes. Chaque étape possède son propre contenu ainsi que ses propres objectifs. Plus spécifiquement les différentes étapes de la démarche sont les suivantes : 1) la révision des fiches de prévention active, 2) le dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base et la sélection de l'habileté de régulation émotionnelle à travailler, 3) l'élaboration de l'intervention et finalement 4) la mise en place des interventions.

Étape 1 : Révision des fiches de prévention active. Tout d'abord, une fiche de prévention active (FPA) est un outil primordial à utiliser auprès d'une clientèle qui présente des troubles et des troubles graves de comportement. Chaque fiche est unique et individualisée en fonction des

caractéristiques de l'individu dont elle traite. La FPA, est construite en fonction de l'évolution de l'escalade de la crise chez les sujets, c'est-à-dire en qualifiant cette escalade selon différents niveaux d'agitation. Par la suite, chaque niveau comporte deux volets. Le premier volet contient une description objective des signes physiques et des comportements présentés par l'utilisateur, pour chacun des niveaux d'agitation ce qui permet aux intervenants de reconnaître les signes précurseurs de la crise. Le deuxième volet pour sa part comprend les différentes interventions préconisées (mesures réactives de désescalade) à mettre en place auprès du sujet selon le niveau d'escalade auquel il se situe. De façon générale, chaque fiche possède plusieurs niveaux d'agitation soit, le niveau 0 (état calme), le niveau 1 (état d'agitation et de fébrilité), le niveau 2 (état d'opposition et de panique), le niveau 3 (intimidation et dangerosité) et finalement le niveau 4 (agression envers soi-même et/ou autrui). En ce sens, les objectifs de la FPA sont les suivants; identifier des indices précurseurs contributeurs à chacune des étapes d'une crise, induire un changement sur l'environnement et la personne, prévoir des interventions qui sont non contraignantes (par exemple : mesures réactives de désescalade, l'enseignement d'habiletés de régulation émotionnelle), à sécuriser le personnel, les pairs ainsi que l'utilisateur, à préserver la relation de confiance avec l'utilisateur et finalement, à mettre fin à la crise comportementale (SQETGC, 2014).

L'objectif de cette première étape du programme d'intervention consiste ainsi à revoir les fiches de prévention active des usagers et plus précisément les indices comportementaux et les interventions préconisées présentées pour chacun des niveaux de l'escalade de la crise. Pour se faire, l'observation participante est utilisée puisqu'au cours de cette étape, l'intervenant pivot et la stagiaire en psychoéducation, interviennent directement auprès du sujet pour le guider au sein de sa routine quotidienne. Chacun des observateurs a en sa possession une copie de la fiche de désescalade du client (Annexe II), en plus d'une grille de cotation pour coter les différents niveaux d'escalade présentés par l'utilisateur (Annexe VIII). Tout au long de la journée, les observateurs se doivent d'apporter des modifications temporaires à la fiche de prévention active en ce qui a trait aux signes physiques et aux comportements présentés par l'utilisateur, selon les différents niveaux d'escalade de la crise. La cotation du niveau d'agitation du sujet est effectuée toutes les trente minutes, par exemple à 8h30, 9h00, 9h30, 10h00 et ainsi de suite, en considérant toujours les trente minutes précédant le moment de la cotation. La révision des fiches de prévention active s'effectue sur un minimum de deux journées, selon le niveau de validité atteint avec la cotation des différents niveaux d'agitation de l'utilisateur. À deux reprises au cours d'une même journée d'observation soit à la fin de l'avant-midi et à la fin de l'après-midi, une comparaison des résultats est effectuée entre

l'intervenant pivot et la stagiaire en psychoéducation dans le but de préciser certaines informations qui permettrait une meilleure validité de cotation. La double cotation permet de constater si les signes physiques et les comportements présents dans la fiche de prévention permettent aux deux observateurs de coter le même niveau d'escalade de la crise. Nous cherchons à obtenir un pourcentage de validité des cotations supérieur à 95%. Le lendemain, nous reprenons l'exercice avec la fiche de prévention active modifiée. Cette étape de la démarche d'intervention se doit d'être poursuivie jusqu'à ce qu'un pourcentage acceptable de validité des cotations soit atteint.

Les FPA contiennent également une section comprenant les interventions à préconiser selon les différents niveaux d'agitation présentés par l'utilisateur. À cette étape du programme, une mise à jour des informations contenues dans cette section est effectuée, par exemple : les interventions étant connues comme étant peu efficaces sont éliminées de la fiche alors que celle étant actuellement reconnues comme étant efficace y sont ajoutées. Au cours des deux journées d'observation participante, les intervenants sont tenus de « tester » les interventions préconisées inscrites dans la fiche dans le but de l'actualiser et d'inscrire seulement des interventions pertinentes et efficaces pour ramener l'utilisateur à un niveau 0, c'est-à-dire à un état de calme. Nous visons également à ce que les intervenants priorisent la mise en place de mesures réactives de désescalade puisqu'elles sont reconnues comme étant efficaces pour mettre fin à une escalade de la crise rapidement en cas de besoins.

Étape 2 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base (avec aide et manifestations spontanées) et sélection de l'habileté à travailler. Chez les personnes DI/TSA, la capacité intrinsèque d'autorégulation des comportements et des émotions est généralement très faible. Les mécanismes de régulation des comportements et des émotions sont majoritairement extrinsèques, c'est-à-dire dirigés par l'environnement ainsi que par les intervenants. Ainsi, pour cette deuxième étape de la démarche d'intervention, la stagiaire en psychoéducation rencontre de façon individuelle l'intervenant pivot de chacun des usagers participants au programme. Lors de cette rencontre, la stagiaire assiste l'intervenant pivot dans le remplissage des *Questionnaires de dépistage des habiletés de régulation de base ; avec aide* (Annexe III) et *manifestations spontanées* (Annexe IV). Ces deux questionnaires nous permettent ainsi d'évaluer les capacités de régulation émotionnelle des usagers participants au programme, et ce avec et/ou sans l'aide de l'intervenant.

Les deux questionnaires (avec aide et manifestations spontanées) sont tous deux composés des mêmes 15 questions qui représentent différentes habiletés de régulation émotionnelle. Nous devons y répondre à l'aide d'une échelle de Lickert à 4 points; 0-Jamais, 1-Parfois/À l'occasion, 2-Souvent et 3-Presque toujours. Le calcul suivant est utilisé pour obtenir le résultat global aux deux questionnaires sous forme de pourcentage et ainsi nous donner une idée plus précise des capacités de régulation émotionnelle actuelle (avant la mise en place du programme d'intervention) des usagers : $(\text{Résultat Score Brut}/45) \times 100 = \text{Pourcentage}$. Suite à la mise en place de l'intervention, les questionnaires seront passés à nouveau pour voir si la démarche d'intervention a entraîné une amélioration des habiletés de régulation émotionnelle chez les sujets.

En ce qui concerne la sélection de l'habileté de régulation émotionnelle à travailler pour venir en aide au sujet lors de l'escalade de la crise, une analyse des forces et des limites de l'usager est effectuée en ce qui a trait à la capacité d'utiliser avec aide ou de façon autonome, les 15 moyens (habiletés de régulation émotionnelle) compris dans les questionnaires de dépistage. Le choix de l'habileté se fera donc en fonction des forces de l'usager à utiliser une stratégie de régulation émotionnelle, avec aide de l'intervenant, puisque la mise en place d'une intervention de façon répétée (enseignement de l'habileté de régulation émotionnelle) permettra ainsi à l'usager de l'utiliser par la suite de façon autonome. L'hypothèse sous-jacente étant qu'une habileté étant déjà utilisée par l'usager, avec aide, sera plus facile à apprendre par l'usager et ainsi être manifestée de façon autonome.

Étape 3 : Élaboration de l'intervention. À cette étape-ci de la démarche d'intervention, l'intervenant ainsi que la stagiaire en psychoéducation se doivent de réfléchir à une stratégie d'intervention qui permettra d'enseigner l'habileté de régulation émotionnelle choisie pour le sujet. Pour ce faire, différentes méthodes d'enseignement peuvent être utilisés tel que; scénarios sociaux, jeux de rôles, supports visuels, modeling, exercices de relaxation, etc. Dans le but de faciliter l'élaboration de l'intervention, un document de travail est utilisé pour nous assurer de bien planifier toutes les composantes nécessaires à l'élaboration d'une intervention réaliste et efficace (Annexe V). Il est donc primordial de planifier le lieu de l'intervention, le moment de la journée, le contexte, les stratégies de gestion des apprentissages, les stratégies de gestion des comportements, les attentes envers l'atteinte des objectifs ainsi que toutes les autres informations qui pourraient s'avérer pertinentes pour la mise en place de l'intervention. Lorsque les deux animateurs (stagiaire en psychoéducation et intervenant pivot) sont en accord sur la stratégie à mettre en place et que

toutes les composantes ont été élaborées, le tout est validé par la psychoéducatrice pour nous assurer de l'adéquation de la stratégie d'intervention en lien avec l'objectif d'enseignement.

Étape 4 : Mise en place de l'intervention. Finalement, la stagiaire en psychoéducation ainsi que l'intervenant pivot mettent en place l'intervention auprès de l'utilisateur alors qu'il est en niveau 0, c'est-à-dire dans un état de calme. L'apprentissage devra se faire à répétition et donc une fois par jour, et ce pendant un minimum de deux semaines. L'objectif étant d'enseigner aux usagers des moyens adaptés (habiletés de régulation émotionnelle) pour qu'ils soient en mesure d'utiliser ces techniques de façon autonome lorsqu'ils font face à des situations anxieuses, irritantes ou même pour exprimer leur mécontentement.

Contexte spatial

En ce qui a trait à l'environnement de travail, celui-ci varie en fonction des différentes étapes de la démarche d'intervention. Puisque le programme consiste essentiellement en un travail de réflexion des animateurs, un local de réunion est utilisé pour effectuer les rencontres individuelles. Autrement, pour toutes les étapes incluant la présence des usagers, il importe de comprendre que l'unité de vie dans lequel réside les sujets est un grand espace composé de différentes pièces telles que; cuisine/salle à manger, salle de séjour, local TEACCH, trois salles de bains ainsi que les chambres individuelles des usagers.

Étape 1 : Révision des fiches de prévention active. Cette première étape est effectuée directement dans l'unité de vie, puisqu'il s'agit pour l'intervenant pivot et la stagiaire en psychoéducation de suivre et d'observer les sujets au sein de leur routine de vie quotidienne. Selon le sujet, le milieu peut se limiter à l'unité de vie alors que pour d'autres, nous nous devons de les suivre dans leurs activités pouvant avoir lieu au sein de l'IUSMM au grand complet.

Étape 2 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base et sélection de l'habileté à travailler. Puisqu'il s'agit d'une rencontre individuelle entre la stagiaire en psychoéducation et l'intervenant pivot, un local de rencontre est utilisé pour bénéficier d'un lieu calme et propice à la réflexion. Le local varie en fonction de la disponibilité de ceux-ci au moment où ont lieu les différentes périodes de rencontres.

Étape 3 : Élaboration de la stratégie d'intervention. Même contexte spatial que pour l'étape 2.

Étape 4 : Mise en place de l'intervention. Le lieu de la mise en place de l'intervention (en niveau 0) varie en fonction de la stratégie d'intervention déterminée de façon individuelle pour chacun des sujets soumis au programme d'intervention. Un local approprié à la mise en place de l'intervention est donc choisi lors de l'étape 4, et ce pour chacun des usagers. Il est à noter qu'en temps et lieu, la stratégie sera également appliquée alors que le client présente un certain niveau d'agitation et elle pourrait ainsi avoir lieu dans différents endroits/locaux au sein de l'unité de vie.

Contexte temporel

Le programme d'intervention *Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures réactives de désescalade dans la prévention active* aura une durée approximative de six semaines, et ce pour chacun des usagers. Il est à noter que l'implantation de la première étape du programme (et des étapes suivantes) ne se fait pas au même moment pour les quatre sujets pour des raisons organisationnelles. Initialement, l'implantation du programme d'intervention était prévue pour l'automne 2017. Pour des raisons organisationnelles et en raison d'importants changements étant survenus au sein de l'unité de vie, l'implantation a été reportée à l'hiver 2018. La mise en œuvre du programme est donc prévue du 15 janvier 2018 et elle devrait prendre fin aux alentours du 14 mars 2018.

Tableau 2. Contexte temporel de la mise en place du programme d'intervention.

<i>Étapes de la démarche d'intervention</i>	<i>Durée</i>
Étape 1 : Révision des fiches de prévention active	Semaine 1 : Observation de deux jours au cours d'une même semaine
Étape 2 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base et sélection de l'habileté à travailler	Semaine 2 : Rencontre individuelle d'une durée approximative d'une heure.
Étape 3 : Élaboration de l'intervention	Semaine 3 et 4 : Nécessite deux rencontres individuelles d'une durée approximative d'une heure chacune.
Étape 4 : Mise en place de l'intervention	Semaine 5 et 6 : Mise en place de l'intervention élaborée auprès des sujets de façon quotidienne et ce pour une durée de deux semaines.

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation)

Dans le but de favoriser l'efficacité de l'implantation du programme d'intervention, il est nécessaire de brièvement former les intervenants qui participeront au programme d'intervention.

Tout au long des six semaines, la stagiaire en psychoéducation ainsi que la psychoéducatrice sont présentes pour les intervenants que ce soit pour recevoir de la rétroaction ainsi que pour soutenir les membres de l'équipe dans le processus d'implantation. Elles assureront la fidélité de l'implantation du programme ainsi que du déroulement de celui-ci. Il est primordial que tous les membres de l'équipe se sentent à l'aise de faire part de leurs opinions, conseils et questionnements. Nous cherchons à établir au sein de l'équipe une approche collaborative. Tous les animateurs doivent faire preuve de respect et de travail d'équipe pour favoriser une entente positive et une ambiance de travail stimulante. Nous désirons que l'équipe de travail soit motivée et impliquée dans la démarche et c'est pour cette raison que tous devront continuellement travailler en équipe.

Pour favoriser la collaboration des participants au programme, nous voulons-nous assurer que tous les intervenants respectent et agissent en fonction des principes de l'approche positive. Les intervenants se doivent de faire preuve de respect de la dignité et du bien-être des participants en tout temps. Également, ils se doivent d'appliquer les interventions préconisées dans les fiches de prévention active de leur sujet et de mettre en place de façon quotidienne l'intervention élaborée pour soutenir les sujets dans l'apprentissage des moyens et des habiletés de régulation émotionnelle. Finalement, ils doivent faire preuve de disponibilité, d'autonomie et même d'initiative pour percevoir les moments idéaux pour enseigner les habiletés de régulation émotionnelle lorsqu'ils perçoivent des signes d'escalade et d'agitation chez les usagers, en plus de l'enseigner de façon quotidienne, alors que le sujet est dans un état de calme.

Stratégies de gestion des comportements

En ce qui a trait à l'équipe d'intervenants sélectionnée pour l'implantation de la démarche d'intervention, nous désirons qu'une relation positive existe entre les animateurs et les intervenants appliquant directement les interventions sur l'unité de vie. Au besoin, si des situations problématiques sont rencontrées avec les intervenants, l'utilisation des questionnaires de l'unité de vie sera envisagée. En raison du type de démarche d'intervention, nous considérons que l'efficacité et l'obtention de résultats positifs sur les sujets du programme dépendent entièrement de l'implication des intervenants dans la démarche et de leur collaboration avec la stagiaire en psychoéducation et la psychoéducatrice.

Dans le but d'aider les sujets à gérer leurs émotions et à retourner à un état de calme lors de la phase de fragilisation de la crise comportementale, des mesures réactives de désescalades (interventions préconisées dans la fiche de prévention active) doivent être utilisées en tout temps.

- Diminution de la stimulation (diminuer le ton de voix, éviter le regard soutenu, éloigner le sujet des stimuli désagréables ...)
- Écoute active
- Redirection (interruption de la chaîne comportementale)
- Communication facilitée et/ou résolution de problèmes facilitée
- Relaxation facilitée
- Etc.

Les interventions préconisées, plus précisément les mesures réactives de désescalade sont des mesures avantageuses puisqu'elles permettent aux intervenants d'éviter, tant que possible, le recours aux mesures de contrôle, de favoriser le développement de comportements adéquats et socialement acceptables, etc.

Codes et procédures

Participants au programme : En raison des nombreuses difficultés que présentent les sujets, il est difficile d'établir des règlements précis. Toutefois, il est certain qu'aucun comportement d'agression ne sera toléré envers les intervenants ou les autres résidents. Si de tels comportements surviennent, nous n'aurons d'autres choix que d'utiliser les procédures exceptionnelles habituelles, c'est-à-dire les mesures de contrôle d'isolement et de contention, si nous considérons que la crise comportementale met potentiellement en danger l'usager, les autres usagers et/ou les intervenants.

Intervenants : Les intervenants sont dans l'obligation de respecter leur engagement à appliquer le programme d'intervention auprès des sujets sélectionnés. Ils s'engagent également à respecter les responsabilités, les rôles et les tâches qui leur sont attribués.

Système de responsabilités

Intervenants :

- Participer à toutes les étapes de la démarche d'intervention
- Être engagé dans la démarche d'intervention
- Participer activement aux rencontres avec la stagiaire en psychoéducation

- Au besoin, participer à des rencontres supplémentaires que ce soit avec la psychoéducatrice, la stagiaire en psychoéducation ou à certaines rencontres interdisciplinaires
- Remplir les questionnaires nécessaires à l'évaluation de l'implantation et à l'évaluation des effets du programme d'intervention

Animateur :

- Donner l'information nécessaire aux intervenants pour assurer leur compréhension du programme d'intervention
- Être engagée dans la démarche et susciter la motivation des intervenants participants à l'implantation du programme d'intervention
- Fournir des connaissances de pointe et utiles basées sur les données probantes dans le domaine pour l'élaboration des stratégies d'interventions à mettre en place avec l'aide des intervenants auprès des différents sujets
- Définir les responsabilités de chacun des intervenants
- Débuter chaque rencontre individuelle avec les intervenants avec un plan d'action (ordre du jour) pour mettre en contexte l'intervenant sur le but et les motifs de la rencontre
- Animation des rencontres individuelles
- Animation à court terme des stratégies d'intervention auprès des sujets (en présence des intervenants)
- Superviser l'implantation des interventions tel qu'élaborée pour chacun des sujets, et ce auprès de chacun des intervenants

Stratégies de transfert et de généralisation

Il s'avère plutôt difficile de mettre en place des stratégies de transfert et de généralisation auprès des sujets en raison de leurs nombreuses limites au niveau cognitif et comportemental. Le seul moyen possiblement efficace que nous possédons est de répéter la stratégie d'intervention sélectionnée de façon quotidienne auprès des sujets. De cette façon, nous pouvons espérer une plus grande probabilité d'apprentissage de l'habileté de régulation émotionnelle du sujet. Également, la mise en place de l'intervention en niveau 0 de la crise donc en état de calme permet un meilleur apprentissage de la part du sujet et par la suite, son utilisation en niveau d'escalade plus élevé de la crise comportementale pourrait s'avérer plus bénéfique.

En ce qui a trait aux intervenants œuvrant auprès des sujets, nous débuterons par la formation des intervenants pivots des usagers qui participent à la première tentative d'implantation du programme d'intervention sur l'unité. L'utilisation du renforcement positif s'avère primordiale à mettre en place auprès des sujets lorsque ceux-ci adoptent des comportements positifs et socialement adéquats. À la fin de ce projet de recherche clinique et selon les résultats qui seront obtenus à l'aide de l'évaluation des effets du programme, une présentation du projet sera effectuée auprès de tous les intervenants de l'unité. Nous donnerons la formation nécessaire telle que reçue par les intervenants pivots, présenterons les stratégies d'interventions mises en place (mesures réactives de désescalade) ainsi que les techniques d'enseignement des habiletés de régulation émotionnelle. Ceci nous permettra à ce moment d'augmenter la cohérence d'intervention au sein de l'unité et des différents quarts de travail, ainsi que de continuer à diminuer la présence de troubles et de troubles graves de comportements chez les sujets.

Système de reconnaissance

Tout au long de l'implantation de la démarche d'intervention ; *Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures réactives de désescalade dans la prévention active*, la stagiaire en psychoéducation ainsi que la psychoéducatrice fourniront aux intervenants de la rétroaction sur l'évolution des sujets. Nous considérons que les intervenants impliqués dans la démarche ont le bien-être des usagers à cœur et désirent voir des effets positifs de leurs interventions sur les sujets. Continuellement, nous leur ferons part des données récoltées et de l'évaluation des effets sur les usagers. Il est valorisant d'intervenir et de travailler fort auprès d'une clientèle telle que celle-ci. Voir des changements positifs dans la vie des sujets sera certainement un élément motivateur pour les intervenants ainsi que pour tout le reste de l'équipe de travail dans le milieu. Également, nous les encouragerons, motiverons et organiserons une petite fête à la fin de l'implantation du programme pour souligner leur engagement au sein de l'unité.

2.2 Évaluation de la mise en œuvre

Composantes retenues

Le programme d'intervention proposé est initialement une démarche d'intervention qui fût élaborée par la stagiaire en psychoéducation à l'aide de la formation sur les mesures réactives de

désescalade dans la prévention active offerte par M. Guy Sabourin, expert-conseil au SQETGC. Cette démarche d'intervention n'a donc jamais été mise en place sous cette forme précise dans un milieu d'intervention auparavant. Il sera ainsi difficile de déterminer si les différences entre ce qui était prévu et ce qui a réellement été implanté dans le milieu a bel et bien un impact sur les résultats qui seront obtenus par le programme. Cette évaluation sera tout de même pertinente puisque nous serons en mesure de relever les points forts et points faibles de la démarche et ainsi y apporter des améliorations pour une implantation future dans le milieu d'intervention. Puisque le programme d'intervention proposé est principalement une démarche d'intervention qui sera mise en place auprès des sujets par la stagiaire en psychoéducation et les intervenants pivots, le succès de sa mise en œuvre repose entièrement sur ces derniers. Pour cette raison, l'évaluation de l'implantation du programme regroupera les composantes suivantes; la motivation des intervenants à l'implantation du programme, la conformité de la mise en œuvre des quatre étapes de la démarche d'intervention et finalement la fréquence de la mise en place de l'intervention.

Outils et procédures

Évaluation de la motivation des intervenants. Premièrement, l'évaluation de la motivation des intervenants à la mise en place du programme est évaluée à l'aide d'un questionnaire auto rapporté soit le *Questionnaire de motivation à l'implantation du programme d'intervention* (Annexe VI). Celui-ci sera remis aux trois intervenants sélectionnés pour la mise en place de la démarche d'intervention auprès d'un sujet. De façon à obtenir une mesure d'évaluation pré-intervention et post-intervention, le questionnaire sera rempli une seconde fois, suite à la mise en place du programme. Cette mesure d'évaluation nous permettra d'analyser si un intervenant plus motivé à implanter le programme d'intervention auprès de son usager obtiendra de meilleurs résultats sur les effets en ce qui a trait à l'apprentissage de nouvelles habiletés de régulation émotionnelle et sur la diminution des troubles de comportements avec son usager. Nous sommes toutefois conscients que de nombreuses autres variables pourraient être susceptibles d'influencer cette donnée. Cela nous permettra également d'observer si le niveau de motivation des intervenants ayant participé au programme sera plus élevé suite à l'implantation de la démarche d'intervention et ainsi, s'ils remettraient en place une telle démarche auprès des autres usagers de l'unité.

Évaluation de la conformité de l'intervention. Deuxièmement, l'évaluation de la conformité de l'implantation du programme sera effectuée à chacune des cinq étapes de la démarche

d'intervention, et ce pour chacun des sujets participants. Pour ce faire, le questionnaire: *Conformité de l'implantation du programme d'intervention; Les habiletés de régulation émotionnelle comme mesures réactives de désescalade dans la prévention active*. (Annexe VII), est rempli par la stagiaire en psychoéducation. Ce questionnaire nous permettra de nous assurer que chacune des étapes du programme a bel et bien été implantée adéquatement et selon la démarche initiale prévue. Cela devrait nous procurer l'information nécessaire pour déterminer si des changements auraient pu être apportés et bénéfiques pour améliorer la démarche d'intervention et ainsi proposer des recommandations, considérant que le programme pourrait être utilisé suite à ce projet de maîtrise et implanter dans le milieu auprès des autres usagers vivant au sein du milieu de vie.

Évaluation de l'exposition à l'intervention. Troisièmement, l'évaluation de l'exposition à l'intervention permet d'évaluer le dosage de l'intervention qui fût reçu par chacun des sujets. Pour que les usagers bénéficient de l'exposition à l'intervention, les intervenants pivots se doivent de mettre en place la ou les stratégies sélectionnées de façon quotidienne auprès de ces derniers. La répétition de l'intervention étant la clé auprès d'une clientèle avec d'aussi nombreuses problématiques, il est considérable que si les intervenants ne mettent pas en place les stratégies prévues auprès des clients, l'implantation du programme s'avèrera tout simplement inutile. L'évaluation de l'exposition se fera ainsi à l'aide du : *Questionnaire d'évaluation de l'exposition à l'intervention* (annexe VIII). À l'aide de ce questionnaire, les intervenants devront noter quotidiennement s'ils ont mis en place ou non la stratégie d'intervention proposée. À l'aide de la légende, ils devront également noter si l'intervention a été mise en place tel que prévu. Dans le cas contraire, une justification s'avèrera nécessaire pour expliquer la raison de la dérogation à la mise en place de l'intervention auprès du sujet.

Il est à noter que tous les outils (journal de bord, questionnaire ...) pour évaluer l'implantation du programme d'intervention sont des questionnaires maison ayant été développés par la stagiaire en psychoéducation. Tout au long de l'implantation du programme, un suivi intensif sera effectué entre la stagiaire et les intervenants pivots pour nous assurer de la fidélité et de l'efficacité de la mise en œuvre du programme. En ce qui a trait aux temps de mesure utilisés dans cette démarche d'évaluation, les composantes sont évaluées en fonction des différentes étapes du programme. Ainsi, chaque temps de mesure comporte les données recueillies au cours d'une étape du contenu du programme d'intervention : T1 = Étape 1; Révision des fiches de prévention active, T2 = Étape 2; Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle (avec aide et manifestations

spontanées) et sélection de l'habileté à travailler, T3 = Étape 3; Élaboration de l'intervention et T4 = Étape 4; Mise en place de l'intervention.

Tableau 3. Évaluation de la mise en œuvre de la démarche d'intervention

Composantes	Instruments de mesure	Variables dérivés	Temps de mesure ¹
Motivation des intervenants à l'implantation du programme d'intervention	Questionnaire auto rapporté (Annexe VI) (intervenants)	Niveau de motivation avant l'implantation du programme d'intervention	Mesure pré-intervention
		Niveau de motivation après l'implantation du programme d'intervention	Mesure post-intervention
		0-Très faible 1-Faible 2-Modéré 3-Élevé 4-Très élevé	
Conformité de l'implantation du programme d'intervention	Journal de bord (Annexe VII) (animatrice)	Respect de chacune des étapes de la démarche d'intervention	T1, T2, T3, T4
		Oui Non Commentaires	
Évaluation de l'exposition des sujets à l'intervention	Grille de cotation (Annexe VIII) (intervenants)	Cotation sur la mise en place quotidienne des interventions tel que prescrit par le programme d'intervention	Mesures répétées T4

Note : ¹ Chaque temps de mesure équivaut à une étape du contenu du programme d'intervention. Étape 1 = T1. Étape 2 = T2. Étape 3 = T3. Étape 4 = T4.

2.3 Évaluation des effets

Devis d'évaluation privilégié

En raison du petit nombre de sujets étant soumis à l'intervention, il était impossible de choisir un devis autre qu'à cas unique. Ainsi, pour l'évaluation des effets de la démarche

d'intervention mise en place auprès des trois sujets, un protocole à cas unique de type AB est utilisé, c'est-à-dire un protocole sans retrait de traitement, puisque nous considérons que l'effet de l'intervention (apprentissages d'une habileté de régulation émotionnelle et diminution des comportements problématiques) n'est pas réversible. Ainsi, le protocole débutera par une collecte de données pour obtenir un niveau de base, qui nous permettra éventuellement d'évaluer si des changements ont eu lieu chez les sujets à l'aide de l'implantation de l'intervention. Cette collecte de données se poursuivra tout au long de la mise en œuvre de l'intervention ce qui nous permettra d'amasser des mesures répétées sur les comportements (fréquence, intensité). Ce type de devis est également combiné à un devis prétest/post-test pour certaines des composantes évaluées au sein du programme.

Construits évalués et instruments de mesures

Les construits qui seront pris en considération pour l'évaluation des effets du programme d'intervention sont tout simplement les objectifs proximaux et distaux visés par la démarche. Il est à noter que chacun des objectifs sera évalué de façon individuelle pour chacun des trois sujets participants au programme d'intervention.

Le premier objectif qui sera évalué porte sur la diminution de la fréquence d'apparition des niveaux 2, 3 et 4 d'agitation (escalade de la crise), tel que ciblé dans les fiches de prévention active. Pour ce faire une collecte de données à mesures répétées sera effectuée à l'aide d'une grille de cotation aux trente minutes (Annexe IX). Celle-ci sera rempli chaque jour par l'intervenant pivot pour connaître la fréquence d'apparition des différents niveaux d'agitation d'un sujet au cours d'une même journée et ce pour toute la durée du programme d'intervention (niveau de base et période d'intervention). Cela nous permettra de voir si le programme a bel et bien permis de diminuer la présence des troubles et des troubles graves de comportements des sujets.

Le deuxième objectif évalué portera sur l'augmentation de l'utilisation des habiletés de régulation émotionnelle des sujets. Pour ce faire, une mesure prétest/post-test sera utilisée pour voir si les stratégies d'intervention mise en place par les intervenants ont été efficaces pour l'apprentissage de nouvelles habiletés chez les sujets. Cet objectif sera évalué à l'aide des *Questionnaire de dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base, avec aide* (Annexe III) et *manifestations spontanées* (Annexe IV).

Le dernier objectif évalué porte sur l'utilisation, autant en fréquence qu'en durée, des mesures de contrôles contraignantes (isolement/contention) auprès des usagers. Un des objectifs que vise le programme est de réduire l'utilisation de ce type de mesures de contrôles qui devraient être utilisées que pour des cas exceptionnels. Ainsi la stagiaire en psychoéducation colligera les données recueillies à la fin de la mise en place du programme pour voir si une diminution de la fréquence et/ou de la durée peut être observée.

Chacune des variables évaluées sera mesurée à l'aide de questionnaires maison élaborés par la stagiaire en psychoéducation ou à l'aide d'outils (grilles de cotation) existants déjà dans le milieu d'intervention. Malheureusement, aucun questionnaire standardisé n'a été retenu dans l'évaluation puisqu'aucun n'est assez sensible pour être administré et représentatif dans ses résultats auprès d'une clientèle présentant des problématiques et des comorbidités aussi complexes.

Tableau 4. Évaluation des effets chez les usagers participants au programme d'intervention

Objectifs et construits	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure ¹	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Diminution de la fréquence d'apparition des niveaux 2, 3 et 4 d'agitation des usagers selon leurs fiches respectives de prévention active	Grille de cotation de la fiche de prévention active (Annexe VIII) (intervenants)	Indices comportementaux des différents niveaux d'agitation de la crise (fiche de prévention active)	Niveau de base Mesures répétées T1 à T5	Niveaux d'agitation 0 - Calme 1 - Agitation / Fébrilité 2 - Opposition / Panique 3 - Intimidation / Dangrosité 4 - Agression envers soi-même et/ou autrui (variable selon l'utilisateur)	Non disponibles	Sujets-cibles

Augmenter la fréquence d'utilisation d'habiletés de régulation émotionnelle	Questionnaire de dépistage des habiletés de régulation émotionnelle (avec aide) (Annexe III) (animatrice et intervenants)	Habiletés de régulation émotionnelle présentes dans le questionnaire de dépistage	Pré-test Post-test	0 - Jamais même avec l'aide 1 - Parfois à l'occasion avec de l'aide 2 - Souvent avec de l'aide 3 - Presque toujours avec de l'aide	Non disponibles	Sujets-cibles
	Questionnaire de dépistage des habiletés de régulation émotionnelle (manifestations spontanées) (Annexe IV) (animatrice et intervenants)	Habiletés de régulation émotionnelle présentes dans le questionnaire de dépistage	Pré-test Post-test	0 - Jamais 1 - Parfois à l'occasion 2 - Souvent 3 - Presque toujours	Non disponibles	Sujets-cibles
Diminution de la fréquence et de la durée des mesures de contrôles (isolement / contentions)	Fiches de suivi des périodes d'isolement / contentions (Annexe IX) (intervenants)	Périodes où le sujet a été soumis à des mesures de contrôles (isolement / contentions)		Fréquence (données brutes) Durée (minutes / heures)	Non disponibles	Sujets-cibles

Note : ¹ Chaque temps de mesure équivaut à une étape du contenu du programme d'intervention. Étape 1 = T1. Étape 2 = T2. Étape 3 = T3. Étape 4 = T4.

3. RÉSULTATS

3.1 Évaluation de la mise en œuvre

3.1.1 Comparaison entre le prévu et le vécu

La section présente porte sur l'évaluation de la mise en œuvre du programme d'intervention, c'est-à-dire à évaluer si le programme a été implanté dans le milieu tel que prévu et au contraire si certains changements sont survenus. Dans ce cas-ci, de nombreuses modifications ont dues être appliquées à la démarche d'intervention qui était initialement prévu et ce pour plusieurs raisons : nombre d'heures et de journées de présence de la stagiaire en psychoéducation dans le milieu de stage, réalité du milieu (imprévu, horaire des intervenants, maladies, congés, ...), implication des différents partenaires participants à la mise en œuvre du programme, et plus encore. Certaines composantes ont toutefois été implanté tel qu'il l'était initialement prévu.

Sujets et recrutement

Malgré qu'aucunes modifications n'aient été apportés aux caractéristiques définies pour la sélection des sujets participants au programme d'intervention, le nombre de sujets auprès desquels la démarche d'intervention a été appliqué à dû être modifié. Au lieu d'appliquer le programme auprès de quatre usagers de l'unité de vie, le nombre a été réduit à trois, et ce pour des raisons de temps et de disponibilités. La mise en œuvre d'une telle démarche nous a permis de réaliser l'intensité de services que cela requiert et qu'il est extrêmement difficile d'effectuer une telle programmation pour un ou des usagers sur une courte période de deux à trois mois, et ce à raison de deux jours par semaine. Ainsi, puisque le programme était mis en place seulement à l'hiver 2018, il ne fût possible de mettre la démarche en place auprès d'un quatrième sujet.

Le recrutement des trois sujets c'est effectué, tel que prévu, au sein d'une rencontre interdisciplinaire où tous les professionnels et intervenants impliqués dans les différents dossiers étaient présents. Nous avons ainsi sélectionné les usagers pour lesquels il s'avérait primordial de mettre certaines interventions en place puisqu'il y avait présence d'une exacerbation des comportements problématiques.

Présentation des sujets

■■■■■ est un homme de 40 ans, célibataire et sans enfants. Il a un diagnostic de déficience intellectuelle modérée, un trouble du spectre de l'autisme, un trouble obsessionnel-compulsif ainsi qu'un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. Monsieur a été transféré en juin 2008 dans notre unité de soins, en provenance du CRDI Miriam. En raison de ses troubles graves de comportement, il était en 2008 et il est encore à ce jour impossible d'intégrer ■■■■■, dans une ressource externe au sein de la communauté.

■■■■■ est un homme de 22 ans, célibataire et sans enfants. Il a un diagnostic de déficience intellectuelle légère sur la limite inférieure du modérée, un trouble du spectre de l'autisme et il présente également des épisodes de catatonie. Monsieur est non verbal, et il est toujours en évaluation psychiatrique pour suspicion d'une comorbidité psychiatrique au niveau des troubles de l'humeur, plus particulièrement un trouble bipolaire. Monsieur a été transféré à l'IUSMM au mois de mars 2016 en provenance d'une ressource externe du CRDITED de Montréal. Il avait été amené à l'urgence en raison d'une désorganisation importante dans son milieu de vie et de ses troubles de comportements récurrents qui mettaient régulièrement en danger la sécurité des autres usagers et des intervenants de la ressource.

■■■■■ est un homme de 28 ans, célibataire et sans enfants. Il présente un diagnostic de déficience intellectuelle sévère, un trouble du spectre de l'autisme, un trouble bipolaire ainsi que des troubles graves de comportement. Monsieur est non verbal et présente en raison de son trouble bipolaire de façon cyclique, des épisodes dépressifs et d'autres épisodes marqués par la manie et de l'euphorie. ■■■■■ a été transféré à l'IUSMM en janvier 2014 puisqu'il représentait un danger pour ses pairs et les intervenants de son milieu de vie en ressource externe du CRDI. Il s'en prenait fréquemment à ses pairs en les agrippant et en les grafignant en plus d'avoir tenté et réussi à de nombreuses reprises à mordre et/ou de stranguler les intervenants lors d'importantes frustrations.

En ce qui a trait aux autres caractéristiques recherchées pour le recrutement, les trois sujets présentent d'importantes difficultés de régulation émotionnelle qui entraînent une extériorisation des troubles et des troubles graves de comportements. Ces troubles de comportements se traduisent plus spécifiquement par des crises comportementales qui mènent parfois et/ou fréquemment selon le cas à des mesures de contrôles d'isolement et/ou de contentions. Chacun des trois sujets ont été hospitalisés au programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'IUSMM en raison de la

fréquence et de l'intensité de ses crises comportementales qui faisait en sorte qu'ils n'étaient plus en mesure de résider au sein des différentes ressources

Contenu du programme

Pour chacun des participants au programme d'intervention, les trois premières étapes du programme d'intervention ont été mise en place tel que prévu.

Étape 1 : Révision des fiches actuelles de prévention active. En collaboration avec les intervenants pivots de chacun des sujets, nous avons actualisés les fiches de prévention active des sujets. Pour ce faire, la stagiaire en psychoéducation a suivi pendant deux journées l'intervenant dans la routine quotidienne de l'usager, dans le but de rapporter de façon plus précise les indices comportementaux présentés par les individus pour les différents niveaux d'agitation. La double cotation a été utilisée pour nous assurer de la validité des comportements selon les niveaux et pour nous assurer que tous aient la même compréhension des indices indiqués dans la fiche. Suite à la première journée d'observations, des modifications ont été apportées à la fiche de désescalade. La journée suivante, la cotation reprenait avec la nouvelle fiche. Cela nous a permis d'obtenir une meilleure validité dans la double cotation, ce qui soutient la nécessité de revoir continuellement les fiches de prévention active des différents usagers de l'unité. Suite à la deuxième journée d'observation, les dernières modifications ont été apportées et cela nous a réellement permet d'avoir une validité dans la cotation à 95% pour chacun des trois sujets.

Étape 2 : Dépistage des habiletés de régulation émotionnelle de base et sélection de l'habileté à travailler. Pour les trois usagers, cette étape a été effectuée lors d'une rencontre individuelle. La passation du questionnaire a été effectué pour la modalité avec aide et manifestations spontanées. Par la suite, nous avons fait une comparaison des réponses aux deux questionnaires pour choisir l'habileté à travailler, soit une habileté efficace avec aide dans le but d'arriver à ce que le sujet manifeste cette habileté mais de façon spontanée.

Pour [REDACTED] notre choix c'est arrêté sur l'habileté suivante; *Lors d'une situation déstabilisante, fait autre chose pour se distraire afin de réduire ou d'atténuer ses émotion négatives (ex : regarde ailleurs ou une autre personne, choisit une autre activité ...).* Pour [REDACTED], l'habileté de régulation émotionnelle que nous avons choisi de travailler est; *La personne se dirige à un endroit où elle peut retrouver son calme lorsqu'elle vit des émotions négatives.* Finalement pour le

■■■■ l'habileté choisi a été la même que pour ■■■■ soit; *Lors d'une situation déstabilisante, fait autre chose pour se distraire afin de réduire ou d'atténuer ses émotions négatives.*

Étape 3 : Élaboration de l'intervention. À l'aide du document maison préparé par la stagiaire en psychoéducation, une rencontre individuelle a eu lieu avec chacun des intervenants pivots des sujets participants au programme pour élaborer une intervention individuelle qui répond aux difficultés, aux besoins ainsi qu'à l'habileté de régulation émotionnelle à travailler pour chacun des sujets. En tenant compte des points précédents, voici les interventions qui ont été élaborées et ce pour chacun des sujets.

■■■■ : Depuis toujours, ■■■■ est très sensible à ce qui se passe dans son environnement, surtout lorsqu'il y a des changements de quarts de travail où lorsqu'un de ses pairs se désorganise. Il a tendance à se mêler des situations qui ne le regarde pas et à parler des « plans de soins de ses pairs », tout en essayant d'intervenir auprès de ceux-ci. Également, lorsque ce dernier effectue quelque chose qu'il n'a pas le droit et qu'un intervenant le laisse faire, il devient anxieux car il a l'impression que son intervenant ne connaît pas bien son plan de soins. Ces situations font en sorte que ■■■■ escalade rapidement dans ses niveaux d'agitation et, cela peut parfois mener à des désorganisations comportementales importantes. ■■■■ passe énormément de temps à sa chambre et a peu d'activités en raison d'un champ d'intérêts plutôt restreint. Pour contrer ces situations problématiques et donc pour lui changer les idées lorsqu'il vit des émotions négatives, nous avons décidé de lui trouver une activité, qu'il pourrait faire à sa chambre. Son plus grand champ d'intérêt est actuellement les pyjamas. Nous avons donc décidé de lui préparer un bac de pyjama qu'il aurait à tous les matins pour une période de trente minutes et ce dans le but de s'habituer à cette activité et de l'apprécier. Ainsi, lorsque Monsieur serait en escalade de la crise et à sa demande, nous lui remettrons son bac de pyjamas à sa chambre dans le but qu'il se change les idées et ainsi pour le ramener à un état de calme, soit un niveau 0 dans la fiche de prévention active.

■■■■ : ■■■■ est également un usager qui est extrêmement sensible aux stimuli présents dans son environnement et en conséquence, il présente énormément de difficulté à tolérer ses pairs. Ainsi, que ce soit lorsqu'il s'ennuie ou même lorsqu'il effectue sa routine dans un contexte plus structuré, ■■■■ agresse ses pairs (frappe au visage ou ailleurs sur le corps). Nous avons actuellement pour hypothèse que ses comportements d'agression envers ses pairs pourraient être liés au fait que son moyen de communication soit malheureusement incompris par les intervenants. Pour remédier à la situation, nous avons choisi de mettre en place un système de communication très simple pour permettre une meilleure communication avec les intervenants. Un système sous

forme PECS (Système de Communication par Échange d'Images), sera donc implanté. Il aurait ainsi à sa chambre un petit cahier dans lequel se trouverait différents pictogrammes qui pourraient répondre à ses besoins, ses demandes et ses envies.

■ : Dans le cas de ■, lorsque Monsieur est laissé à lui-même, c'est-à-dire qu'il n'est pas dans un environnement ou une routine structurée, il a tendance à être extrêmement agité et euphorique, ce qui se traduit souvent par des comportements d'agression envers le personnel (tente de grifigner, grifigne, tente de mordre, mord, ...). Monsieur a bénéficié pendant un certain temps d'une routine de vie extrêmement structurée sous forme d'horaire sous forme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children), TEACCH. Malheureusement, en raison de changement et de l'arrivée de nouveaux usagers au sein de l'unité, l'équipe a été dans l'obligation de cesser les activités dans l'environnement structuré. Depuis, la fréquence d'apparition des comportements problématiques de ■ ainsi que l'intensité de ceux-ci ont augmenté à nouveau. Ainsi, un nouvel horaire ainsi qu'un nouvel environnement structuré se doit d'être aménagé au sein de l'unité. De plus, il sera primordial de former de nouveaux intervenants au TEACCH pour qu'un roulement d'intervenants et que la routine puisse être mise en place et ce à tous les jours de la semaine et de la fin de semaine.

Étape 4 : Mise en place de l'intervention.

■ : Il était prévu dans un premier temps de remettre à ■ un panier contenant des pyjamas pour une période de trente minutes et ce à tous les matins pour qu'il s'habitue à cette activité. L'objectif était par la suite qu'il puisse effectuer cette activité en escalade de la crise comportementale pour se changer les idées lorsqu'il vit des émotions négatives. En raison des différentes perceptions de ■ face à la réalité des magasins (soit qu'il ne peut amener au sein de l'Hôpital tout ce qui provient des magasins, car ce sont pour les Monsieur et les Madames dans les maisons), il fût extrêmement difficile d'inventer une histoire plausible pour que ■ accepte d'avoir un bac de pyjamas complet à sa chambre. Pour ces raisons, l'intervention n'a pas fonctionné et ■ n'a jamais accepté le panier de pyjamas. Toutefois, nous avons réussi à ce qu'il accepte d'avoir un seul pyjama à sa chambre, qu'il apprécie énormément et qui l'occupe lorsqu'il vit des émotions négatives. Nous travaillons encore tous les jours à lui apporter l'idée d'un bac de pyjamas. ■ est très ambiguë face à cela, il aime l'idée, mais ne s'autorise pas les posséder. Toutefois, le discours est mis en place à tous les jours et ce seulement lorsque son intervenante principale est présente.

■ : Initialement, il était prévu de mettre en place un système de communication de pictogrammes, soit un cahier de communication pour aider ■ à communiquer avec les intervenants. L'objectif était que les intervenants arrivent à mieux comprendre les besoins et les désirs de Monsieur pour diminuer les crises comportementales. Malheureusement, avant même que nous ayons débuté la mise en place de l'intervention auprès de ■, une décision de l'équipe traitante a fait en sorte que Monsieur a été retiré de l'unité et donc du reste de ses pairs. ■ s'est vu transféré dans une autre section de l'unité ou un seul autre usager est présent. Également, en raison de la faible motivation et du manque de disponibilité de l'intervenant régulier, le système de communication sous forme PECS n'a pas été mis en place, malgré qu'il aurait été intéressant de le faire, même s'il était transféré de l'autre côté de l'unité.

■ : Pour ■, l'intervention prévue était d'aménager un environnement et une structure de type TEACCH puisque ce type de structure répond extrêmement bien à ses besoins, le sécurise et permet ainsi de l'occuper à des tâches qu'il apprécie et lui changer les idées lorsqu'il vit des émotions négatives. Dans son cas, la mise en place de l'intervention soit la structure TEACCH s'est extrêmement bien déroulée. La stagiaire en psychoéducation ainsi que l'intervenante pivot ont pu former différents intervenants à la façon de faire auprès du sujet dans le cadre de l'environnement structuré et la routine a été mise en place à tous les jours auprès du sujet. ■ collabore extrêmement bien à sa nouvelle routine et à ce mode de fonctionnement et nous sommes convaincus que cela entraîne déjà un impact positif sur la présence de ses comportements problématiques.

Contexte temporel et dosage de l'intervention

De nombreux changements ont eu lieu en ce qui a trait au contexte temporel de la mise en place du programme d'intervention. Pour plusieurs raisons soit, le nombre de journées (nombre d'heures) de présence de la stagiaire en psychoéducation dans le milieu d'intervention, l'horaire des intervenants pivots des usagers participants au programme, des absences imprévues et/ou des périodes de vacances, il fut extrêmement difficile de mettre en place le programme d'intervention selon l'horaire qui était préalablement prévu. Également, certaines étapes du programme demandaient plus de temps que prévu pour certains des usagers et il était difficile de prévoir le temps réel requis pour les différentes étapes et ce pour chacun des sujets.

Pour ■■■■■, l'étape 1 soit l'actualisation de la fiche de prévention active à nécessité un travail de quatre jours puisque la fiche n'avait pas été modifiée depuis le mois de janvier 2014. Ainsi, les indices comportementaux inscrits dans la fiche n'étaient plus représentatifs de la situation actuelle de Monsieur. Par la suite, l'étape 2 soit le dépistage des habiletés de régulation émotionnelle ainsi que la sélection de l'habileté à travailler s'est fait très rapidement. Au cours d'une seule rencontre d'une heure, nous avons compléter les deux questionnaires et nous nous étions également entendues sur l'habileté à travailler. En ce qui a trait à l'élaboration de l'intervention, celle-ci a pris beaucoup plus de temps que prévu. Il nous a fallu nous rencontrer à de nombreuses reprises (6 reprises) sur une période d'un mois pour arriver à une intervention qui répondait aux besoins du client et qui était à la fois accepter de l'équipe interdisciplinaire. Ainsi la mise en place de cette intervention fût retardée, donc nous avons bénéficié de moins de temps pour arriver au succès de notre intervention.

Pour ■■■■■ l'étape 1 s'est tel que prévu déroulée sur deux jours. Après les deux journées d'observation, nous avons une fiche de prévention active représentative des comportements problématiques présentés par le client avec une validité de cotation de 95%. Pour l'étape deux, il fût difficile de rencontrer l'intervenant pivot de l'utilisateur pour effectuer la passation des questionnaires de dépistage des habiletés de régulation émotionnelle. Une période de trois semaines s'est ainsi écoulée avant que la rencontre ait lieu. Par la suite, l'élaboration de l'intervention s'est finalement effectuée avec la psychoéducatrice ainsi qu'avec l'éducateur spécialisé au programme. Une rencontre d'une heure s'est avérée suffisante pour y arriver. Malheureusement, l'intervenant pivot s'est rarement montrer disponible pour mettre en place les interventions auprès du sujet et ce malgré de nombreux rappels et de nombreuses interventions auprès de celui-ci.

Finalement, pour ■■■■■, l'étape 1 a nécessité une seule journée de travail puisque la fiche de prévention active auprès de ce client était déjà travaillée par l'intervenante pivot depuis un certain temps. L'étape 2 s'est également effectuée telle que prévue au cours d'une rencontre individuelle d'une heure. Pour ce qui est de l'élaboration de l'intervention, nous avons repris la structure TEACCH déjà existante. Il a fallu deux semaines pour aménager l'environnement pour pouvoir reprendre la routine ainsi que la formation des intervenants. Depuis la première journée de mise en place de l'intervention, celle-ci est toujours appliquée de façon quotidienne tel que prévue.

Ainsi, la totalité du programme d'intervention était censée avoir lieu du 3 janvier 2018 au 14 mars 2018. Finalement, nous avons débuté la mise en place du programme en date du 8 janvier 2018 et il a pris fin en date du 4 avril 2018.

Stratégies de gestion des apprentissages

Auprès des intervenants, un manque est survenu au niveau de la formation préalable à la mise en place du programme d'intervention. Les intervenants manquaient probablement d'informations sur les interventions que nous voulions préconisées et manquaient de connaissances au niveau des mesures réactives de désescalade dans la prévention active. De plus, en raison de l'horaire de présence dans le milieu de la stagiaire en psychoéducation, il était difficile de fournir aux intervenants le soutien et l'accompagnement nécessaire pour l'implantation efficace du programme d'intervention.

En ce qui a trait aux interventions envers les sujets, l'intervention prévue pour [REDACTED] a été mise en place quotidiennement auprès de l'utilisateur. Malgré que nous n'ayons obtenus le succès que nous avions prévu avec l'intervention, l'intervenant a toujours continuer l'intervention sans abandonner. Dans le cas de [REDACTED] l'intervenant n'a su mettre en place les stratégies d'intervention élaborée auprès du sujet. Ainsi, nous ne pourrons évaluer si l'intervention se serait avérée efficace. Dans le cas de [REDACTED], les stratégies d'apprentissage, soit l'intervention élaborée, a été mise en place de façon quotidienne par l'intervenant.

Malheureusement, nous ne pouvons commenter la mise en place des mesures réactives de désescalade auprès des sujets, soit les interventions préconisées, puisque cette donnée n'avait pas été prévue dans l'évaluation de la mise en œuvre du programme. Cette donnée aurait été très pertinente pour l'évaluation du succès du programme.

Stratégies de gestion des comportements

Sur les trois intervenants participants à la mise en œuvre du programme d'intervention, un seul de ceux-ci s'est avéré présenter un seuil de motivation problématique pour l'implantation du programme. Malheureusement, la collaboration et l'intervention de la gestionnaire de l'unité de vie auprès de cet intervenant s'est avéré inefficace ou en d'autres termes, plutôt inexistante. Les trois premières étapes du programme d'intervention ont ainsi été effectuées pour [REDACTED] et c'est la stagiaire en éducation spécialisée qui entrera en fonction à l'été 2018 qui mettra en place l'intervention élaborée auprès de l'utilisateur. Pour [REDACTED] et [REDACTED], les intervenants ont présentés un

bon niveau de collaboration et nous n'avons pas eu besoin d'avoir recours aux stratégies de gestion des comportements pour ceux-ci.

Composantes pour lesquelles il n'y a pas eu de changements

Les composantes restantes soit, les buts et objectifs, animateurs, contexte spatial, codes et procédures, stratégies de transfert et de généralisation et système de reconnaissance, n'ont subi aucun changements au cours de la mise en place de l'intervention.

Composantes complémentaires

Motivation des intervenants à l'implantation du programme d'intervention. Au tout début de l'implantation du programme d'intervention, le questionnaire de motivation à l'implantation du programme d'intervention (Annexe VI) a été remis aux trois intervenants participants au programme. Sur les trois participants, seulement deux d'entre eux ont remis le questionnaire, tel que prévu. Malgré quelques rappels, le troisième participant n'a jamais remis le questionnaire. Par ce fait, nous convenons ainsi que ce participant était moins motivé que les autres à implanter le programme d'intervention auprès de son sujet. Pour cette raison, le même questionnaire mais post intervention a été remis seulement aux intervenants 1 (██████) et 3 (██████). Avec les résultats obtenus, nous pouvons conclure que le niveau de motivation est resté semblable chez les deux intervenants, mais qu'ils seraient intéressés à faire à nouveau cette démarche d'intervention auprès d'autres usagers de l'unité. En ce qui a trait à l'effet de leur motivation sur la mise en œuvre du programme, trop de variables sont en jeu pour pouvoir faire un lien direct entre les effets (diminution des troubles graves de comportements) et l'implication des intervenants auprès de leurs usagers.

Conformité de l'implantation du programme d'intervention. Selon les sujets, la conformité de la mise en œuvre du programme d'intervention était variable. De façon générale, l'implantation du programme c'est bien déroulé dans le cas de ██████ et de ██████. Ils ont passé au travers des quatre étapes prévues par la démarche d'intervention malgré quelques modifications surtout en ce qui a trait à la durée qui était prévue pour chacune des étapes. Malheureusement, ██████ pour sa part n'a pas été soumis à la mise en place de l'intervention, ainsi le travail effectué au cours des étapes un, deux et trois se sont avérés inutiles. La figure X présente les résultats de l'évaluation de l'implantation du programme.

Figure 2. Conformité de l'implantation du programme d'intervention.

	Prévu	■	■	■
Étape 1 : Révision des fiches de prévention active	Durée : 2 jours (8h00 à 16h00)	Durée : 4 jours (8h00 à 16h00)	Durée : 2 jours (8h00 à 16h00)	Durée : 1 jour (8h00 à 16h00)
Étape 2 : Dépistages des habiletés de régulation émotionnelle et sélection de l'habileté à travailler	Une rencontre individuelle d'une durée d'une heure	Une rencontre individuelle d'une durée de 40 minutes	Une rencontre individuelle d'une durée d'une heure et trente minutes	Une rencontre individuelle d'une heure
Étape 3 : Élaboration de l'intervention	Deux rencontres individuelles d'une heure chacune	Six rencontres dont deux individuelles et quatre multidisciplinaire	Trois rencontres individuelles de 45 minutes chacune	Cinq rencontres individuelles d'une heure chacune (incluant l'aménagement de l'environnement)
Étape 4 : Mise en place de l'intervention	Chaque jour pendant deux semaines 14/14 jours	Neuf jours sur une période de deux semaines 9/14 jours	X Intervention non mise en place	Chaque jour pendant deux semaines 14/14 jours