

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec 

l'expertise régionale en réseaux intégrés

RAPPORT DE PROJET
Service d'Évaluation externe

Du paradigme de l'expert à l'expertise régionale réseau

Mai 2016

Par

Dr Stéphane Morin, psychologue

En collaboration avec

Chantal Prince, coordonnatrice CEF-TC

Elsa Beauchesne, psychologue CEF-TC

*« Individuellement, nous sommes une goutte d'eau.
Ensemble, nous sommes un océan. »*

Ryunosuke Satoro

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	1
Abréviations	3
Avant-propos.....	4
Mise en contexte du projet	7
Partenaires porteurs	7
But visé	7
Clientèle cible.....	8
Recherche dans l'action	8
Philosophie du projet	8
Principales étapes du projet et échéancier	9
Considérations terminologiques et conceptuelles.....	9
Clientèle présentant des problématiques multiples	9
Clientèle dite multiproblématique	10
Trouble du comportement (TC) et trouble grave du comportement (TGC).....	12
Dangerosité	13
La perception.....	14
La notion de risque.....	15
De la dangerosité aux comportements à caractère dangereux	16
Compétence et interdisciplinarité en réseaux de services intégrés.....	17
Modèle clinique et de gestion SEE	18
Organisation du travail clinique et prise en compte de la réalité de l'autre.....	18
Visée intégrative sur le plan clinique et de gestion auprès de la clientèle multiproblématique	18
Cibles du modèle	19
Représentation visuelle du modèle.....	19
Structure du modèle	19
La judiciarisation	20
L'autonomie dans les habiletés fonctionnelles.....	21
La gestion intégrée du risque en réseau de services	25
Intervenir pour gérer le risque.....	26
Constats	32
Opportunités de changements de paradigmes	32
Une région compétente et autoportante	32
Le risque et la gestion du risque	33
La pratique clinique interdisciplinaire.....	34
Leadership, volonté et engagement des décideurs régionaux	36
Le SHHS dans le contexte d'un réseau de services.....	36

Du paradigme de l'expert à l'expertise régionale en réseaux intégrés

Absence d'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique dans la région.....	37
L'organisation des services à la PMP.....	37
Conclusion	39
Pistes de réflexion et d'action	39
Références.....	41

Remerciements

Nos remerciements particuliers à tous ceux et celles qui ont contribué à la réalisation de ce projet. À travers leur précieuse collaboration, nous avons pu constater et mettre en relief que la force véritable ainsi que la compétence d'une région s'actualise à travers la mise en réseau de l'expertise qu'elle détient. Un remerciement tout particulier aux équipes d'intervention du Centre Jeunesse MCQ pour leur compétence, leur ouverture d'esprit ainsi que leur implication soutenue dans le projet.

Le comité de pilotage stratégique multiproblématique mandataire du projet

- M. Claude Charland, directeur général du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAÉ)
- M^{me} Nathalie Garon, directrice générale du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCCQ)
- M^{me} Sylvie Dupras, directrice générale du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU)
- M. Bruno Landry, directeur général du Centre de réadaptation physique InterVal
- M^{me} Nathalie Magnan, directrice générale du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec
- M^{me} Isabelle Moreau, agente de programmation, planification et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ASSS MCQ)
- M^{me} Chantal Prince, coordonnatrice du Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC)
- M^{me} Martine Rioux, directrice générale du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (CSSSÉ)
- M. André Sauvé, directeur des programmes sociaux, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ASSS MCQ)

Les personnes qui ont été consultées pour la réalisation du projet

- M^{me} Elsa Beauchesne, psychologue, CJMCCQ
- M^{me} Marie Bellemare, psychoéducatrice, CSSSÉ (mission régionale)
- M^{me} Johanne Lapolice, neuropsychologue, InterVal
- M^{me} Isabelle Lecours, psychoéducatrice, CJMCCQ
- M^{me} Isabelle Moreau, agente de programmation, planification et de recherche, ASSS MCQ
- M^{me} Clémentine Tréubon, psychologue, Institut Philippe Pinel de Montréal
- M^{me} Audrey Tardif, ergothérapeute, CRDITED MCQ – IU

Les gestionnaires et équipes du Centre jeunesse impliqués dans sa mise en œuvre

- M. Paul Bernier, chef des services de réadaptation
- M^{me} Louise Bourassa, directrice de la qualité
- M^{me} Hélène Goulet, adjointe à la direction de l'hébergement et des services en centre de réadaptation
- M. Sylvain Héroux, chef des services en réadaptation
- M. Yan-Frédéric Lessard, chef à la permanence
- M. Robert Levasseur, directeur de l'hébergement et des services en centre de réadaptation
- M^{me} Claudine Ruest, chef des services de réadaptation
- M^{me} Christine Tremblay, répondante clientèle multiproblématique
- M^{me} Geneviève Ferland-Mercier, répondante clientèle multiproblématique

Les gestionnaires et équipes du CSSS de l'Énergie (mission régionale) impliqués dans sa mise en œuvre

- M. Michel Germain, chef de l'unité de réadaptation au Centre régional de santé mentale
- M. Francis Piché, répondant clientèle multiproblématique

Les principaux partenaires réseaux

- Commission scolaire des Chênes de Drummondville
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (local et régional)
- Centre de santé et de services sociaux de Drummondville
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de réadaptation physique InterVal
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :
Morin, Stéphane et coll. (2016). *Rapport de projet du Service d'évaluation externe du Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement*, Trois-Rivières, Québec, 51 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2016

Abréviations

Dans le but d'alléger le texte, des abréviations, acronymes ou expressions sont utilisés.

Expressions	Dans le texte
Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement	CEF-TC
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	CJMCCQ
Comité régional des directeurs généraux	CRDG
Personne dite multiproblématique qui présente un risque de passage à l'acte jugé élevé, de type auto ou hétéro agressif	PMP
Risque de passage à l'acte autodirigé ou hétéro agressif	risque de passage à l'acte
Service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire	SHHS
Trouble du comportement	TC
Trouble grave du comportement	TGC

Avant-propos

Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples

Le déploiement des orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples et le complément traduit la volonté et l'engagement des décideurs régionaux de mettre en place différents services spécialisés pour la clientèle. Ces orientations impliquent la mise en œuvre progressive de quatre mesures suivantes, visant l'amélioration de l'offre de services :

- Mesure 1 :** Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC)
- Mesure 2 :** Ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED avec TGC (SII-TGC)¹
- Mesure 3 :** Service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire (SHHS)
- Mesure 4 :** Service d'évaluation externe (SEE)².

Ces mesures s'inscrivent dans une logique d'adresser une réponse plus adaptée et innovante aux usagers ayant de multiples problématiques et centrée sur une approche inclusive plutôt que sur l'obtention de diagnostics.

L'actualisation de la troisième mesure constitue un mandat de portée régionale :

« Il s'agit de la mise en place d'un service d'hospitalisation et d'hébergement pour les personnes présentant des troubles graves du comportement et un niveau de dangerosité élevé, nécessitant un milieu sécuritaire pour assurer leur protection et celle des autres (...) ». ³ (Complément aux orientations, 2009, p. 12)

Les clients visés par cette mesure présentent les caractéristiques suivantes :

« Personnes âgées de 18 ans et plus présentant des problématiques multiples et complexes et un niveau de dangerosité élevé en raison de troubles graves du comportement ne répondant plus aux pratiques jugées efficaces en matière de gestion dans la communauté, des troubles de la conduite et du comportement, et qui requièrent de ce fait une hospitalisation ou un hébergement sécuritaire, invalidant pour un temps le processus d'intégration sociale dans lequel ils sont engagés. » (Complément aux orientations, 2009, p. 16)

¹ Pour des précisions sur les deux premières mesures, le lecteur peut se référer aux Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples et le complément à l'adresse internet suivante :

<http://www.agencess04.qc.ca/images/images/documents/2009/orientations%20problematiques%20multiples.pdf>

² La mesure 4 (SEE) a été fusionnée à la mesure 1 (CEF-TC).

³ Voir le « Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples ».

Quant à la quatrième mesure, soit la mise en place du service d'évaluation externe (SEE), elle vise principalement à offrir :

« ... un soutien à la prise en charge individuelle de clients multiproblématiques présentant un niveau de dangerosité, qu'il soit élevé ou moyen. Le service permet de répondre à des besoins de consultations médicocliniques et d'expertise multidisciplinaire pour des personnes en situation de rupture de fonctionnement en raison de l'apparition de symptômes inhabituels, de comportements préjudiciables et d'un niveau de dangerosité. L'évaluation en externe permettra de bonifier le plan d'intervention ou le plan de services individualisé et de conseiller l'établissement référant dans le recours à des pratiques ou des moyens pouvant conduire à une amélioration de l'état de la personne. Ce service favorise, par son expertise, le maintien dans la communauté des personnes référées et fait en sorte que l'hospitalisation ou l'hébergement sécuritaire soit offert aux seules personnes qui le requièrent absolument. La collaboration d'experts médicaux et de la réadaptation d'autres établissements pourra être nécessaire compte tenu des profils variés des personnes référées. » (Complément aux orientations, 2009, p.19)

Ces mesures s'avèrent donc interdépendantes, notamment en ce qui a trait à la troisième et la quatrième mesure. En effet, la mise en place d'un service externe implique donc la disponibilité du service interne. Malgré la volonté des décideurs de la région, leurs travaux n'ont pas permis d'actualiser la mise en place du SHHS. Par conséquent, l'expérimentation inhérente à la mise en place de la quatrième mesure, soit le présent projet, a dû tenir compte de cette réalité, tout en se collant au vécu ainsi qu'aux préoccupations de la région.

L'autoportance régionale

Une des pierres angulaires de ce projet repose également sur la vision des décideurs, à travers la table régionale des directeurs généraux et de son comité de pilotage stratégique, d'offrir un accès plus intégré aux services spécialisés dans une perspective de continuum entre les programmes services. Cette approche permet notamment d'éviter « les vides de services », la désresponsabilisation ou encore la gestion du risque corporatif en « silo ». Le fruit de leur réflexion met également en perspective l'importance de développer une offre de service plus cohérente et plus efficiente dans la réponse aux besoins de la clientèle multiproblématique. Pour ce faire, un des constats issus de ces travaux de réflexion réside dans la reconnaissance, la valorisation et la « mise en réseau » de l'expertise disponible dans les différents programmes services de notre région. Globalement, cette approche novatrice vise l'autoportance régionale, à savoir : rendre disponible à l'ensemble des programmes services l'expertise régionale existante en matière d'évaluation et de gestion du risque en réseaux de services pour la clientèle. Cela implique également de poursuivre le développement continu de l'offre de services spécialisés en réponse aux besoins spécifiques de la clientèle dans notre région (ex. : ressources d'hébergement, plateaux techniques et cliniques d'arrêt d'agir et d'intervention, arrimages avec les partenaires régionaux et nationaux, etc.).

Mesures fusionnées CEF-TC et SEE

Par souci d'efficience sur le plan des ressources financières et humaines spécialisées, le CRDG a pris la décision de procéder à la fusion des mesures 1 (CEF-TC) et 4 (SEE) prévues au complément des orientations régionales au printemps 2014. Conséquemment, le CEF-TC s'est donc vu confier la responsabilité du projet SEE.

En l'absence du SEE, le CEF-TC a été interpellé fréquemment par différents programmes services pour soutenir le processus clinique d'objectivation du caractère dangereux des comportements chez la clientèle en contexte de transition (diminution du ratio d'encadrement, intégration dans une ressource résidentielle offrant moins d'encadrement, réorientation vers un milieu plus sécuritaire, etc.). Les interventions du CEF-TC dans un tel contexte visent également à adresser des pistes de réflexion et d'intervention aux référents.

Mise en contexte du projet

Partenaires porteurs

Ce projet pilote a été réalisé par le Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC), en partenariat avec le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que le Centre régional de santé mentale du CSSS Énergie, sous la direction de madame Chantal Prince, coordonnatrice du CEF-TC.

But

Globalement, le projet vise à mettre en place la mesure 4 prévue aux orientations régionales, le service d'évaluation externe (SEE). Plus précisément, le but est de concevoir et d'expérimenter un modèle de travail interdisciplinaire en réseau (1^{re}, 2^e et 3^e ligne) qui intègre l'évaluation, l'intervention, l'enseignement pratique et le soutien-conseil pour la clientèle dite « multiproblématique » qui présente un risque de passage à l'acte jugé élevé, de type auto ou hétéro agressif, lors de la transition de l'adolescence à la vie adulte. Le modèle retenu sera applicable auprès de la clientèle adulte qui présente des besoins similaires en contexte de transition, et ce, nonobstant la nature de ceux-ci. Ce projet vise également le soutien aux programmes services responsable de l'utilisateur dans l'élaboration et l'actualisation du plan d'intervention individualisé (PII) ou du plan de service individualisé (PSI).

Le projet SEE vise également à mettre en place un « lieu » de développement et d'expérimentation d'une intégration des pratiques de pointe aux services courants, à savoir :

Dispenser un soutien direct	Faciliter l'organisation de services	Développer et consolider la pratique
<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un « lieu » neutre et crédible qui vise le maintien de la relation ou la reprise de contact entre les partenaires de services dans un contexte d'impasse clinique et de gestion. • Faciliter les communications à travers un processus de gestion intégré du risque réseau. • Favoriser l'atteinte d'objectifs collectifs plutôt qu'uniquement en programme services. • Accompagner les programmes services dans la mise en action des cibles d'interventions auprès de clients à risque de passage à l'acte. • Conjuguer l'expertise de processus et de contenu dans une perspective d'organisation de services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir à titre de catalyseur des ressources disponibles dans notre réseau, et ce, au-delà de la mission de chaque programme services, dans la perspective d'une réponse ajustée à la réalité régionale. • Assumer un leadership dans la réponse aux besoins spécifiques de la clientèle présentant des comportements à caractère dangereux dans la poursuite du développement d'une culture régionale d'interdisciplinarité intégrée entre les programmes services. • Agir à titre « d'architecte » du développement de la mise en mode réseau de l'expertise, de la compétence et des ressources. • Favoriser la mobilité de la compétence régionale entre les programmes services. • Adopter une attitude qualifiante à l'égard des partenaires réseaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Courroie de mise en réseau et de collaboration avec les milieux de recherches nationaux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Centre d'excellence sur le vieillissement et instituts sur le vieillissement; ○ Instituts et chaires de recherche (santé mentale et médicolégale, déficience physique, DI-TSA, dépendance, jeunesse, etc.); ○ Service québécois d'expertise sur les troubles graves du comportement; ○ Etc.

Clientèle cible

En début et en cours de projet, cinq adolescents en contexte de transition vers l'âge adulte présentant des problématiques multiples, un trouble grave du comportement et un risque élevé de passage à l'acte (auto/hétéro agressif) ont été ciblés par le CJMCQ. Les adolescents retenus devaient être âgés d'au moins 15 ans, être en mesure de consentir à participer au projet pilote directement ou, le cas échéant, par l'entremise de leur représentant légal. En cours de projet, un adulte hébergé au Centre régional de santé mentale du CSSSE, pour lequel des mesures spécifiques ont été convenues entre les partenaires impliqués, a intégré le projet.

Recherche dans l'action

L'élaboration de ce projet s'est principalement inspirée des étapes de la recherche-action, à savoir :

- L'identification et la précision de la problématique en cause;
- L'élaboration d'un plan d'action;
- La mise en place de l'action;
- L'évaluation des effets de l'action;
- La communication des conclusions;
- La valorisation des ressources régionales spécialisées disponibles.⁴

Il a été conçu pour être ajusté de façon continue pendant le déroulement de l'expérimentation. Dans cette perspective, il correspond au paradigme d'une recherche à travers l'action.

Nous ne prétendons pas que ce projet puisse correspondre complètement aux préceptes méthodologiques de la recherche-action, mais assurément à une démarche de recherche participative et collaborative. Autrement dit, impliquer directement les interlocuteurs compétents concernés dans la problématisation des questions ainsi que dans la recherche et l'expérimentation de solutions adaptées au contexte régional. Nous rejoignons ici la notion d'intersubjectivité critique, soit « le croisement de savoirs issus de divers acteurs provenant de divers champs d'action qui produit, par son caractère synergique, des effets de sens » dans l'identification de solutions (Couture, Bednarz et Barry, 2007, p. 214).

Philosophie du projet

La perspective principale de ce projet s'inscrit dans une philosophie *empowerment* ou encore d'autonomisation, c'est-à-dire le processus par lequel « les programmes services de la région » acquièrent la maîtrise des moyens qui leur permettent de mieux utiliser leurs ressources professionnelles et de renforcer leur autonomie d'action » auprès de la clientèle dite multiproblématique (Office québécois de la langue française, 2003)

⁴ Adaptation libre de Catroux (2002)

Principales étapes du projet et échéancier

Activités du projet	Échéancier
1. Concevoir le modèle d'évaluation et d'intervention	Juin à octobre 2014
2. Cibler la clientèle du projet selon les critères	Septembre à décembre 2014
3. Expérimenter le modèle auprès de la clientèle cible (5 adolescents et 1 adulte)	Mars 2016
4. Rédiger le rapport du projet	Mai 2016
5. Présenter le rapport aux décideurs du CIUSSS MCQ	Mai 2016

Considérations terminologiques et conceptuelles

Dans la pratique clinique actuelle auprès de la clientèle, nous avons constaté une difficulté sur le plan de la communication et de la compréhension interprofessionnelle par l'utilisation d'expressions similaires susceptibles de référer à des construits distincts, par exemple : « c'est comportemental », « une désorganisation comportementale », « un trouble du comportement », « un comportement problématique », « un comportement-défi », « un comportement à risque », « un comportement dangereux », etc. À l'évidence, avoir du mal à se comprendre ne facilite pas la collaboration, le travail en partenariat et l'interdépendance. De plus, le caractère hermétique du vocabulaire parfois utilisé rend compte à la fois d'un champ d'action spécifique, mais également d'un manque d'ouverture sur la réalité plus globale de notre réseau. Pour reprendre une expression consacrée, chaque service, spécialisé ou non, n'existe pas seul dans son « silo ». Plus fondamentalement, nous croyons que la « confusion terminologique » contribue à un manque de cohérence et de rigueur dans les processus cliniques et de gestion auprès de cette clientèle. Pour les besoins du rapport, mais plus largement comme base de réflexion pour une harmonisation des pratiques, nous précisons donc les principaux termes utilisés dans ce projet. D'une façon générale, nous sommes d'avis que les concepts présentés dans ce rapport constituent un dénominateur commun à des champs de pratique à la fois distincts et complémentaires. De plus, considérant le fait que la terminologie utilisée représente le vecteur de transmission de la pensée, nous formulerons certaines remarques afin de souligner les aspects qui sont apparus plus fondamentaux et constructifs dans la terminologie retenue.

Clientèle présentant des problématiques multiples

Il s'agit d'un « groupe hétérogène de personnes partageant des traits cliniques et comportementaux dont le cumul, l'intensité et la gravité de ceux-ci constituent le profil général ».⁵

La clientèle retenue dans ce projet présente une condition biopsychosociale complexe avec de multiples problématiques qui interagissent les unes avec les autres. La présence de comorbidités entraîne une multiplicité des manifestations symptomatologiques atypiques, contribuant ainsi aux erreurs diagnostiques. Ce constat fait écho à la documentation scientifique, dans la mesure où nous avons constaté la forte probabilité, pour cette clientèle, de « masquage diagnostique » (*diagnostic*

⁵ Voir le « Guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements problématiques chez une clientèle présentant des problématiques multiples, p.1 ».

overshadowing) (Hayhow, Gaillard, Velakoulis et Walterfang, 2015; Jones, Howard et Thornicroft, 2008; Jopp et Keys, 2001; Kaufman et Baucom, 2014; S. Meera, Kaipa, Thomas et Shivashankar, 2013; Nash, 2013; Neill, 2008; Thomas, 2003; van Nieuwenhuizen et coll., 2013). Il s'agit d'un « processus dans lequel des symptômes physiques sont attribués à tort à la maladie mentale » (Jones et coll., 2008 : traduction libre). Il en est de même lorsque certains comportements problématiques sont associés à un diagnostic spécifique par exemple la déficience intellectuelle (Tassé et Morin, 2003). Un second type de masquage, *psychosocial*, consiste à ne pas détecter certains problèmes moins apparents ou lorsque les symptômes se manifestent d'une façon inhabituelle. À titre d'exemple, notons une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral qui présente de l'irritabilité, de la colère et de l'anxiété ainsi que de l'automutilation. Il s'agit ici d'attribuer directement ces manifestations au TCC, plutôt que de bien évaluer le fait qu'il puisse s'agir de manifestations associées à la dépression (Létourneau, 2003; Thompson, 2008). À ce jour, malgré la fusion des établissements, le diagnostic revêt une importance considérable puisqu'il constitue la « porte d'accès » aux programmes services. L'ensemble des clients de ce projet présente des problématiques multiples et, de ce fait, s'est retrouvé dans des « portes tournantes » de services qui diminuent l'efficacité tout en augmentant les coûts et les risques qui y sont associés. Un des avantages de cette définition réside donc dans le fait qu'elle ne repose pas sur une approche de type « diagnostic », c'est-à-dire dans une recherche des causes par l'identification des symptômes présentés par la personne, afin de lui offrir ou non des services.

Clientèle dite multiproblématique

« ... clientèle qui ne trouve pas de réponses ajustées à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à diverses pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes jugées acceptables dans son contexte. » (Adaptation libre inspirée des travaux de (Moreau et Léveillé, 2010).

Cette définition propose de considérer les manifestations comportementales individuelles dans une perspective systémique à travers le paradigme personne-environnement (Schriver, 2001). Il ne s'agit pas uniquement de circonscrire la condition de la personne dans une optique intra-individuelle, mais bien de considérer la problématique en cause à travers une « pensée systémique » :

« Les systèmes se caractérisent par des relations dynamiques entre divers éléments interreliés qui forment un tout » (ex. : école, pédopsychiatrie régionale et provinciale, programmes services, protecteur du citoyen, commission des droits de la jeunesse, etc.). Quand on parle de pensée systémique, on parle de mieux comprendre le tout en examinant ces divers éléments, leurs caractéristiques, leurs liens et leurs interconnexions. »⁶

La perspective de Kourilsky-Belliard résume justement l'esprit du modèle clinique et de la perspective interactionnelle :

⁶ Voir le « Manuel d'Approche systémique : Pensée systémique et complexité des systèmes en toxicomanie », p.2.

« Le modèle systémique est centré sur l'interaction des éléments d'un système plutôt que sur ses éléments isolés. S'il est utile, dans un premier temps, d'identifier et de distinguer les éléments d'un système, ce sera pour mieux les relier en vue d'une compréhension globale. Si le modèle analytique conduit à isoler un phénomène pour mieux l'étudier et le maîtriser, la systémique s'attache au contraire à la lecture de ses interactions et de ses connexions multiples » (Kourilsky, 2014, p.75.)

Pour bien comprendre l'impact de cette conception, il importe de différencier succinctement la démarche analytique qui constitue l'assise de l'approche diagnostique de la démarche systémique, qui vise à comprendre l'interaction de l'individu avec son milieu de vie. Précisons que chacune de ces approches s'avère à la fois utile, pertinente et complémentaire. Le tableau qui suit présente brièvement ces deux perspectives dans la limite d'une approche de type linéaire dans l'évaluation et la gestion du risque auprès de la clientèle dite multiproblématique.

Composantes de la démarche analytique et systémique⁷

Démarche analytique (se rapprocher, isoler)		Démarche systémique (prendre un recul, relier)	
Pourquoi	Pourquoi ces comportements surviennent-ils?	Quoi, comment	Quels sont les comportements, comment surviennent-ils, dans quel contexte?
Orienté vers le passé (passé < présent)	Identifier les causes possibles dans la vie de la personne. S'appuyer sur la précision des détails. Connaitre le problème à travers ses causes.	Orienté vers le futur (présent > futur) Résoudre un problème en déterminant d'abord l'objectif à atteindre	Identification de solutions possibles. S'appuie sur une perception globale. Logique fonctionnelle et adaptative de la personne et des systèmes de services. Adaptation des services existants ou encore partenariat interservices – programmes ou de structures d'hébergement existantes ou nouvelles.
Langage binaire	Deux dimensions, ex. : avoir ou pas un diagnostic, être admissible ou pas. Conduit à un travail par discipline « en silo ».	Langage ternaire	Trois dimensions, ex. : comportements, besoins de la personne, les contextes de services. Conduit à un travail interdisciplinaire « intégré ».
Causalité linéaire	Relation de cause à effet.	Causalité circulaire	Prendre en compte globalement les interactions entre les facteurs internes à la personne et environnementaux en tenant compte du contexte de services offerts, disponibles, etc.

⁷ Adaptation libre de (Kourilsky, 2014; Lapointe, 1993; Rosnay, 1975; Yatchinovsky, 2004)

Démarche analytique (se rapprocher, isoler)		Démarche systémique (prendre un recul, relier)	
Centrée sur les causes	Ex. : traumatisme craniocérébral modéré.	Centrée sur les conséquences	Ex. : hospitalisation à répétitions, exclusion du milieu d'hébergement, etc.
Centrée sur les explications des dysfonctions individuelles	Identifier les causes du risque.	Centrée sur les descriptions et la fonction des dysfonctions systémiques.	Caractériser la nature du risque.
Le passé de la personne	Est un réservoir d'explications.	Le présent et le futur de la personne	Est un réservoir de ressources et de réponses dans lequel on va puiser.

Les impasses cliniques et de gestion dans lesquelles se retrouve la clientèle dite multiproblématique mettent en perspective comment la recherche de causes interpersonnelles, dans le passé de la personne et d'explications dans un langage binaire (avoir ou pas un diagnostic) finissent par faire partie intégrante de la problématique et non des solutions. Dans la perspective systémique, l'accent est mis sur la description des facteurs de risque et de protection (individuels et de réseaux de services). Elle vise à objectiver l'impact sur l'individu et l'environnement des comportements problématiques, dans un langage ternaire (individu, milieu de vie, réseaux de services publics), orienté vers l'identification de solutions possibles dans le contexte de programmes services. La prise en compte de l'interaction entre l'individu qui présente un risque de passage à l'acte et son environnement physique et humain, mais également de services, s'avère donc essentielle.

Trouble du comportement (TC) et trouble grave du comportement (TGC)

En fonction de l'environnement de services, plusieurs dénominations ou qualificatifs sont utilisés lorsqu'il est question du comportement : problématique, perturbateur, pathologique, agressif, désorganisé, suicidaire, violent, internalisé, externalisé, etc. La définition de la clientèle multiproblématique renvoie à la notion de « gravité de comportements jugés problématiques ». Ces comportements jugés problématiques constituent l'expression des difficultés vécues par la personne et d'une réponse inadéquate du réseau de services à ses besoins. Dans le contexte du projet, les participants présentaient tous un trouble du comportement, avec des dénominations ou qualificatifs hétérogènes, définis à travers la perspective des programmes services ou encore du vocable habituel du milieu. La nécessité d'une définition commune permettant une compréhension réciproque s'est avérée nécessaire, à savoir la distinction entre un trouble du comportement et un trouble grave du comportement.

Trouble du comportement	Trouble grave du comportement
« Action ou séquence d'actions qui sont jugées inacceptables sur le plan développemental, social ou culturel et qui sont préjudiciables à la personne ou à son environnement social ou physique et dont la gravité ou l'impact se situe sur un continuum. »	« Un trouble du comportement (TC) 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, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010)	

Ce que ces définitions ont en commun : tout d'abord, elles réfèrent à ce qui est observable, soit le comportement de la personne. Elles impliquent le jugement clinique, c'est-à-dire de tirer une « conclusion à partir de l'observation d'une personne ainsi que d'informations subjectives et objectives. » (Adaptation libre inspirée de (Mosby, 2013). Tant sur le plan conceptuel que de l'intervention, il importe de concevoir la notion de trouble et de trouble grave du comportement comme étant un continuum dynamique, qui s'inscrit dans une perspective personne-milieu, plutôt que dans l'optique unique de déterminant intrapersonnel. Conséquemment, il est apparu nécessaire de restituer la notion de comportement dans une perspective systémique :

« Le recadrage du comportement s'appuie sur le fait que l'explication, seule et d'ailleurs toujours hypothétique, n'est pas une condition suffisante pour changer. (...) Tout comportement est cohérent par rapport à la vision du monde de la personne qui le produit; d'autre part, ce comportement doit être considéré comme réponse adaptative au contexte où il se produit et enfin, tout comportement recèle une intention positive ou remplit une fonction utile qui doit être mise en lumière et préservée afin de produire le changement souhaité. » (Kourilsky, 2014, p.32)

Dans l'esprit de ce projet, la démarche évaluative et d'intervention ne devrait pas se limiter à expliquer l'origine des comportements problématiques, mais également soutenir un changement pour la personne et son environnement. Dans la pensée systémique, la présence de comportements problématiques qui perdurent implique la présence d'homéostasie. L'homéostasie consiste à rechercher et maintenir un état d'équilibre, lequel vise l'adaptation de la personne et de son environnement. Autrement dit, le comportement problématique est maintenu dans la mesure où il remplit une fonction adaptative.

Ces définitions se distinguent également dans la mesure où le trouble grave du comportement introduit les notions de « gravité » et de « danger ». La gravité réfère à la dangerosité réelle et potentielle des comportements en cause quant à leur impact sur la personne et autrui. La notion de « dangerosité » apparaît donc inhérente à la définition du trouble grave du comportement. Elle pourrait impliquer que la personne est dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Cela permet de situer un concept central à cette réflexion, soit la « dangerosité ».

Dangerosité

Au sens commun, elle réfère au « caractère dangereux de quelque chose, de quelqu'un. » (Office québécois de la langue française, 2002). Il s'agit également de la « probabilité de passage à l'acte délictueux ou criminel. » (Office québécois de la langue française, 1984). Plus spécifiquement, il s'agit du « (...) risque que cette personne pose un comportement violent au cours d'une période définie, dans un contexte défini » (Côté, 2001). Pendant longtemps, la notion de dangerosité a surtout été utilisée dans le contexte judiciaire et la pensée critique sur les limites des instruments de mesures et enjeux théoriques de ce construit bien documenté (Côté, 2001). Les mises en garde quant à son usage demeurent nombreuses dans la documentation scientifique : « Aucune science humaine n'a pour objet la dangerosité en tant que telle, et aucun mode de prédiction scientifique ne permet encore d'établir un diagnostic et un pronostic exacts. » (Vallotton, 2010, p.4). Quant à lui, Milaud (1992) précise :

« La dangerosité d'une personne évoque un état dans lequel celle-ci est susceptible de commettre un acte violent envers elle-même, autrui ou l'environnement. Il est important de mentionner que la dangerosité n'est pas un état permanent, elle fluctue dans le temps et selon les circonstances, l'environnement ainsi que les facteurs de risque et de protection. »⁸

Considérant le caractère dynamique de ce concept, plusieurs variables et paramètres doivent être considérés afin d'obtenir une opinion clinique valable, partagée par tous et constructive. Qui plus est, la « dangerosité » ne s'observe pas directement, mais résulte plutôt d'une inférence, soit à une « opération par laquelle on tire d'une proposition considérée comme vraie, une autre proposition dont la vérité n'est pas directement connue. » (Office québécois de la langue française, 1973). Par exemple, affirmer qu'une personne est dangereuse en raison de comportements qui présentent un risque pour elle-même ou pour autrui. En ce sens, il s'agit d'une forme de généralisation que l'on qualifie « d'abusives ».

Dans le contexte de ce projet et de cet exemple, mais plus largement dans notre pratique, la question suivante émerge fréquemment : cette personne est-elle « dangereuse »? Inéluctablement, cette question, binaire, renvoie à d'autres questionnements relatifs à la personne elle-même, son entourage, à la réponse à ses besoins, au réseau de services, etc. Outre le risque réel de stigmatisation de la personne, il importe d'être en mesure d'objectiver à quoi on réfère lorsque l'on qualifie une personne de « dangereuse ».

Qui plus est, l'objectivité de la situation ne constitue pas l'unique aspect à considérer. En effet, la subjectivité de la perception de la personne elle-même, ses proches ainsi que du système d'intervention, revêt une importance de premier ordre. Autrement dit, la subjectivité de la perception s'avère tout aussi importante que l'objectivité de la situation. De ce fait, la notion même de « dangerosité » ne peut être considérée simplement dans l'optique de la mesurer ou encore de l'objectiver, notamment en raison du fait qu'on ne peut pas l'extraire du contexte dans lequel elle survient. Comme le rappelle Kourilsky (2014) :

« En situation difficile, les gens s'immergent tellement dans leur problème qu'ils n'ont plus le recul ni la hauteur nécessaire pour bien l'évaluer. De cette façon, ils déclenchent un "effet zoom" d'une telle puissance que certains points de vue leur échappent parce qu'ils les ont masqués. L'intervention consiste donc à créer une distanciation qui dégage des angles de vue différents, utiles à la résolution du problème. » (Kourilsky, 2014, p. 31)

Donc, évaluer « objectivement » ne suffit pas et la perception constitue une dimension déterminante à prendre en compte dans la résolution de la problématique plus globale en cause.

La perception

Dans le contexte du projet, nous avons constaté que la notion de « dangerosité » demeure un concept connoté sur le plan affectif et qu'il repose sur une compréhension variable en fonction des interlocuteurs.

« Ce que nous percevons est un reflet de notre état interne, un écho de notre état émotionnel du moment. Ce que nous percevons de l'autre résulte de

⁸ Tiré du « Guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements problématiques chez une clientèle présentant des problématiques multiples », p.2.

notre subjectivité, sélective et relative, car on ne peut isoler l'autre de soi »
(Kourilsky, 2014, p.16).

Autrement dit, ce que je perçois comme étant dangereux pourrait ne pas l'être pour une autre personne et ces perceptions soient toutes deux valables. À notre avis, affirmer qu'une personne est « dangereuse » demeure donc une interprétation réductrice qui pourrait occulter les dimensions contextuelles et expérientielles des personnes en cause dans les différents systèmes. Un des aspects dans l'évaluation de la dynamique comportementale d'une personne consiste donc à recadrer l'ensemble des données disponibles dans une perspective à la fois plus globale et plus structurée. Nous aborderons cet aspect dans la modélisation du processus proposée ultérieurement dans ce rapport.

La notion de risque

Selon l'AQESSS (2011), « le risque est un évènement potentiel ou une situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis. Ces objectifs peuvent être ceux de l'organisation, d'une direction, d'un programme, d'un service, d'une tâche à accomplir ou encore, d'un gestionnaire ou d'un employé. Par opposition à un évènement indésirable (incident ou accident) qui est lui bien concret et avéré, le risque demeure hypothétique. En d'autres termes, on ne sait pas exactement ce qui va en résulter, ni à quel moment. L'évènement appréhendé ne s'étant pas encore matérialisé, on est ici davantage dans une logique de prévention que d'intervention ». (AQESSS, 2011, p. 13)

Évolution de la notion de risque⁹

Conception du risque	Aspects considérés	Stratégie de traitement du risque	Acteurs de premier plan	Méthode
Danger plus ou moins probable	Gravité des conséquences	Éliminer les dangers	Intervenant	Contrôle
Probabilité qu'un événement cause des dommages	Gravité des conséquences Fréquence probable	Réduire la fréquence probable	Spécialiste en prévention	Analyse
Effet de l'incertitude sur l'atteinte des objectifs	Gravité des conséquences Fréquence probable Seuil de tolérance	Maitriser l'effet sur l'atteinte des objectifs en prenant de bonnes décisions	Gestionnaire Administrateur	Arbitrage

Durant la dernière décennie, la notion de « risque » a connu une évolution significative qu'il importe de situer brièvement. En effet, les contributions de la recherche ainsi que du développement des pratiques de gestion mettent en perspective une conception du risque qui est d'abord associée à la notion de danger. Le danger s'y exprime en termes de probabilité. À ce jour, la conception du risque est davantage associée sur l'effet de celui-ci sur l'atteinte des objectifs. Les principaux aspects qui y sont pris en compte afin de l'appréhender touchent la gravité des conséquences, la fréquence probable ainsi que le seuil de tolérance. Dans le contexte des comportements à caractère dangereux de la PMP, nous considérons que cette conception du risque constitue la toile de fond de cette réflexion et de ce fait, du projet SEE. En effet, les comportements problématiques de la personne doivent être adressés quant à leur effet sur l'atteinte de l'objectif principal des services à offrir, en tenant compte de :

- la gravité des conséquences de ces comportements;
- la fréquence probable et le contexte d'apparition de ces comportements;
- le seuil de tolérance des interlocuteurs en cause quant à ces comportements.

La notion de « danger » devient donc secondaire et le but ne consiste plus à l'éliminer à travers un contrôle des conduites problématiques de la PMP.

De la dangerosité aux comportements à caractère dangereux

Lorsqu'il est question de la « clientèle multiproblématique », en conjonction avec la « dangerosité », la notion de « comportement » demeure donc centrale. À cet égard, il nous apparaît plus juste de référer aux « comportements à caractère dangereux » présentés par la personne. Le caractère dangereux des comportements fait principalement référence à l'impact de ceux-ci sur :

- l'intégrité physique et psychologique de la personne et de son environnement
- son intégration sociale et communautaire
- son hébergement
- le réseau de services

⁹ Tiré de : (AQESSS, 2011)

Référer au « caractère dangereux des comportements », soit l'impact de ceux-ci, s'avère donc observable et mesurable. Il est alors possible d'identifier les types de comportements problématiques en cause ainsi que leurs impacts pour la personne et l'environnement.¹⁰ De plus, cela favorise une dépersonnalisation en différenciant la personne de ses comportements, évitant ainsi une stigmatisation : « cette personne est dangereuse ». La démarche clinique développée vise donc à mieux circonscrire les différents facteurs en cause dans le maintien des comportements à caractères dangereux, mais également d'identifier des solutions constructives et respectueuses de la personne et de l'environnement. Autrement dit, ce n'est pas la personne, mais bien ses comportements qui présentent un risque. À notre avis, référer à la notion de « dangerosité » ne s'avère donc ni souhaitable ni utile sur le plan clinique et de gestion. Cela ne correspond plus aux pratiques actuelles de gestion des risques au niveau de services dispensés dans la communauté.

Compétence et interdisciplinarité en réseaux de services intégrés

« À l'image des deux faces d'une médaille, toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective » (Le Boterf, 2000, p.17)

Cette citation reflète avec justesse notre conception de la dispensation de services à la clientèle PMP. Elle met en relief le caractère névralgique de l'interaction professionnelle dans une perspective d'efficacité et de coopération. Nous croyons qu'il s'avère essentiel de considérer les pratiques cliniques et de gestion dans une approche de pratique en réseaux intégrés de services. La pratique interdisciplinaire auprès de la clientèle PMP s'inscrit donc dans la visée d'un continuum d'expertise et de services accessibles et « inclusifs » de l'expérience patient.

« Le client est mis à contribution, il fournit les éléments nécessaires pour adapter, modifier et vérifier la pertinence des expertises proposées afin de répondre à ses besoins particuliers. » (St-Arnaud, 2003, p. 5)

Dans le contexte de ce projet, en complément à ce qui précède, nous considérons l'interdisciplinarité comme étant :

« Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches » (Hébert, 1990)

L'interdisciplinarité constitue également :

« (...) une modalité de l'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes ». (Archambault et coll., 1999, cité dans Payette, 2001, p. 24)

¹⁰ Voir le « Guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements problématiques chez une clientèle présentant des problématiques multiples ».

De plus, cette pratique implique le principe de la double compétence professionnelle, à savoir :

« La compétence disciplinaire, reliée à la maîtrise du savoir, permet d'analyser les situations et de formuler des avis professionnels; la compétence relationnelle assure quant à elle l'efficacité du travail professionnel. Le client est mis à contribution, il fournit les éléments nécessaires pour adapter, modifier et vérifier la pertinence des expertises proposées afin de répondre à ses besoins particuliers » (St-Arnaud, 2003, p. 5)

Finalement, la notion de réseau intégré de services réfère à un ensemble de programmes services « interreliés et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie » (RRSSS Estrie, 2001, cité dans Lemieux, 2003).

Modèle clinique et de gestion SEE

Le modèle clinique et de gestion proposée dans le contexte de ce projet a été développé en réponse à la problématique en cause en tenant compte principalement des aspects qui suivent :

- les données scientifiques et probantes pertinentes;
- l'expérience clinique du comité de projet, mais également des partenaires qui ont participé au projet;
- les pratiques reconnues dans les différents milieux et programmes services du CIUSSS MCQ;
- l'expérience et les succès du CEF-TC obtenus auprès de la clientèle multiproblématique depuis le début de ses activités en 2012.

Organisation du travail clinique et prise en compte de la réalité de l'autre

Dans ce projet, nous avons constaté combien il s'avère complexe, voire délicat, d'organiser le travail clinique spécialisé en tenant compte de la perspective des « autres » : programmes-services ou interlocuteurs, chacun y allant de ses repères habituels, ses zones de confort, ses propres enjeux. Sans nul doute, cela contribue aux impasses cliniques et de gestion dans la dispensation de services auprès de la clientèle PMP qui présente un risque de passage à l'acte.

Visée intégrative sur le plan clinique et de gestion auprès de la clientèle PMP

L'approche proposée dans ce modèle conjugue ce qui relève du « clinique » et de la « gestion ». Dans la réalité des défis rencontrés dans ce projet, et plus largement dans notre expérience des services publics, il s'agit de « deux mouvements d'une même danse ». Ils s'avèrent indissociables. De ce fait, ils doivent être coordonnés et rythmés. Conséquemment, cette interrelation nous apparaît directement liée à la gestion du risque, mais plus encore à l'identification de solutions constructives pour la personne en cause. Cette vision intégrative de ces deux aspects d'une même réalité peut sembler d'une « évidence évidente ». Pourtant, dans les faits, bien qu'autour de la « même » table pour le « même » client, les ponts demeurent fragiles.

Cibles du modèle

Le modèle clinique SEE repose non seulement sur l'expérience du projet pilote, mais s'inspire également de pratiques cliniques et de gestions existantes. Il ne s'agit ni d'une « recette » ni d'un processus prescriptif ou encore normatif. Dans un contexte d'impasse clinique et de gestion, il cherche principalement à :

- structurer et organiser le travail en réseau de programmes services auprès de la clientèle multiproblématique qui présente un risque de passer à l'acte;
- faciliter la communication interprofessionnelle et convenir d'une vision commune et partagée de la problématique en cause;
- dépersonnaliser le travail clinique qui ne relève plus d'un programme services, pour assumer la responsabilité collective d'adresser la problématique en cause;
- introduire la notion de gestion du risque en réseau de programmes services comme cible commune de la démarche.

Plus spécifiquement, le modèle proposé vise à soutenir le travail clinique interdisciplinaire d'une équipe composée d'acteurs de différents programmes services à travers des actions qui impliquent :

- le raisonnement et le jugement clinique
- la prise de décision
- la résolution de problèmes
- l'identification de priorités d'action et d'intervention
- l'identification de moyens d'intervention
- le suivi de la démarche clinique

Représentation visuelle du modèle

Afin de faciliter la compréhension du fonctionnement du modèle, nous proposons une représentation visuelle des principaux « concepts clés » issus du projet, tant sur le plan évaluatif, d'intervention et de gestion. Il s'agit d'une forme « hybride » entre la carte euristique, soit la représentation du modèle clinique développé *mind mapping* et la carte conceptuelle (construits cliniques), c'est-à-dire des concepts cliniques importants utilisés et de leurs principales relations. Les aspects inhérents aux actions cliniques et de gestion y sont interreliés, reflétant ainsi la réalité de la pratique quotidienne des équipes spécialisées.

Structure du modèle

Nous retrouvons quatre composantes principales identifiées par des couleurs distinctes : judiciarisation, gestion du risque en réseaux, intervention/gestion du risque, adaptative fonctionnelle. Au centre se retrouve la PMP.

Se référer à l'annexe A pour le modèle

Principes généraux du modèle :

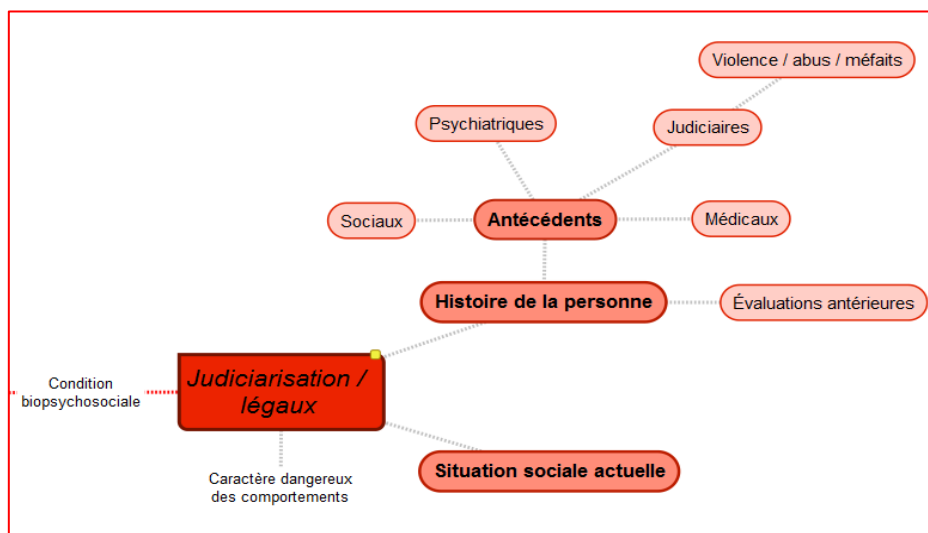
- L'impasse clinique et de gestion demeure implicite à l'utilisation de ce modèle.

- La gestion du risque en réseaux de services intégrés demeure le fondement du modèle.
- L'objectif ne consiste pas à prédire la nature du risque, mais plutôt à le comprendre et à intervenir en réseaux de services pour le réduire.
- Lorsque la situation de la personne le requiert, ce modèle peut être adapté afin de mieux répondre aux besoins de la personne.
- Bien que représentées visuellement d'une façon distincte, les dimensions du modèle s'avèrent interdépendantes.

Principes cliniques du modèle :

- La pratique interdisciplinaire/transdisciplinaire clinique et de gestion en réseaux de services intégrés constitue la prémisse de l'efficacité des services offerts à la PMP.
- En regard des composantes du modèle, aucun ordre prédéterminé ne s'avère indiqué, la réalité de chaque situation ainsi que de l'impasse clinique et de gestion en cause demeure susceptible d'orienter la priorisation des dimensions à être utilisées.
- Pour chacune des dimensions du modèle, nous devons circonscrire l'information dont nous disposons et recueillir ce qui manque.

La judiciarisation



La **condition biopsychosociale** de l'ensemble des personnes ayant participé au projet pilote impliquait une dimension judiciaire ou légale, actuelle ou antérieure. D'une manière générale, cela nous semble refléter la situation d'une proportion significative des clients PMP.

La nature des aspects **judiciaires** et **légaux** en cause demeure une composante importante dans le processus d'objectivation du **caractère dangereux des comportements**. Dans cette optique, les antécédents de violence, d'abus et de méfaits devraient faire l'objet d'un examen plus détaillé, dans la mesure où ils doivent être considérés dans l'évaluation et la gestion d'un risque de passage à l'acte.

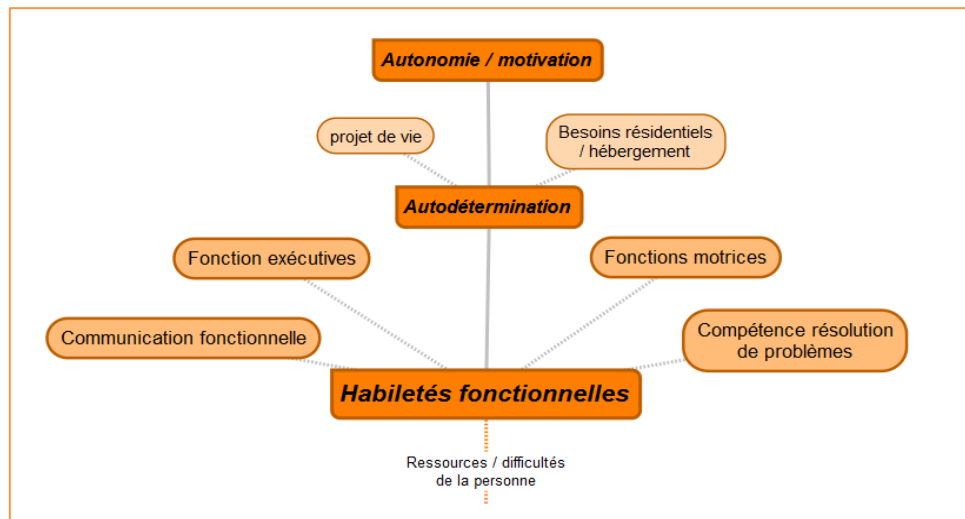
L'examen approfondi de **l'histoire de la personne**, notamment sous l'angle de ses **antécédents** sociaux, psychiatriques et judiciaires, s'avère essentiel afin de mieux comprendre la nature de la

problématique en cause. Fréquemment, le système de services dispose d'anamnèse ou encore d'histoires sociales, parfois incomplètes ou partielles. Dans la mesure où cela s'avère possible, les informations inhérentes à la petite enfance s'avèrent importantes, afin de connaître la trajectoire développementale de la personne depuis sa naissance. Les différentes évaluations antérieures constituent également des sources d'informations importantes.

La documentation de la **situation actuelle** de la personne sous l'angle des facteurs de risque et de protection permet d'évaluer et de gérer le risque, notamment sous l'angle du réseau social de soutien de la personne, de sa condition socioprofessionnelle et économique, des facteurs de stress et de sa condition de santé.

L'ensemble de ces données demeure essentiel dans l'évaluation et la gestion du risque associé à des comportements problématiques (Crocker & Grenier, 2011), notamment lorsqu'il est question de comportements violents (Côté, Crocker, Nicholls, & Seto, 2012; Webster, 1997).

L'autonomie dans les habiletés fonctionnelles



Cette composante du modèle met en relief l'importance des habiletés fonctionnelles, soit « la manière dont une personne réalise ses habitudes de vie compte tenu de son état de santé, de ses capacités, de l'environnement dans lequel elle évolue, ainsi que de ses rôles sociaux, de ses valeurs et de ses intérêts » (OEQ, 2013). Inutile de rappeler l'importance de la prise en compte de cette dimension dans la définition d'un « projet de vie » pour la PMP. Néanmoins, dans le contexte du projet SEE, nous avons constaté une « sous-évaluation » des personnes sur cet aspect de leur fonctionnement.

La composante des **habilités fonctionnelles** repose sur la prémisse que chaque PMP dispose de ressources inhérentes à la réalisation d'activités de la vie de tous les jours telles que :

- la préparation des repas;
- les courses;
- l'entretien ménager et la lessive;
- la gestion de la médication;
- la gestion financière;
- l'utilisation du téléphone;
- l'utilisation des moyens de transport;
- une activité de travail;
- l'hygiène;
- l'entretien personnel;
- l'utilisation des toilettes;
- l'habillement;
- l'alimentation;
- le sommeil;
- etc.

Ces ressources coexistent avec des difficultés qui limitent sa capacité à résoudre les problèmes associés au fait de prendre soin d'elle-même et de participer à la vie sociale et limitent l'adaptation aux exigences de la vie en communauté.

Nous avons relevé quatre éléments constitutifs prépondérants associés aux habiletés fonctionnelles de la clientèle PMP : la communication, les fonctions exécutives et motrices et les habiletés inhérentes à la résolution de problèmes. Il ne s'agit pas ici d'une conceptualisation qui prétend être exhaustive, mais bien d'aspects qui nous apparaissent essentiels. Chacun de ces éléments pourrait faire l'objet de précisions qui dépassent le cadre de ce projet pilote. Nous nous limiterons donc à présenter succinctement l'essentiel de chaque élément. Dans les faits, ces éléments s'avèrent interreliés, voire même intriqués. La représentation visuelle en des éléments constitutifs distincts vise donc à simplifier la compréhension, mais également à expliciter la pensée clinique sous-jacente.

La communication

Tant sur le plan scientifique que clinique, la relation entre les habiletés de communication de la personne et la présence de comportements problématiques demeure bien documentée. (Doughty & Anderson, 2006; Durand & Merges, 2001; L'Abbé & Morin, 2001; Morriss, Rovner, & German, 1995). La **communication** est qualifiée de **fonctionnelle** « lorsque la personne réalise des fonctions langagières simples en situation réelle de vie courante et que le contexte n'est pas simplifié ». ¹¹ Cela implique la compréhension de l'autre, mais également le fait d'être compris.

Les fonctions exécutives

La relation entre la présence de comportements problématiques et les fonctions exécutives s'avère bien documentée sur le plan scientifique (Clark, Prior, & Kinsella, 2002; Hippolyte, Van der Linden, & Barisnikov, 2010; Van Nieuwenhuijzen et coll., 2015; Woltering, Lishak, Hodgson, Granic, & Zelazo, 2016). Les **fonctions exécutives** regroupent les « habiletés cognitives qui nous permettent de contrôler et réguler nos pensées, nos émotions et nos actions face aux conflits ou à des distractions » (CEDJE, 2013). Dans le contexte de la vie quotidienne, elles jouent un rôle déterminant dans la dynamique comportementale de la PMP. Il s'agit d'un « ensemble de fonctions qui est souvent comparé à un contremaitre ou à un chef d'orchestre dont l'objectif est de coordonner efficacement les autres fonctions cognitives » (AQNP, 2015). Pour la personne, cela implique notamment les processus cognitifs qui suivent :

¹¹ Immigration Diversité et Inclusion Québec, récupéré à <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/partenaires/partenaires-francisation/index.html>

L'organisation et la planification	La « capacité à utiliser des stratégies efficaces, établir des priorités, anticiper et prévoir les étapes d'une tâche. »
L'inhibition	La « capacité à résister aux distractions ou à inhiber une réponse attendue ou un commentaire qui nous traverse l'esprit. Cette capacité est souvent comparée à un filtre ou un frein. »
Le jugement	La « capacité à évaluer la meilleure alternative face à un problème en fonction des buts à atteindre, des valeurs et des règles sociales. Ceci permet de prendre des décisions appropriées et d'adopter des comportements adaptés aux situations. »
La flexibilité mentale	La « capacité à s'adapter à la nouveauté et aux changements. »
L'autocritique	La « capacité à évaluer convenablement ses propres capacités et comportements et à être conscient de ses forces et ses difficultés. »
(AQNP, 2015)	

Les fonctions motrices

« Les fonctions motrices désignent les différentes structures qui participent à la mise en mouvement d'une partie du corps ainsi qu'au contrôle et à la régulation de ce mouvement » (Journal des femmes : santé médecine, 2014). Plus spécifiquement, cela réfère aux manifestations observables que la PMP réalise pour se déplacer ou pour déplacer un objet. Donc, à sa plus simple expression, cela réfère à la réalisation d'un mouvement dans un but précis. À titre d'exemple, la présence d'une dyspraxie ou encore un trouble d'acquisition de la coordination peut être lié à des difficultés de réalisation d'une tâche et avoir des incidences dans plusieurs sphères de la vie de la PMP. D'autres troubles, par exemple sur le plan de l'attention, de la mémoire des fonctions exécutives ou encore visuoperceptives, peuvent également se présenter en comorbidité et influencer sur les habiletés fonctionnelles de la PMP et contribuer à ses difficultés.

Les compétences associées à la résolution de problèmes

La capacité de résolution de problèmes de la personne constitue une variable importante à considérer lorsqu'il y a présence de comportements problématiques (Chang, 2015; Grover et coll., 2009; Ireland, 2001; Snell et coll., 2014). Selon Greene (2010), la présence de comportements problématiques découlerait d'un déficit des **compétences** associées à la **résolution de problèmes**. Il propose différents problèmes non résolus qui seraient associés à des comportements problématiques tels que :

- « Difficulté à effectuer des transitions, à passer d'un état d'esprit à un autre ou d'une tâche à une autre;
- Difficulté à faire les choses dans un ordre logique ou prédéterminé;
- Difficulté à persévérer face à des tâches difficiles ou rébarbatives;
- Mauvaise gestion du temps;
- Difficulté à réfléchir simultanément sur des pensées ou idées multiples;
- Difficulté à maintenir sa concentration;
- Difficulté à considérer l'aboutissement probable ou les conséquences d'actes (impulsifs);
- Difficulté à considérer un éventail de solutions face à un problème;
- Difficulté à exprimer des préoccupations, des besoins, ou des pensées avec des mots;
- Difficulté à comprendre ce qui est en train d'être dit;

- Difficulté à gérer une réponse émotionnelle face à la frustration et à penser de façon rationnelle;
- Irritabilité chronique et/ou anxiété qui interfèrent de façon significative avec la capacité à résoudre les problèmes ou augmentent la frustration;
- Difficulté à “lire entre les lignes”/réflexion concrète, littérale et en “noir et blanc”;
- Difficulté à s'éloigner des règles, de la routine;
- Difficulté à faire face à l'imprévu, l'ambiguïté, l'incertitude, la nouveauté ».

(Greene, 2010 a, 2010 b, 2016)

Il considère les comportements problématiques sous l'angle d'un « retard développemental comme les autres » (Greene et coll., 2002; Greene, 2008, 2010 b; Greene & Ablon, 2005; Greene, Ablon, & Goring, 2003; Greene et coll., 2004). Cette conceptualisation des compétences associées à la résolution de problèmes repose sur un paradigme qui nous apparait fort à propos : « les personnes PMP à risque de passage à l'acte se comportent adéquatement lorsqu'elles le peuvent » (traduction et adaptation libre de (Greene, 2010a, 2010 b). Autrement dit, lorsqu'elles disposent des compétences associées aux problèmes quotidiens rencontrés, le risque associé au caractère dangereux de leurs comportements diminue. Greene propose d'aborder les comportements difficiles à gérer dans une perspective coopérative (Greene, 2011), qui vise l'enseignement de « nouvelles stratégies » pour la personne.

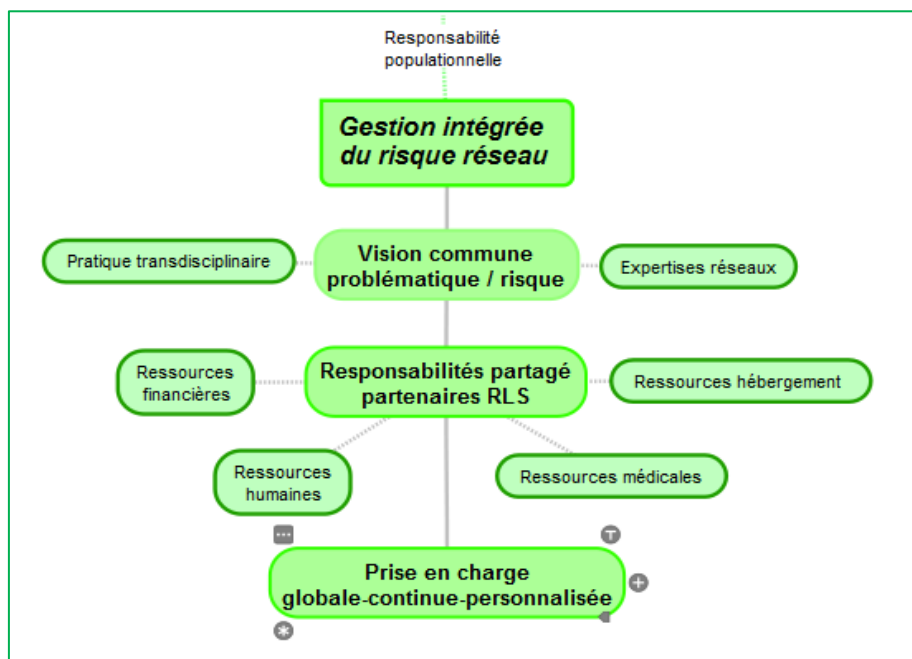
L'autodétermination

L'**autodétermination** réfère à la croyance que « toute personne a le droit de faire des choix et de prendre des décisions pour exercer du contrôle sur sa vie » (Lachapelle, 2010) et augmenter son sentiment de bien-être (Vansteenkiste, 2013; Wehmeyer & Abery, 2013). La relation entre l'autodétermination et la résolution de problèmes de la vie quotidienne (Deci & Ryan, 2002), l'autonomie (Hyojeong-Seo, Wehmeyer, Palmer, & Little, 2015; Wehmeyer, 2003), la motivation (Corrigan, 2015) et la présence de comportements problématiques (Hyojeong-Seo et coll., 2015; Kelly & Shogren, 2014; Van Petegem, Soenens, Vansteenkiste, & Beyers, 2015; Vansteenkiste, 2013) ont fait l'objet de nombreuses études et les relations entre ces construits sont documentées. L'autodétermination est également associée à la prévention ainsi qu'à la gestion des troubles graves du comportement (Caissy, Gagné, Maheux, Gauthier & Gendreau, 2012).

La composante du **développement de l'autonomie** met l'accent non pas sur une recherche causale des limites, mais plutôt sur une évaluation en contexte qui vise à soutenir l'adaptation de la personne, qui tient compte de ses forces et propose des alternatives à ses limites fonctionnelles. Elle cherche à placer la personne au centre de la définition de son « **projet de vie** », en utilisant et développant ses « habiletés et aptitudes (...) lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus » (Wehmeyer & Lachapelle, 2006, p. 69)

Pour la clientèle multiproblématique, les échecs sur le plan adaptatif en lien avec l'autonomie fonctionnelle sont fréquents et, conséquemment, leur **motivation** demeure susceptible d'en être affectée. Cela fait notamment en sorte qu'il s'avère plus difficile de bien définir leur **projet de vie**, notamment sur le plan de l'identification des **besoins résidentiels** ou **d'hébergement**, dans une perspective d'associer la personne aux décisions qui la concerne. Sur cet aspect, nous avons constaté que les systèmes de services, dans leur ouverture à inclure activement à la personne, constituent une variable importante de « l'équation de la mobilisation » de la personne.

La gestion intégrée du risque en réseau de services



Depuis plusieurs années, le principe de la **responsabilité populationnelle** revêt une importance considérable dans la gestion des services à la population. Cette approche :

« ... poursuit l'objectif d'**agir plus efficacement et autrement pour améliorer la santé et le bien-être de la population**. Elle vise à susciter des changements dans la manière de planifier et de dispenser les services sociaux et de santé à l'échelle locale. Sachant que les ressources du système de santé sont limitées et que les besoins de la population en termes de services sont croissants, les CSSS doivent mettre en place des actions pour agir en amont des problèmes de santé » (IPCDP, 2016).

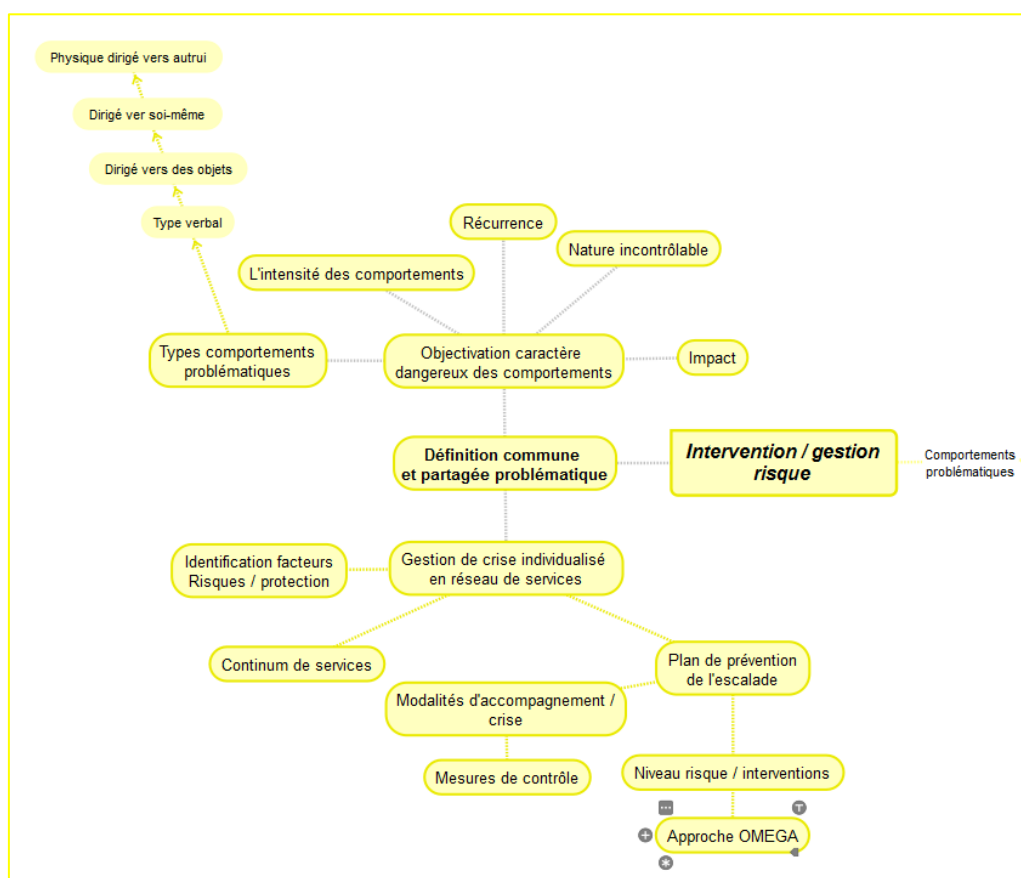
L'approche populationnelle renforce l'importance du travail en réseau de services intégrés à travers la gestion des risques associés au caractère dangereux de la problématique comportementale de la PMP. On peut définir le risque comme étant un « événement potentiel ou une situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis. Par opposition à un événement indésirable (incident ou accident) qui lui est bien concret et avéré, le risque demeure hypothétique. L'évènement appréhendé ne s'étant pas encore matérialisé, on est ici davantage dans une logique de prévention que d'intervention » (AQESSS, 2011). À priori, la **gestion intégrée en réseau de services** repose sur une vision **commune de la problématique et des risques** qui y sont associés. En cela nous rejoignons la pensée inhérente au « processus de gestion intégrée des risques selon ISO 31000:2009, tiré du guide de la gestion intégrée des risques » (AQESSS, 2011). Nous ne reprendrons pas ici les différentes étapes qui y sont proposées, toutefois plusieurs aspects nous apparaissent sous-jacents à ce modèle. En effet, soulignons que le fondement de la gestion intégrée en réseau ne vise pas à « éliminer » les comportements à caractère dangereux, mais plutôt à intervenir dans le but de circonscrire les risques qui y sont associés.

Pour ce faire, les gestionnaires doivent rendre disponible **l'expertise existante dans le réseau de services**. Cela va de soi. Néanmoins, nous avons constaté un « réflexe protectionniste » de certains milieux qui souhaitent conserver l'expertise aux fins de leur programme services, plutôt que de le mettre à la disposition du réseau. Il s'agit là d'un écueil réel à une **gestion intégrée du risque-réseau**.

Cette mise en commun de l'expertise à travers les ressources humaines devrait être considérée comme étant étroitement liée aux autres ressources : financières, matérielles, médicales et d'hébergement. L'approche préconisée propose donc de dépasser un cloisonnement entre les disciplines, les programmes services et les ressources requises, dans l'optique d'une responsabilité partagée entre les partenaires des réseaux locaux de services.

Nous croyons qu'une **prise en charge globale continue personnalisée** de la PMP dans une visée de gestion intégrée du risque-réseau constitue une approche innovante et liée au développement de SHHS. En effet, rappelons que ce service d'hébergement devrait être complémentaire, temporaire et s'inscrire dans une perspective globale de services à la PMP, dans son milieu de vie, sans quoi son efficacité sera compromise.

Intervenir pour gérer le risque



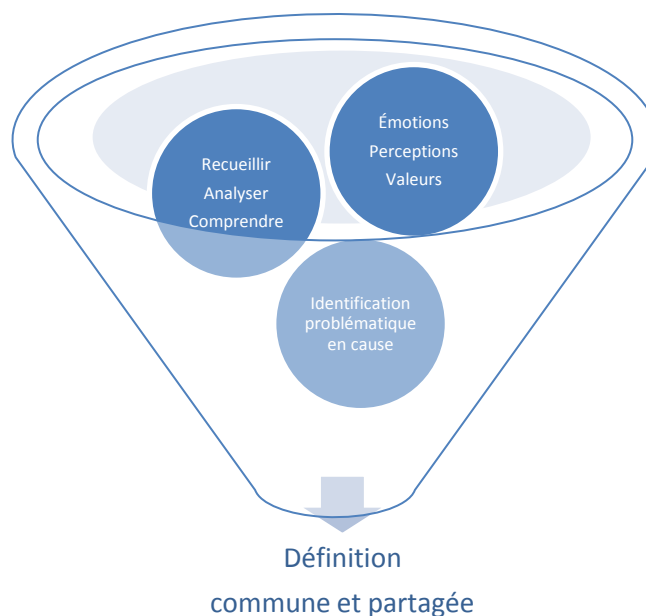
Cet axe du modèle propose la mise en place de modalités de gestion du risque associé aux comportements à caractère dangereux présenté par la PMP. L'efficacité repose sur la conjonction des aspects administratifs et cliniques. La gestion et l'intervention y sont donc considérées comme étant liées par leur visée de réduire le risque associé à la dynamique comportementale de la personne. Dans le contexte du projet, nous avons constaté que les interlocuteurs réunis autour de la même table ont leur « propre impératif ». Dans un tel contexte, il s'avère difficile de s'engager dans un échange qui conjugue à la fois sa propre perspective, tout en tenant compte de celle de l'autre.

Dans cette optique, nous proposons d'abord d'inviter chacun à exprimer des considérations de nature *émotionnelle*, des *perceptions* ou *valeurs* associées à la rencontre ou encore à l'objet de la démarche. Il s'agit de mettre en commun plusieurs informations et points de vue, parfois divergents. Autrement dit, il s'agit d'inclure les enjeux de tous et d'en tenir compte, dans un processus d'appropriation collectif. À notre avis, cette étape s'avère essentielle afin de permettre aux

personnes de se « rendre disponible » à identifier et préciser la nature de la problématique en cause. Nous avons constaté une propension des acteurs impliqués auprès des PMP à rapidement identifier et mettre en œuvre des moyens, certes intéressants, mais qui ne sont pas forcément en lien avec la problématique.

Problèmes et problématique en cause

À ce stade-ci, il importe donc d'identifier clairement et de partager les questions qui se posent, les difficultés à résoudre, qu'elles soient d'ordre clinique, de gestion, technique, financière, organisationnelle, légal ou autre. En guise de « synthèse compréhensive et opérationnelle », l'ensemble des problèmes identifiés devrait par la suite être regroupé en un tout cohérent, global et signifiant pour l'ensemble des acteurs. La pensée clinique et de gestion qui en résulte constitue, en quelque sorte, la problématique sous-jacente de l'impasse rencontrée.



Recueillir, organiser et analyser l'information

La seconde étape vise à recueillir l'information disponible sous différents angles : est-elle complète, valable, pertinente, compréhensible, etc.? Par la suite, il s'agit d'organiser l'information retenue dans un tout cohérent et structuré. S'en suit l'analyse de l'information dans une perspective d'adresser la problématique en cause ainsi que des corollaires. Dans le contexte du projet, nous avons constaté que plusieurs méthodologies sont utilisées par les partenaires réseau dans l'optique de soutenir ce processus : l'analyse fonctionnelle, appliquée, multimodale, le processus de résolution de problème, etc. Fondamentalement, nous considérons que ces méthodes partagent plusieurs aspects théoriques et qu'elles s'avèrent toutes pertinentes et appropriées. Nous suggérons de travailler avec la compétence développée par les partenaires réseau, et ce, peu importe le nom de la méthode que cela peut impliquer. Nous avons réalisé que ces approches présentent un dénominateur commun, soit la notion de « fonction d'un comportement ». L'identification de la fonction vise à déterminer ce que la personne cherche à obtenir et éviter à travers le comportement problématique.¹²

O'Neill, 2008, propose cinq objectifs principaux inhérents à l'analyse fonctionnelle comportementale, à savoir :

¹² Pour des informations exhaustives sur l'analyse fonctionnelle, voir : (Neill, 2008; O'Neill, 2008).

1. Décrire clairement les comportements problématiques, y compris les classes ou les séquences de comportements qui surviennent fréquemment ensemble.
2. Identifier les événements, horaires et situations qui prédisent le moment où le comportement problématique se produira ou non, dans le déroulement de la journée.
3. Reconnaître les conséquences qui maintiennent les comportements problématiques (c'est-à-dire, quelles sont les fonctions que ces comportements semblent remplir pour cette personne).
4. Mettre par écrit une ou plusieurs hypothèses qui décrivent des comportements précis, un genre de situation précise où ils apparaissent, et les résultats ou les renforçateurs qui les maintiennent.
5. Recueillir des données d'observation directe qui valident ces hypothèses.¹³

Cette approche nous apparaît compatible avec l'ensemble des situations inhérentes au projet pilote, mais également avec les pratiques cliniques probantes.

Vers une définition commune et partagée de la problématique

La *définition commune et partagée de la problématique* implique deux aspects principaux, à savoir : l'objectivation du caractère dangereux des comportements de la personne ainsi que l'élaboration d'une planification de gestion de crise individualisée.

L'objectivation du caractère dangereux des comportements

L'objectivation du caractère dangereux des comportements de la PMP s'avère essentielle dans une perspective des « clés » de compréhension, d'intervention et de concertation. Afin de documenter ces comportements, différentes approches ou instruments demeurent valables. Néanmoins, nous suggérons l'utilisation d'un outil issu de l'expertise de la région, le *Guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements problématiques chez une clientèle présentant des problématiques multiples*.¹⁴ Cet instrument est connu et utilisé dans plusieurs milieux et s'avère relativement simple d'utilisation. Il s'agit à la fois d'un guide quant à la démarche à effectuer ainsi que de « repères » d'évaluation. Les paramètres principaux qui y sont proposés sont :

¹³ Voir page 21.

¹⁴ Pour des informations à l'utilisation du guide et comment se le procurer gratuitement, voir : <http://www.crditedmcq.qc.ca/fr/outils/videotheque.asp?cat=1&id=32>

Guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements problématiques chez une clientèle présentant des problématiques multiples

(1) Identifier les comportements problématiques	<ul style="list-style-type: none"> • verbaux; • dirigés vers les objets; • dirigés vers personne; • dirigés vers autrui.
(2) Identifier la gravité des impacts qu'engendrent les comportements problématiques	<ul style="list-style-type: none"> • l'intégrité physique; • l'intégrité psychologique; • les relations et l'intégration sociale et communautaire; • les services; • l'encadrement.
(3) Procéder à l'analyse écosystémique en considérant les facteurs de risque et de protection associés à l'histoire de la personne, ses antécédents et sa situation actuelle.	Dimensions en causes : <ul style="list-style-type: none"> • sociodémographique; • individuelle; • historique; • situationnelle; • psychosociale; • contextuelle; • clinique et diagnostic.
(4) Synthétiser les données recueillies et planifier les suites	

Établir une gestion de crise individualisée en réseau de services

Intervenir pour gérer le risque implique d'abord d'objectiver le caractère dangereux des comportements de la PMP. Par la suite, le modèle propose de convenir de l'approche à préconiser dans la gestion de crise pour la personne en cause, ce qui implique une planification « sur mesure » en tenant compte de la problématique de la personne, mais également du réseau de services en place ou encore devant être déployé. D'une façon générale, nous croyons que trop souvent les gestions de crise auprès de la PMP ne tiennent pas compte de l'approche de complémentarité en réseau des programmes services. L'approche préconisée s'articule donc autour de la perspective d'une intégration de services qui vise notamment à :

- maintenir l'engagement et l'implication des partenaires réseaux, incluant les milieux hospitaliers;
- rendre disponible l'expertise régionale dans les différents programmes services;
- accroître l'efficacité des interventions auprès des PMP;
- accroître et développer l'intervention visant la gestion de crise dans la communauté en complémentarité avec les ressources institutionnelles;
- éviter les bris de services auprès des PMP;
- accroître l'efficacité des ressources disponibles, notamment sur le plan financier.

Identification des facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque réfèrent aux caractéristiques d'une personne ou aspects de son mode de vie ou de son environnement pouvant être associés à une augmentation de la probabilité de manifester des comportements à caractère dangereux¹⁵. Les facteurs de protection constituent des facteurs

¹⁵ Adaptation libre : Office québécois de la langue française.

dont la présence diminue le risque de la manifestation de ces comportements¹⁶. Plusieurs facteurs peuvent être associés à une augmentation ou encore une réduction du risque de comportement à caractère dangereux chez la PMP :

- les capacités intellectuelles;
- les habiletés de communication;
- la condition socioéconomique;
- la scolarisation;
- l'adéquation des soins et des services reçus;
- la dynamique familiale;
- les capacités parentales;
- l'histoire développementale;
- les antécédents;
- le niveau de stabilité du réseau social;
- le niveau de soutien familial;
- le milieu de vie répondant ou non aux besoins de la personne (hébergement, requis de services, encadrement);
- les facteurs liés au contexte;
- l'environnement;
- les facteurs de stress;
- l'état de santé mentale et physique;
- les aspects neurologiques et sensoriels;
- la capacité d'autocritique;
- la capacité d'autogestion des émotions et d'adaptation;
- l'adhésion aux soins,
- Etc.¹⁷

Cette liste de facteurs ne prétend pas être complète ni ajustée à chacune des situations. Il s'avère opportun d'identifier les éléments en cause propres à chaque PMP.

Élaboration d'un plan de gestion de crise en réseau de services

Un des aspects central de la gestion de crise individualisée en réseau de services consiste à réaliser un plan de prévention de l'escalade comportementale. Pour ce faire, différentes approches peuvent être utilisées. La visée principale consiste à accompagner la personne en crise dans une optique de pacification et, ultimement, de résolution de la crise. Il importe de centrer la démarche dans une perspective d'évaluation du risque à court terme relativement à l'intervention auprès de la personne qui présente des comportements à caractère dangereux. Ce processus s'appuie sur la cohésion ainsi qu'un partage de responsabilités entre les partenaires dans le continuum de services.

À cet égard, une approche telle qu'« OMÉGA », préconisée par l'ASSTSAS,¹⁸ présente des bases conceptuelles et d'interventions probantes lorsqu'il est question de comportements problématiques de type hétéro agressifs. Elle vise à « développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité » (ASSTSAS, 2014). Il s'agit donc d'une approche pratique d'accompagnement de la crise qui s'inscrit dans la logique d'intervenir d'une façon organisée et convenue qui tient compte du contexte : unité de soin, urgence hospitalière, RI, communauté,

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Voir le « *Guide d'objectivation du caractère dangereux des comportements problématiques chez une clientèle présentant des problématiques multiples* ».

¹⁸ L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).

famille. La notion de réseau de services prend ici tout son sens en raison du fait que, la plupart du temps, différents partenaires sont impliqués auprès de la PMP.

Modalités d'accompagnement de la crise

Lorsque la situation le requiert, le risque associé aux comportements à caractère dangereux de la PMP peut nécessiter l'utilisation de mesures de contrôle. Dans les faits, il s'agit d'une mesure de dernier recours. L'utilisation de telles mesures représente un défi considérable dans les modalités d'accompagnement de la crise. L'intervention en réseau de services prend tout son sens, puisqu'une approche plus globale de la condition biopsychosociale de la PMP s'avère nécessaire afin d'éviter la répétition des portes tournantes « communauté-urgence hospitalière-communauté ». Qui plus est, la gestion du risque s'avère directement liée à une réponse adéquate aux besoins de la personne le plus près possible de sa communauté, de son milieu d'appartenance. À notre avis, le recours ultime à des mesures de contrôle doit être considéré comme une modalité d'intervention temporaire, et non une fin en soi. Sans une gestion rigoureuse et concertée de la crise en réseau de service intégré, le recours aux mesures de contrôles présente des limites et augmente le risque, tant pour la personne que pour le réseau lui-même.

Constats

Dans ce projet, nous avons examiné la problématique inhérente à la mise en place de la 4^e mesure prévue aux orientations régionales, soit le service d'évaluation externe. Dans cette perspective, nous avons conçu et expérimenté un modèle de travail interdisciplinaire en réseaux (1^{re}, 2^e et 3^e ligne) qui intègre l'évaluation, l'intervention, l'enseignement pratique et le soutien-conseil pour la clientèle dite multiproblématique qui présente un risque de passage à l'acte jugé élevé, de type auto ou hétéro agressif. Le modèle retenu doit être applicable à la clientèle adulte qui présente des besoins similaires et vivant une situation de transition.

À partir de l'expérience du projet CEF-SEE et des pratiques cliniques reconnues, nous avons formulé certaines conclusions et recommandations sous forme de constats. Ceux-ci tiennent compte des principaux résultats et découlants de ce projet, à savoir :

- Les opportunités quant à un changement de paradigmes.
- Le leadership, la volonté et l'engagement des décideurs régionaux.
- Le SHHS dans le contexte d'un réseau de services.
- L'organisation des services à la PMP.

Opportunités de changements de paradigmes

Une région compétente et autoportante

De l'expert à l'expertise régionale en réseau de services

Il s'avère important de reconnaître la présence d'un haut niveau d'expertise dans le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec relativement à la clientèle multiproblématique. Nous avons constaté que la région dispose de « nombreux experts » qu'il importe de mettre en réseau de services intégrés. Autrement dit, la connaissance scientifique et clinique est présente, mais ne dépasse généralement pas la « frontière » du programme services d'où elle provient. Nous paraphraserons ici le proverbe populaire : « cela prend un village d'expertise pour prendre soin d'une PMP qui présente un risque de passage à l'acte ».

L'autoportance de la région ou la mise en réseau de la compétence spécialisée

Il importe de poursuivre le développement d'une culture d'autoportance du CIUSSS MCQ dans la réponse adaptée aux besoins des PMP. Pour ce faire, la valorisation et le soutien du travail en réseau de services intégrés demeurent une pierre angulaire.

Adopter une perspective globale en réseau de services

Nous croyons qu'il est essentiel d'adopter une perspective globale en réseaux de services dans la compréhension et la gestion des risques associés aux besoins complexes et multidimensionnels de la clientèle dite multiproblématique. Cela s'avère particulièrement important lorsqu'il est question d'envisager le type d'hébergement requis, qu'il soit de type « sécuritaire » ou encore dans la communauté. Pour ce faire, certaines cibles nous apparaissent déterminantes quant à la qualité et l'efficacité des services offerts, notamment de :

- Considérer l'ensemble des aspects biopsychosociaux relatifs au fonctionnement de la PMP plutôt qu'une seule dimension, par exemple médicale.
- Cesser la compartimentation « travail en silos », trop fréquente et coûteuse, des services offerts aux PMP.

- Dépasser la « sursimplification » de la problématique d'hébergement des PMP en deux polarités : un hébergement sécuritaire ou non. La réalité est beaucoup plus complexe, comme nous le savons tous.
- Mettre en place une « complémentarité » ainsi qu'une « ouverture-collaboration-partage » des ressources d'hébergement, et ce, peu importe le continuum de services, pouvant répondre à l'évolution de la condition et des besoins de la PMP dans le temps.

Vers une culture organisationnelle du travail en réseau de services intégrés auprès des PMP

Le développement d'une culture de travail en réseau de services intégrés s'avère une des pierres angulaires de l'efficacité des services offerts à la PMP. Le but de ce projet ne consiste pas à proposer des cibles opérationnelles pour y arriver. Néanmoins, ce projet a permis d'identifier quelques repères en ce qui a trait au développement d'une telle culture. Nous les présenterons brièvement ici et laissons le soin au lecteur de les inscrire dans une perspective organisationnelle plus globale :

- Reconnaître et valoriser la compétence régionale clinique et de gestion auprès de la clientèle multiproblématique.
- Reconnaître et soutenir le potentiel d'autoportance régionale en matière de services auprès de la clientèle multiproblématique.
- Mobiliser et engager le personnel qualifié et spécialisé à contribuer à solutionner les impasses pour la clientèle multiproblématique. Mettre en place des conditions facilitant l'implication des ressources humaines spécialisées, compétentes et reconnues auprès de la clientèle multiproblématique.
- Adapter les services spécialisés à la clientèle et non l'inverse.

Faire preuve de créativité dans l'identification de solutions

Nous avons constaté que la formulation des « impasses cliniques et de gestion » rencontrée dans le projet, mais plus largement dans notre pratique, repose fréquemment sur un même paradigme : la solution est dans le béton ou encore la solution est à l'extérieur de mon service (pressions, contraintes diverses, conceptuelles traditionnelles de la gestion, etc.) ou encore de la région. Nous avons constaté qu'il s'agit de modes de pensées fortement ancrés qui pourraient tirer leur origine de diverses sources : le sentiment d'impuissance, le travail en silo, une culture de travail en réseau de services insuffisant, une implication de la problématique en cause ou encore une « déresponsabilisation passive », c'est-à-dire où l'énergie est dirigée vers la perception du problème et non l'identification de solutions plus créatives et constructives à l'intérieur du « possible » dans notre région en utilisant les compétences du milieu.

Le risque et la gestion du risque

Le risque individuel s'inscrit dans une perspective systémique plus globale

Les prémisses théoriques et d'interventions de l'approche systémique occupent une place importante dans la sphère psychosociale. Les constats issus de ce projet s'inscrivent dans la continuité de cette approche, notamment en soutenant l'idée que la problématique de la PMP doit être considérée dans le contexte plus global des systèmes dans lequel il gravite : famille, municipalité, réseau de services publics, etc. Une réponse inadéquate, partielle ou incohérente à ses besoins entraîne un effet sur les systèmes et contribue aux impasses de services, mais a également un effet sur l'augmentation des coûts.

L'augmentation du risque ou de sa perception renforce les impasses

D'une façon générale et implicite, nous avons observé que, plus le risque augmente, plus les systèmes d'intervention ont tendance à préconiser une approche analytique¹⁹, qui contribue à renforcer les impasses cliniques et de gestion. À titre d'illustration, nous avons constaté que les participants au projet ont bénéficié de multiples évaluations sur les dimensions biopsychosociales inhérentes à leur fonctionnement. Leur condition s'est avérée bien documentée. Lorsque se manifestent des comportements à risque, la tendance « naturelle » semble être de souhaiter réévaluer la personne en estimant qu'il y a bien une cause qui nous échappe. Règle générale, lorsqu'elle survient (nouvelle évaluation), elle confirme les précédentes et n'apporte pas de solutions nouvelles. Pendant ce temps, la situation de la PMP évolue.

Le risque s'avère lié à la qualité et à l'efficacité de la réponse

Dans ce projet, nous avons constaté que les clients dits multiproblématiques qui présentent un risque élevé de passage à l'acte ont plus ou moins trouvé une « réponse ajustée à leurs besoins dans le réseau des services publics ». À notre avis, nous pouvons lier l'augmentation du risque associé aux comportements problématiques à la « qualité » de la réponse à leurs besoins, mais également l'augmentation des coûts associés aux situations qui se sont « détériorées dans le temps ». Bien que ce constat semble relativement « simple », il prend tout son sens lorsqu'on observe le fonctionnement du réseau en regard des PMP dans une perspective plus métasystémique.

La pratique clinique interdisciplinaire

Transition biopsychosociale de la clientèle dite multiproblématique

Dans le contexte du projet, nous avons réalisé que la notion de « transition » des PMP doit être considérée dans son sens large et non uniquement dans une perspective développementale : de l'adolescence à l'âge adulte ou encore d'un changement sur le plan de l'hébergement. La transition réfère aux changements significatifs pour la personne sur le plan biologique, psychologique ou social. Pour cette clientèle, la perspective d'une transition biopsychosociale permet de mieux cibler à la fois globalement et spécifiquement les facteurs associés aux problématiques sur les plans adaptatif et comportemental.

¹⁹ « L'approche analytique » dans le texte ne fait pas référence aux approches d'intervention en psychologie de type psychodynamique ou psychanalytique.

Facteurs associés à la transition biopsychosociale de la clientèle dite multiproblématique

Facteur	Histoire de la PMP	Condition actuelle	Pronostic
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Chronicité de la condition • Complexité diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> • Sévérité de la symptomatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Risques de complications
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Limitations adaptatives • Dysfonctionnement sur le plan psychiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance au traitement • Persistance des symptômes psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Risques associés à la santé mentale
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Contraintes dans l'intégration sociale • Dysfonctionnement social 	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité du lieu de résidence • Appauvrissement du réseau de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnérabilité psychosociale
Soin de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Intensité du traitement ou du recours aux services médicaux • L'expérience patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux services • L'organisation des soins offerts entre les programmes services 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination entre les programmes services

Tiré de : (de Jonge, Huyse, Slaets, Söllner, & Stiefel, 2005)

Cette prise en compte de la PMP sur un plan biopsychosocial facilite à la fois les processus cliniques et de gestion, tant au niveau de l'évaluation que de la mise en place de services. Cela contribue notamment à objectiver les facteurs de risque et de protection en relation avec la gestion de crise individualisée en réseau de services.

Au-delà de la symptomatologie

Au-delà de la symptomatologie liée aux comorbidités que présentent les PMP, il importe d'objectiver « les questions relatives au risque potentiel que représentait la personne pour soi ou les autres » (Croker & Grenier, 2011, p. 5) et de camper le tout dans le contexte d'une réponse globale ajustée aux besoins de la personne. Dans cette optique, nous croyons qu'il importe d'éviter de fragmenter le client en dissociant arbitrairement la problématique en cause en ses composantes diagnostiques, d'âge ou encore de mandat des partenaires impliqués. Pour ce faire, nous réitérons l'importance d'adopter une perspective globale du fonctionnement de l'utilisateur. Nous pensons également que les processus de gestion et d'intervention devraient viser une coadaptation-personne-milieu de vie plutôt que de « surévaluer » les composantes du fonctionnement interne de la personne. Nous en convenons tous, l'intervention auprès des PMP présente une plus grande complexité qu'une addition de symptômes.

Importance de considérer les ressources de la personne dans une perspective d'autodétermination

« Toutes les formes d'évaluation du risque semblent avoir en commun certains problèmes et déficiences. Elles tendent à mettre l'accent sur les facteurs associés à un risque accru, à des caractéristiques ou à des traits négatifs par nature, plutôt que sur les forces personnelles, les ressources ou les "facteurs tampons". Une évaluation du risque exhaustive conçue pour aider au développement de forces d'intervention doit prendre en compte de tels traits positifs » (Hart et coll., 2003, p. 6., cité dans Croker & Grenier, 2011, p. 27). Dans cette optique, un processus évaluatif

interdisciplinaire qui ne tient pas compte des forces de la personne pourrait avoir tendance à surévaluer le risque et occulter les ressources de la PMP comme levier de changement et d'adaptation. Qui plus est, considérer les forces de la PMP pourrait contribuer à réduire une possible dépendance aux systèmes de services. L'autodétermination devient à la fois un principe et un fondement qui soutient la motivation intrinsèque, l'autonomie ainsi que le développement de la compétence de la PMP (Deci & Ryan, 2002). Cela implique également que la PMP soit impliquée et au centre du continuum de services offerts et non accessoires à celui-ci.

Leadership, volonté et engagement des décideurs régionaux

Nous avons constaté qu'un leadership précurseur et rassembleur²⁰ existe dans la région au niveau des services offerts aux PMP. Considérant le fait que le développement des services et de l'expertise implique la poursuite du changement, notamment de culture, la volonté et l'engagement de tous les décideurs s'avèrent essentiels. La mobilisation de notre « région compétente » passe par la reconnaissance de la pertinence de poursuivre la réflexion et le développement de l'expertise que nous détenons.

Le SHHS dans le contexte d'un réseau de services

Le SHHS ne constitue pas une solution unique pour la PMP

À notre avis, l'hébergement sécuritaire ne constitue pas un but ou encore un objectif à atteindre, mais un moyen disponible dans la perspective d'adresser des solutions concrètes et intégrées dans un continuum de services. À cet égard, l'hébergement sécuritaire de la PMP ne peut être développé indépendamment d'une réponse globale en réseau de services à ses besoins ainsi qu'à sa condition. Si tel n'était pas le cas, nous anticipons que les problématiques ayant conduit au projet se maintiendront, voire qu'elles pourraient conduire à une réémergence de situations conflictuelles entre les programmes services au détriment d'une réponse ajustée aux PMP. Inutile de rappeler l'effet qu'aurait cette « marche arrière » sur l'efficacité, tant sur le plan des ressources que des résultats. L'hébergement sécuritaire constitue donc une partie de la solution à un problème plus global lié au réseau de services.

Opportunités et limites d'un hébergement sécuritaire

Nous pensons que la présence d'un SHHS s'avère pertinente et correspond à un besoin régional réel. Toutefois, à notre avis, la valeur ajoutée d'un hébergement sécuritaire repose non pas uniquement sur une installation physique, mais davantage sur une gestion intégrée du risque en réseau de services et d'une expertise clinique de pointe. La solution ne réside donc pas dans un lieu physique qui répondra aux besoins de tous, enfants comme adultes. L'hébergement sécuritaire ne devrait donc pas entraîner un déplacement du problème d'engorgement actuel des ressources institutionnelles vers un autre lieu physique.

Manque de ressources résidentielles postsécuritaire

La région dispose d'un « parc résidentiel » composé majoritairement de ressources non institutionnelles (RNI) réparties dans les différents programmes services du CIUSSS MCQ (jeunesse, santé mentale, DI-TSA-DP, personnes âgées). Lorsque de la PMP hébergée en institution (Centre de réadaptation, unité de traitement en santé mentale, CHSLD, etc.) doit être relocalisée vers un milieu

²⁰ Voir : (Marcoux, 2011)

moins contraignant, très peu de RNI sont en mesure de répondre à ce type de besoin. D'une manière générale, nous avons constaté qu'elles ne possèdent pas les installations physiques et matérielles ou encore le personnel qualifié pour assurer une prestation de travail sécuritaire adaptée aux besoins complexes des PMP. Dans un tel contexte, la transition et le maintien de l'usager dans la communauté sont donc fortement compromis, ce qui entraîne l'engorgement des ressources institutionnelles. Comme le rappelle l'adage populaire, « une chaîne a la force de son maillon le plus faible ». On peut donc considérer que le « maillon » résidentiel « postsécuritaire » demeure à développer et constitue une composante de premier ordre dans le succès éventuel lié à la mise en place du SHHS. En effet, de façon générale, nous croyons que le recours au SHHS devrait être transitoire et ne pas être considéré comme un milieu de vie à long terme.

Absence d'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique dans la région

La clientèle adolescente qui présente une multicomorbidité peut vivre des épisodes d'agressivité auto/hétéro dirigée qui exigent un arrêt d'agir et un traitement spécialisé court terme en milieu hospitalier. Faut de places spécifiques pour cette clientèle dans la région, ces jeunes sont transférés, lorsque cela est possible, vers des milieux médicaux suprarégionaux situés dans les grands centres urbains (Montréal, Québec, Sherbrooke.) Après un court séjour dans ces milieux hospitaliers, l'usager revient dans sa région avec une évaluation supplémentaire de son fonctionnement, sans nécessairement qu'il y ait une amélioration notable et durable de sa condition. En conséquence, les milieux de réadaptation se voient dans l'obligation d'assurer la sécurité de la personne et du personnel en ayant recours à des mesures de contrôle exceptionnelles qui requièrent une expertise médicale et psychiatrique. Dans cette perspective, la présence d'une unité d'hospitalisation court terme pédopsychiatrique nous semble être nécessaire. La clientèle adulte dispose de telles ressources dans des unités d'hospitalisation de courte durée.

Dans le contexte du projet, nous avons constaté la pertinence de disposer de « lieux sécuritaires » afin de procéder à un arrêt d'agir. En effet, le recours à l'isolement dans une perspective d'arrêt d'agir a été requis par un peu plus de la moitié des usagers du projet pilote, à un moment ou à un autre. Néanmoins, l'absence de plateau technique en milieu hospitalier a contribué à réduire l'efficacité de l'intervention en réseau, accroître le niveau de risque et recourir à des milieux hospitaliers à l'extérieur de la région, alors que des interventions « plus locales », ponctuelles et organisées auraient été plus efficaces.

L'organisation des services à la PMP

Soutenir une pratique transdisciplinaire spécialisée auprès de la PMP : au-delà de la discipline et du programme service

Nous croyons qu'il importe de poursuivre la dispensation de services cliniques spécialisés en arrimage avec les demandeurs de services. L'approche inhérente à ce projet met en relief l'étendue du territoire desservi et le défi de desservir la PMP le plus près possible de son milieu de vie. À cet égard, nous avons constaté une disparité intrarégionale quant à la disponibilité de services spécialisés et d'hébergement pour les PMP qui présentent un risque de passage à l'acte élevé. À notre avis, le maintien d'une équipe spécialisée²¹ sur mesure pour répondre aux besoins de la PMP dans un contexte particulier s'avère une avenue de solution qui pourrait être à la fois complémentaire à la mise en place du SHHS. À cet égard, nous rejoignons la posture fondamentale d'une approche dite transdisciplinaire. Cette équipe spécialisée, en collaboration avec les

²¹ Le CEF-TC.

demandeurs de services, pourra dépasser les cloisonnements entre les disciplines et les programmes services et desservir conjointement la PMP. Cette approche permet à la fois de concentrer les services spécialisés, les développer et les rendre disponibles aux PMP dans leur région au moment opportun.

Conclusion

Le projet SEE s'inscrit dans le contexte plus global de la mise en place de la mesure 4 prévue aux orientations régionales. Il visait la conception et l'expérimentation d'un modèle de travail interdisciplinaire en réseau de services (1^{re}, 2^e et 3^e ligne) qui intègre l'évaluation, l'intervention, l'enseignement pratique et le soutien-conseil pour la clientèle dite multiproblématique qui présente un risque de passage à l'acte jugé élevé, de type auto ou hétéro agressif en contexte de transition. Le modèle proposé devait être applicable auprès d'une clientèle adulte qui présente des besoins similaires. Dans le contexte « d'impasse » clinique et de gestion, le projet SEE visait à mettre en place un « lieu » de développement et d'expérimentation d'une intégration des pratiques de pointes aux services courants. En partenariat étroit avec le CJMCQ, la clientèle ciblée devait être âgée d'au moins 15 ans, être en mesure de consentir à participer au projet pilote directement ou, le cas échéant, par l'entremise de son représentant légal. En cours de projet, un adulte hébergé au Centre régional de santé mentale du CSSSÉ, pour lequel des mesures spécifiques ont été convenues entre les partenaires impliqués, a également été intégré au projet. La philosophie de ce projet reposait sur l'autoportance régionale, la qualité des programmes services, mais plus spécifiquement sur la compétence et le pouvoir d'agir des ressources spécialisées disponibles au sein du CIUSSS MCQ.

Pistes de réflexion et d'action

- Le concept de la « **clientèle dite multiproblématique** » nous apparaît correspondre à la clientèle visée par ce projet.
 - Il s'agit de personnes qui ne trouvent « pas de réponses ajustées à leurs besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérisent par une symptomatologie pouvant être associée ou non à diverses pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes jugées acceptables dans son contexte » (Adaptation libre inspirée des travaux de (Moreau & Léveillé, 2010). Nous recommandons de maintenir l'utilisation de cette désignation et de poursuivre les travaux de recherche afin de mieux circonscrire le profil de ce groupe clinique et le développement de pratiques innovantes.

- L'utilisation de la notion de « **dangerosité** » présente des limites conceptuelles, cliniques et éthiques qui rendent son utilisation auprès de la PMP contraindiquée.
 - Nous recommandons plutôt l'approche développée dans la région dont le fondement vise l'objectivation du caractère dangereux des comportements, donc de considérations observables et mesurables dans un contexte donné.

- **L'offre de service à la PMP** demeure variable en fonction de son âge et de son lieu de résidence sur le territoire du CIUSSS MCQ.
 - Nous avons constaté un écart dans les services disponibles de la PMP s'il s'agit d'un enfant, un adolescent ou encore un adulte. Cette différence s'avère particulièrement évidente lors de passage à la vie adulte. De plus, nous avons constaté les défis relatifs à la géographie régionale, mais également d'un juste équilibre à établir entre les milieux urbains et ruraux.

- Il s'avère nécessaire de disposer de **plateaux techniques d'arrêt d'agir** accessible à la clientèle MP, et ce, nonobstant l'âge et la condition de la personne.
 - À ce jour, la clientèle jeunesse se retrouve dans un vide de service à ce niveau.

- Pour certains partenaires, la définition de l'offre de service demeure liée, généralement implicitement, à la « mission perçue » du programme services. Cela s'exprime notamment par une surutilisation de **critères d'exclusion de la PMP** qualifiés de « diagnostics ».
 - Dans les faits, rappelons que la PMP présente généralement un portrait clinique de comorbidités, avec un risque réel de masquage diagnostique et de la limite d'une démarche de type diagnostic. Ce type de démarche demeure utile, mais devrait être complété par une organisation de services fondée sur une approche **systemique et intégrée**, tant sur le plan de la démarche réflexive, que de l'utilisation de la « **compétence spécialisée disponible** » dans la région, et ce peu importe le programme services dans lequel elle se retrouve.

Nous constatons une difficulté pour les programmes services d'adresser une réponse ajustée aux besoins complexes et multiples de la PMP en **réseau de services**.

- Cela ne nous apparaît pas lié à un manque d'expertise dans la région, mais plutôt à la « mise en réseau » de l'expertise de pointe disponible, et également à l'offre insuffisante de services résidentiels ajustée au besoin de cette clientèle.
- Afin de maintenir leur expertise et de développer leur expérience, les ressources humaines spécialisées qui interviennent auprès de PMP doivent avoir une **pratique clinique régulière et soutenue** par le réseau de services.
 - Dans cette optique, nous croyons qu'il importe de soutenir une pratique transdisciplinaire spécialisée auprès de la PMP qui s'inscrit dans une vision d'autoportance régionale qui se situe au-delà de la discipline et du programme service. À cet égard, le maintien d'une équipe régionale spécialisée²² interprogrammes est requise.
- L'organisation de services à la PMP dans **une approche qui conjugue la gestion du risque en réseau et la prestation de services intégrés en continuum** s'avère une pierre angulaire de la qualité des services, de l'efficience, mais également de l'autoportance régionale.
 - À notre connaissance, le CIUSSS MCQ demeure un précurseur dans le développement de ce type de pratique innovante.
- **L'hébergement sécuritaire** de la PMP ne peut être développé indépendamment d'une **réponse globale en réseau de services** à ses besoins ainsi que sa condition.
 - **À notre avis**, la mise en place éventuelle d'un hébergement sécuritaire ne constitue pas un but ou encore un objectif à atteindre, mais un moyen disponible dans la perspective d'adresser des solutions concrètes et intégrées dans un continuum de services.
- **La gestion du risque en réseaux de services intégrés demeure le fondement du modèle proposé**
À cet égard, le modèle SEE intègre l'évaluation, l'intervention, l'enseignement pratique et le soutien-conseil pour la clientèle dite multiproblématique qui présente un risque de passage à l'acte jugé élevé, de type auto ou hétéro agressif. Ce modèle met en perspective les aspects qui nous apparaissent essentiels afin d'adresser les impasses cliniques et de gestion, mais plus encore de bien les desservir.

En guise de mot de la fin, nous souhaitons remercier chaleureusement la clientèle et leur famille, ainsi que les nombreux « artisans du réseau » ayant contribué au succès de ce projet et, nous l'espérons, aux solutions novatrices qui en découleront.

²² Le CEF-TC.

Références

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*. Montréal : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- Association québécoise des neuropsychologues (2015). *Les fonctions cognitives*. Tiré de <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/#Fonctionsexecutives>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (2014). *Réactions sécuritaires Alpha*. Tiré de <http://www.asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/reactions-securitaires-alpha>
- Catroux, M. (2002). *Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique*. Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité, vol. 21(3), 8-20. URL : <https://apliut.revues.org/4276>
- Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (2013). *Fonctions exécutives*. Tiré de <http://www.enfant-encyclopedie.com/fonctions-executives>
- Chang, E. J. (2015). *Social problem solving under assault : understanding the impact of sexual assault on the relation between social problem solving and suicidal risk in female college students*. Cognitive Therapy and Research, vol. 39(3), 403-413. URL : <http://doi.org/10.1007/s10608-014-9664-2>
- Clark, C., Prior, M., Kinsella, G. (2002). *The relationship between executive function abilities, adaptive behaviour, and academic achievement in children with externalising behaviour problems*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 43(6), 785-796.
- Corrigan, P. W. (2015). *Person-centered care for mental illness : the evolution of adherence and self-determination* (1st ed.). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Couture, C., Bednarz, N., Barry, S. (2007). Conclusion. Multiples regards sur la recherche participative, une lecture transversale. Dans M. Anadón (Ed.), *La recherche participative : multiples regards*. (pp. 205-221). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Caissy, K., Gagné, M., Maheux, N., Gauthier, C., Gendreau, G. (2012). *Guide d'intervention en prévention et en gestion des troubles graves du comportement*. Tiré de http://laressource.ca/images/ressources/troubles_grave_du_comportement_1.pdf
- Crocker, A. Grenier, M. (2011). *Évaluation du risque à court terme et traitabilité : un guide d'évaluation et de planification (START) version 1.2*. Montréal : Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Côté, G. (2001). *De la dangerosité à l'évaluation du risque*. Psychologie Québec, mai, 23-24.
- Côté, G., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C. (2012). *Risk assessment instruments in clinical practice*. Canadian Journal of Psychiatry, vol. 57(4), 238-244.

- De Jonge, P., Huyse, F. J., Slaets, J. P. J., Söllner, W., Stiefel, F. C. (2005). *Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care : the INTERMED project*. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 39(9), 795-799.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester : University of Rochester Press.
- Doughty, S., Anderson, C. (2006). *Effects of noncontingent reinforcement and functional communication training on problem behavior and mands*. Education and Treatment of Children, vol. 29(1), 23-50.
- Durand, V., Merges, E. (2001). *Functional communication training : a contemporary behavior analytic intervention for problem behaviors*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, vol. 16(2), 110.
- Glaus, A., Senn, H. J. (1996). *Who cares for the care-givers?*. Supportive Care in Cancer, vol. 4(6), 399-400.
- Greene, R. (2008). *Lost at school : why our kids with behavioral challenges are falling through the cracks and how we can help them* (1st Scribner hardcover ed.). New York : Scribner.
- Greene, R. (2010a). A clinician's handbook of assessing and treating conduct problems in youth. In R. C. Murrihy, A. D. Kidman & T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (1st ed.). (pp. 193-220). New York : Springer Science+Business Media, LLC.
- Greene, R. (2010b). *The explosive child : a new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children*. New York ; Toronto : Harper.
- Greene, R. (2011). *Collaborative problem solving can transform school discipline*. Phi Delta Kappan, vol. 93(2), 25-28.
- Greene, R. (2016). *Life in the balance*. Tiré de <http://www.livesinthebalance.org/>
- Greene, R., Ablon, J. S. (2005). *Treating explosive kids : the collaborative problem-solving approach*. New York : Guilford Press.
- Greene, R., Ablon, J. S., Goring, J. C. (2003). *A transactional model of oppositional behavior : underpinnings of the Collaborative problem Solving approach*. Journal of Psychosomatic Research, vol. 55(1), 67-75. URL : [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00585-8](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00585-8)
- Greene, R., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J., Faraone, S. (2002). *Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder*. American Journal of Psychiatry, vol. 159(7), 1214-1224.
- Greene, R., Ablon, J. S., Goring, J. C., Raezer-Blakely, L., Markey, J., Monuteaux, M. C., Henin, A., Edwards, G., Rabbitt, S. (2004). *Effectiveness of collaborative problem solving in affectively dysregulated children with oppositional-defiant disorder : initial findings*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 72(6), 1157-1164. URL : <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1157>

- Grover, K., Green, K., Pettit, J., Montieth, L., Garza, M., Venta, A. (2009). *Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence*. Journal of Clinical Psychology, vol. 65(12), 1281-1290. URL : <http://doi.org/10.1002/jclp.20632>
- Hayhow, B., Gaillard, F., Velakoulis, D., Walterfang, M. (2015). *Delayed diagnosis of multiple sclerosis in a patient with schizoaffective disorder : a case of diagnostic overshadowing*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 49(2), 186-187. URL : <http://doi.org/10.1177/0004867414551067>
- Hébert, R. (1990). Contraintes, limites et défis de l'interdisciplinarité dans les services gériatriques. Dans Hébert, R. (Ed.) *Interdisciplinarité en gérontologie : actes du 4e congrès international francophone de gérontologie*. Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Hippolyte, L., Iglesias, K., Van der Linden, M., Barisnikov, K. (2010). *Social reasoning skills in adults with Down syndrome : the role of language, executive functions and socio-emotional behaviour*. Journal of Intellectual Disability Research, vol. 54(8), 714-726. URL : <http://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01299.x>
- Hyojeong-Seo, M., Wehmeyer, M., Palmer, S., Little, T. (2015). *A two-group confirmatory factor analysis of the Arc's Self-Determination Scale with students with emotional/behavioral disorders or learning disabilities*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, vol. 23(1), 17-27. URL : <http://doi.org/10.1177/1063426613503496>
- Ireland, J. (2001). *The relationship between social problem-solving and bullying behaviour among male and female adult prisoners*. Aggressive Behavior, vol. 27(4), 297-312.
- Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (2016). *Pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. Pourquoi assumer la responsabilité populationnelle?*. Tiré de <http://www.ipcdc.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/pourquoi-assumer-la-responsabilite-populationnelle>
- Jones, S., Howard, L., Thornicroft, G. (2008). *"Diagnostic overshadowing" : worse physical health care for people with mental illness*. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 118(3), 169-171. URL : <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Jopp, D., Keys, C. (2001). *Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered*. American Journal on Mental Retardation, vol. 106(5), 416-433.
- Journal des femmes (2016). *Fonctions motrices — Définition*. Tiré de <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/48455-fonctions-motrices-definition>
- Kaufman, E. A., Baucom, K. J. W. (2014). *Treating comorbid social anxiety and major depression : the challenge of diagnostic overshadowing*. Clinical Case Studies, vol. 13(3), 265-281. URL : <http://doi.org/10.1177/1534650113508220>
- Kelly, J., Shogren, K. (2014). *The impact of teaching self-determination skills on the on-task and off-task behaviors of students with emotional and behavioral disorders*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, vol. 22(1), 27-40. URL : <http://doi.org/10.1177/1063426612470515>
- Kourilsky, F. (2014). *Du désir au plaisir de changer* (5e éd.). Paris : Dunod.

- L'Abbé, Y., Morin, D. (2001). *Comportements agressifs et retard mental : compréhension et intervention* (2e éd. mise à jour et améliorée). Eastman : Behaviora.
- Lachapelle, Y. (2010). *Sur le chemin de l'autodétermination*. Tiré de https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=3179&owa_no_fiche=65
- Lapointe, J. (1993). *L'approche systémique et la technologie de l'éducation*. Éducatechnologie, vol. 1(1). URL : http://www.sites.fse.ulaval.ca/reveduc/html/vol1/vol1_no1.html
- Le Boterf, G. (2000). De quel concept de compétence les entreprises et les administrations ont-elles besoin?. Dans C. Bosman, F.-M. Gérard & X. Roegiers (Éds.), *Quel avenir pour les compétences?*. (pp. 17-19). Bruxelles : De Boeck.
- Lemieux, V. (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux* (Nouv. éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Létourneau, P.-Y. (2003). Le traumatisme cranio-cérébral : brochure à l'intention des familles et des personnes atteintes. Québec : Société de l'assurance automobile du Québec. URL : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/Traumatisme_FR.pdf
- Marcoux, A. M. (2011). *Les 10 styles de leadership*. Tiré de <http://www.lesaffaires.com/strategie-d-entreprise/management/les-10-styles-de-leadership/522971>
- Meera, S., Kaipa, R., Thomas, J., Shivashankar, N. (2013). *Brief report : an unusual manifestation of diagnostic overshadowing of pervasive developmental disorder—not otherwise specified : a five year longitudinal case study*. Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. 43(6), 1491-1494. URL : <http://doi.org/10.1007/s10803-012-1691-9>
- Moreau, I., Léveillé, S. (2010). *Grille d'Analyse Multidimensionnelle de la clientèle dite Multiproblématique (GAMM)*. Tiré de https://www.google.ca/search?q=Moreau,+%26+L%C3%A9veillé+C3%A9,+S.+%282010%29.+Grille+d%27Analyse+Multidimensionnelle+de+la+client%C3%A8le+dite+Multiprobl%C3%A9matique+%28GAMM%29.&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=LGYGV8qWMcyre-vHsDg#q=Moreau,+%26+L%C3%A9veillé+C3%A9,+S.+%282010%29.+Grille+d%27Analyse+Multidimensionnelle+de+la+client%C3%A8le+dite+Multiprobl%C3%A9matique+%28GAMM%29
- Morriss, R., Rovner, B., German, P. (1995). *Clinical and psychosocial variables associated with different type of behavior problems in new nursing home admissions*. International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 10(7), 547-555.
- Mosby. (2013). *Mosby's Medical Dictionary* (8e ed.). St. Louis : Mosby/Elsevier.
- Nash, M. (2013). *Diagnostic overshadowing : a potential barrier to physical health care for mental health service users*. Mental Health Practice, vol. 17(4), 22.
- O'Neill, R. E. (2008). *Évaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques : manuel pratique*. Bruxelles : De Beck.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2013). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Tiré de http://www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences_2013_couleurs.pdf

- Payette, M. (2001). *Interdisciplinarité : clarification de concepts*. Interaction, vol. 5(1), 19-34. Tiré de <https://www.usherbrooke.ca/psychologie/recherche/publications/volume-5-no-1/>
- Rosnay, J. D. (1975). *Le macroscopie : vers une vision globale*. Paris : Éditions du Seuil.
- Schriver, J. M. (2001). *Human behavior and the social environment : shifting paradigms in essential knowledge for social work practice* (3e éd.). Needham : Allyn & Bacon.
- Snell, M., Voorhees, M., Walker, V., Berlin, R., Roorbach-Jamison, K., Stanton-Chapman, T. (2014). *A demonstration of the Universal Problem-Solving Approach to address children's inappropriate behavior in head start classrooms*. Topics in Early Childhood Special Education, vol. 34(1), 4-15. URL : <http://doi.org/10.1177/0271121413491836>
- St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : efficacité et coopération* (2e éd.). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., Lecavalier, L. (2010). *Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle*. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, vol. 42(1), 62-69. URL : <http://doi.org/10.1037/a0016249>
- Thompson, J. M. (2008). *Symptômes persistants consécutifs à un traumatisme cérébral léger - Une ressource pour les cliniciens et le personnel. Rapport technique de la Direction de la recherche d'Anciens Combattants*. Tiré de http://www.veterans.gc.ca/pdf/about-us/research-directorate/mtbi-report-sep08_f.pdf
- Vallotton, A. (2010). *Dangerosité : un document de réflexion*. Tiré de <http://www.coe.int/fr/web/human-rights-rule-of-law>
- Van Nieuwenhuijzen, M., Van Rest, M., Embregts, P., Vriens, A., Oostermeijer, S., Van Bokhoven, I., Matthys, W. (2015). *Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems*. Child Neuropsychology, 1-14. URL : <http://doi.org/10.1080/09297049.2015.1108396>
- Van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L., Thornicroft, G. (2013). *Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, vol. 22(3), 255-262. URL : <http://doi.org/10.1017/S2045796012000571>
- Van Petegem, S., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W. (2015). *Rebels with a cause? : adolescent defiance from the perspective of reactance theory and self-determination theory*. Child Development, vol. 86(3), 903-918. URL : <http://doi.org/10.1111/cdev.12355>
- Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B., Verstuyf, J. (2013). *Motivational dynamics among eating-disordered patients with and without nonsuicidal self-injury : a self-determination theory approach*. European Eating Disorders Review, vol. 21(3), 209-214. URL : <http://doi.org/10.1002/erv.2215>
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., Hart, S. D. (1997). *HCR-20 : assessing risk for violence : version 2*. Burnaby : Simon Fraser University.

- Wehmeyer, M. L. (2003). *Theory in self-determination : foundations for educational practice*. Springfield : C. C. Thomas.
- Wehmeyer, M. L., Abery, B. H. (2013). *Self-Determination and Choice*. Intellectual and Developmental Disabilities, vol. 51(5), 399-411. URL : <http://doi.org/10.1352/1934-9556-51.5.399>
- Wehmeyer, M. L., Lachapelle, Y. (2006). Autodétermination, proposition d'un modèle conceptuel fonctionnel. Dans H. Gascon, D. Boisvert, M.-C. Haelewyck, J.-R. Poulin, & J.-J. Detraux (Éds.), *Déficience intellectuelle, savoirs et perspectives d'action*. (pp. 69-76). Québec : Presses interuniversitaires.
- Woltering, S., Lishak, V., Hodgson, N., Granic, I., Zelazo, P. (2016). *Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 57(1), 30-38. URL : <http://doi.org/10.1111/jcpp.12428>
- Yatchinovsky, A. (2004). *L'approche systémique : pour gérer l'incertitude et la complexité*. Paris : Éditions Sociales Françaises.

