

Université de Sherbrooke

**Modèle logique interdisciplinaire pour réduire les comportements d'automutilation en
déficience intellectuelle avec ou sans trouble associé**

Par
Annie-Claude Granger
Programme de Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Longueuil, Québec, Canada
Juillet 2022

Membres du jury d'évaluation
Véronique Longtin, mentore, conseillère experte en troubles graves du comportement
Marie-José Durand, Programme de maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

© Annie-Claude Granger, 2022

RÉSUMÉ

Problématique : Le comportement d'automutilation (CAM) est un des plus importants problèmes de comportement vécus par les personnes qui présentent un trouble du spectre de l'autisme et/ou une déficience intellectuelle et affectant, leurs familles, leurs intervenants et leurs cliniciens (Minshawi et al., 2014). Il se définit comme étant un comportement qui produit des blessures physiques sur le propre corps d'un individu. Sa prévalence se situe entre 4 % et 24 % en déficience intellectuelle et elle peut augmenter entre 42 % et 70 % avec une comorbidité associée de trouble du spectre de l'autisme. La présence de CAM a des impacts négatifs pour la personne (diminution de la participation sociale, surmédication, augmentation potentielle des abus et de l'évitement de la part de l'entourage, blessures physiques, possibilité d'institutionnalisation, etc.), pour les proches (augmentation de la charge émotionnelle et de travail pour les aidants naturels et les employés) et pour la société (augmentation des coûts des services). Plusieurs professionnels et intervenants sont impliqués dans la prise en charge des CAM. La pratique clinique est variée et peu commune en ce qui concerne l'évaluation et de l'intervention auprès de cette clientèle recevant des services du programme spécialisé en déficience intellectuelle sévère et en déficience intellectuelle profonde (PSDISDIP) du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO). Cette situation est causée, en partie, par l'absence de directives claires et d'un processus clinique appuyé sur un guide de pratique basé sur des données probantes récentes. En conséquence, il se peut que les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) et des CAM ne bénéficient pas de services optimaux et efficaces en termes de coût pour desservir cette population.

But : Développer une pratique interdisciplinaire harmonisée afin d'optimiser la qualité de l'offre de services offerte aux personnes présentant une DI avec ou sans trouble associé et manifestant des comportements d'automutilation desservis par le PSDISDIP du CISSSMO.

Méthodes : Une revue de littérature a été réalisée afin de documenter les meilleures approches de traitement non-pharmacologique pour réduire les comportements d'automutilation en DI avec ou sans trouble associé. Ensuite, des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de cliniciens-experts de différentes disciplines professionnelles dans le but de documenter les meilleures approches de traitement non-pharmacologique pour réduire les CAM en DI. Puis, des entrevues de groupe ont été réalisées, par discipline

professionnelle, afin d'identifier les approches de traitement non-pharmacologique pour réduire les CAM en DI offertes actuellement au PSDISDIP du CISSMO.

Résultats : Ce projet nous a permis d'observer un écart entre la littérature, la pratique des cliniciens-experts et celle des cliniciens du PSDISDIP. En fait, la punition est préconisée comme modalité de traitement dans la littérature scientifique consultée alors qu'elle n'est pas recommandée par les cliniciens-experts et les cliniciens du PSDISDIP. De plus, nous observons quatre autres éléments en écart entre la pratique des cliniciens-experts et celle des cliniciens du PSDISDIP. Tout d'abord, l'évaluation des capacités de communication de la personne n'est pas réalisée en profondeur. Deuxièmement, l'évaluation des troubles mentaux n'est pas réalisée systématiquement. Troisièmement, il n'y a pas de protocole établi pour tester la fonction des CAM. Quatrièmement, les cliniciens du PSDISDIP utilisent peu d'outils validés pour faire leurs évaluations.

Conclusion : Ce projet d'innovation a permis de créer un modèle logique interdisciplinaire préliminaire de prise en charge des comportements d'automutilation auprès des personnes présentant une DI avec ou sans trouble associé. Ce modèle a été développé à partir d'une procédure incluant une revue de littérature, une consultation de cliniciens-experts et une consultation de cliniciens du PSDISDIP du CISSMO. Ce modèle est prêt pour sa prochaine phase soit l'évaluation de sa clarté et de sa cohérence auprès des cliniciens du PSDISDIP du CISSMO.

Mots-clés : Déficience intellectuelle, comportement d'automutilation, modèle logique, évaluation, intervention, interdisciplinarité, ergothérapie, orthophonie, psychoéducation, psychologie, éducation spécialisée.