

## ARRIMAGE DES MODÈLES PPH ET MII APPLIQUÉ AUPRÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT DES « INCAPACITÉS INTELLECTUELLES » OU UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Julie McIntyre  
*Université de Montréal (Canada)*

Yves Boisvert  
*RIPPH et FQCRDITED (Canada)*

*L'innovation permet d'accroître la synergie entre les savoirs d'expérience et les savoirs savants et ouvre ainsi des voies pour améliorer les pratiques (Conseil supérieur de l'éducation, 2006).*

### INTRODUCTION

Le réseau de services assurés auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) se trouve face à un changement de pratique important que représente le développement de la « spécialisation » de nos services qui, tout en visant à augmenter l'expertise professionnelle des intervenants doit parallèlement permettre aux usagers et à leur famille, d'exercer un véritable pouvoir d'agir en matière de prise de décision face à leur intégration et à leur participation sociales.

La pierre angulaire de toute cette problématique entourant la spécialisation se situe, selon nous, dans la pertinence du processus clinique adopté par les établissements. Ce processus doit tenir compte de divers facteurs en lien avec la complexité de l'intervention que sont la diversité de la clientèle, le nombre croissant d'usagers qui font l'objet d'un cumul de diagnostics, le foisonnement d'approches, les données probantes lacunaires concernant le fonctionnement neurologique et en lien avec l'efficacité des interventions, la diversité des milieux d'intégration, etc. Essentiellement, le processus clinique doit découler d'orientations claires, bénéficier d'un modèle conceptuel qui rend compte de l'interaction des personnes et des milieux dans lesquels elles évoluent ainsi que d'une cohérence sur le plan des stratégies d'intervention issues des pratiques basées sur des données probantes.

Présentement, le réseau de services en DI et en TED bénéficie de ces trois ingrédients majeurs : orientations, modèles conceptuels et guides de pratique. Même s'il est possible de réaliser plusieurs agencements entre ces trois ingrédients, il n'existe pas de modèle d'analyse et d'intervention spécialisé auprès des personnes présentant une « déficience intellectuelle » ou un trouble envahissant du développement.

Nous avons développé, séparément, des applications cliniques de deux modèles conceptuels qui ont reçu une assez large adhésion par les gestionnaires et les intervenants oeuvrant dans divers milieux de la réadaptation. Il s'agit de l'adaptation clinique du modèle élaboré par le Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH) proposé par Yves Boisvert en 2003 et du modèle intégré d'intervention (MII) proposé par Julie McIntyre en 2004 à

partir d'une adaptation du *Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Supports* (SCERTS) élaboré par Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent et Rydell.

Dans les prochaines pages, nous proposons un modèle unifié que nous avons intitulé (pour l'instant) le « Modèle d'analyse et d'intervention spécialisé » (MAIS) qui intègre d'une façon que nous espérons la plus cohérente possible les deux applications cliniques ci-haut mentionnées et qui s'arrime au processus clinique adopté par la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) en 2010.

## 1. LES OBJECTIFS VISÉS PAR LE MAIS

Nous visons par l'élaboration de ce modèle l'atteinte de trois objectifs :

- (1) Proposer un modèle qui repose sur les principes véhiculés dans le réseau des services en DI et TED.
  - Une vision globale de la personne;
  - Un respect des projets individuels et familiaux;
  - Un développement optimal des personnes;
  - Une pratique basée sur le pouvoir d'agir des personnes et des familles;
  - Une finalité orientée sur l'augmentation de la participation sociale et l'amélioration de la qualité de vie.
- (2) Favoriser et soutenir la spécialisation en proposant aux intervenants une façon de contribuer à une réponse adéquate et de qualité aux besoins de soutien des personnes ayant une DI ou un TED, en relation avec l'amélioration de leur participation sociale.
- (3) Favoriser l'application des connaissances récentes dans l'intervention tout en visant un développement harmonieux et continu de la pratique professionnelle.

## 2. UN BREF HISTORIQUE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (PPH)

La contribution majeure du PPH est d'avoir proposé un modèle qui situe le handicap non plus dans la personne, mais dans l'interaction entre les facteurs personnels (FP) et les facteurs environnementaux (FE). Avec le PPH, il n'est plus fait mention de « handicap », mais de ... situation de handicap » qui s'exprime par une réduction dans la réalisation des habitudes de vie d'une personne. Se dissociant des modèles médical et social, le PPH propose une nouvelle finalité: lever les divers obstacles à la participation sociale.

Le PPH s'inscrit dans le mouvement de révision des diverses classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en proposant une amélioration du concept de handicap inscrit dans la Classification internationale du handicap (OMS, 1980) mieux connue au Québec sous l'acronyme de CIDIH. En l'espace d'une vingtaine d'années, le modèle de la CIDIH a connu plusieurs révisions pour évoluer vers celui de la Classification internationale du fonctionnement (OMS, 2001). Pour sa part, le développement du PPH par le RIPPH (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998) a suivi une courbe évolutive qui s'est distancée assez significativement de celle de la CIF en maintenant présente la distinction entre capacités et habitudes de vie, distinction qui est essentielle à la définition de la participation sociale proposée par le RIPPH.

La version actuellement connue du PPH est celle de 1998. Par contre, nous retrouvons dans le processus clinique de la FQCRDITED l'application clinique proposée en 2003 par Yves Boisvert (voir figure 1, à la page suivante). Il existe une version bonifiée du PPH parue en 2010 sous le titre de MDH-PPH2 et produite par Patrick Fougeyrollas.

En 2009, les catégories des habitudes de vie du PPH ont été intégrées dans le système information pour les personnes présentant une déficience (SIPAD) et dans un avenir rapproché, l'outil de mesure des habitudes de vie (MHAVIE) y sera aussi intégré d'une façon fonctionnelle afin de mesurer la progression de la participation sociale des personnes ayant une déficience.

### 3. LES COMPOSANTES DU PPH

D'abord et avant tout, le PPH doit être considéré comme un modèle de développement humain s'appliquant à toutes les personnes, tant dans une perspective individuelle que sociale. Chacun des éléments qui le composent est évalué dans un contexte adaptatif mettant en interaction les facteurs individuels et environnementaux. Ce n'est que par le jeu de ces facteurs que sont considérées les dimensions positives du modèle (facteurs de protection, intégrité, capacité, facilitateur, situation de vie autonome et participation sociale) et celles référant à des aspects plus déficitaires ou limitatifs (facteurs de risque, déficience, incapacité, obstacle, situation de handicap et situation d'exclusion). La figure 1 présente une adaptation clinique des composantes du PPH dans le contexte de la DI et des TED.

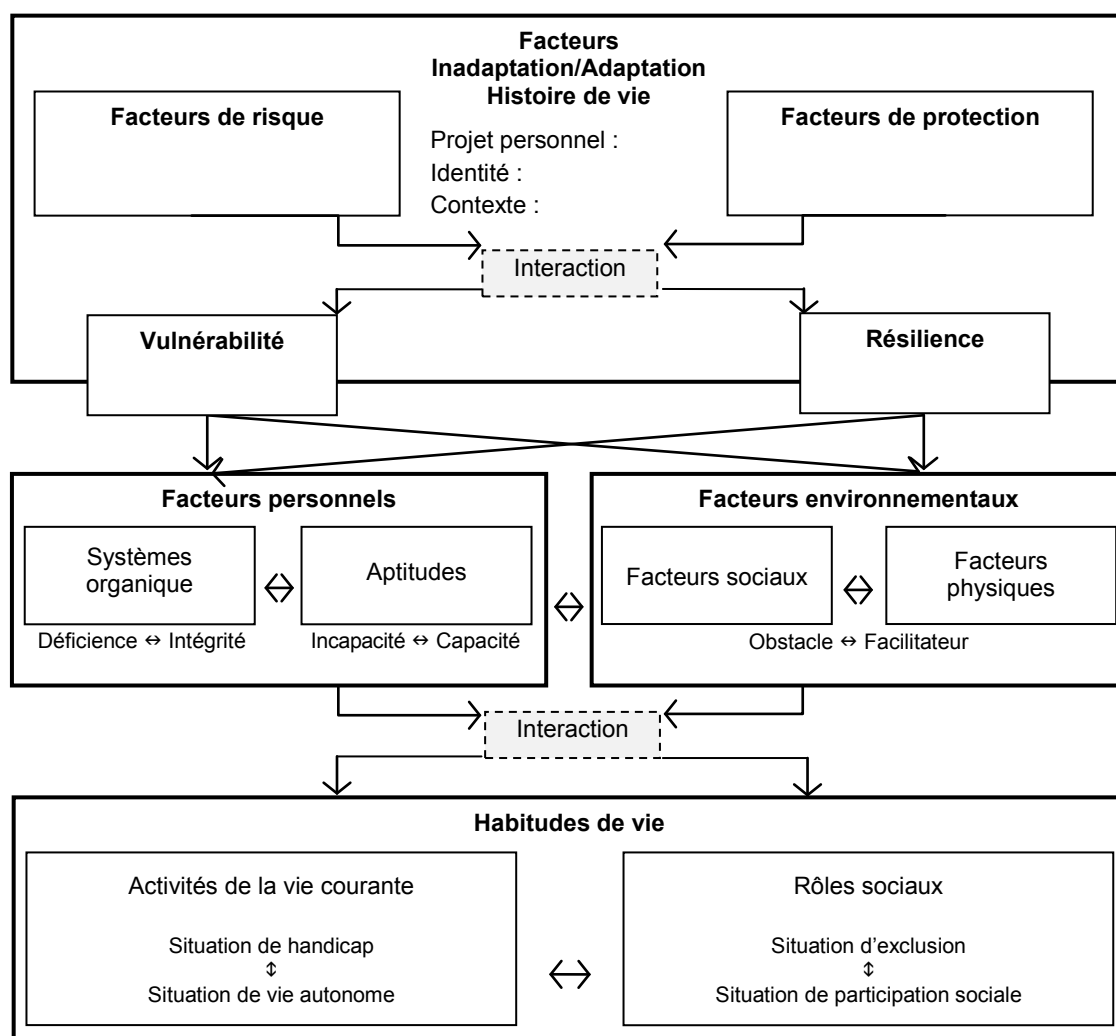


Figure 1. Adaptation clinique du modèle conceptuel PPH dans les champs de la DI et des TED (Boisvert, 2003)

Ce modèle permet de délaisser les explications à causalité simple et directe pour situer notre compréhension dans une approche multimodale où l'ensemble des dimensions de la personne et de ses environnements est considéré. Il est important de préciser qu'au-delà d'une utilisation factuelle du modèle dans le but de saisir la genèse d'une situation de handicap ou d'une situation d'exclusion et les particularités créées par les interactions entre une personne et ses environnements qui sont à son origine, c'est la compréhension d'une personne dans toute sa globalité qui émerge d'une utilisation répétée de ce modèle et qui précise les efforts qu'elle déploie pour s'adapter à sa réalité changeante.

Pour ce faire, diverses catégories de facteurs sont considérées dans une perspective interactionniste. La première série de facteurs contribue à forger l'histoire de vie de la personne en précisant la dynamique interactive diachronique entre les facteurs de risque et les facteurs de protection qui place la personne en situation de vulnérabilité ou en situation de résilience. La deuxième série de facteurs contribue à définir la façon avec laquelle la personne réalise actuellement des activités courantes ou exerce des rôles sociaux en précisant la dynamique interactive synchronique entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui placent la personne en situation de handicap ou de vie autonome si nous considérons les activités courantes ou en situation d'exclusion ou de participation sociale si nous considérons les rôles sociaux.

Dans le cadre particulier d'une application clinique du processus de production du handicap à la démarche relative au plan de services, d'autres éléments tels que le projet personnel, l'identité de la personne (âge, origine ethnique, langue parlée, etc.) et le contexte dans lequel seront actualisés les objectifs en relation avec certains champs d'activités, devront être définis.

C'est alors que le recours au modèle intégré d'intervention (MII) devient un ajout capital. L'analyse globale des données personnelles, familiales, sociales et environnementales mènera à la mise en place de stratégies d'intervention au moyen d'un plan d'intervention sommaire précisant un premier niveau de soutien transactionnel puis d'un plan d'intervention personnalisé qui mettra à contribution l'ensemble de la démarche clinique.

#### **4. UN BREF HISTORIQUE DU MODÈLE INTÉGRÉ D'INTERVENTION (MII)**

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait le document *Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches* (Gouvernement du Québec, 2003a). Dans ce document, on confiait le mandat d'offrir les services aux personnes présentant un TED aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED). Des paramètres encadrant les services et les interventions préconisées étaient également définis dans ce document.

Suite à ces orientations ministérielles, le CRDI Normand-Laramée (CRDI-NL) a élaboré en 2004 un programme clientèle relatif aux personnes présentant un TED à leur famille et à leurs proches.

Dans le cadre de la rédaction de ce programme clientèle à l'intention des personnes présentant un TED, un travail de recension des données issues de la littérature scientifique a d'abord été effectué pour concevoir le modèle théorique qui allait servir d'assise au processus clinique. L'objectif de cette recension était de se doter d'orientations quant aux interventions à privilégier qui tiendraient compte de l'état des connaissances tout en poursuivant les valeurs, les philosophies d'intervention et les domaines d'expertise de l'équipe déjà en place. Ainsi, au CRDI-NL, des services d'intervention précoce étaient offerts depuis mai 1998 aux enfants avec un TED par une équipe interdisciplinaire composée d'éducateurs, de psychoéducateurs, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes.

Au moment où le CRDI-NL développait son programme clientèle sur les bases des recommandations du rapport *Teaching Children with Autism Sepctrum Disorder*<sup>1</sup> du *National Research Council* (2001), un groupe de chercheurs et de cliniciens américains développaient le modèle SCERTS (*Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support*. Prizant, Wetherby, Rubin et Laurent, 2003; Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent et Rydell, 2002; 2006a; 2006b) qui prenait aussi en considération les recommandations du *National Research Council*.

Le modèle SCERTS a été choisi comme le modèle théorique de base au sein du programme clientèle à l'intention des personnes présentant un TED puisqu'il alliait les valeurs et la vision interdisciplinaire déjà en place au CRDI-NL tout en intégrant les composantes associées à l'efficacité, suivant les recommandations du *National Research Council*. Le modèle SCERTS a également été retenu pour son intégration harmonieuse des interventions reconnues sur le plan de la communication sociale et de la régulation émotionnelle dans une perspective globale permettant de tenir compte des particularités des enfants et de leur famille. Le modèle intégré d'intervention (MII) utilisé au CRDI-NL est une adaptation du modèle SCERTS. Le MII intègre les composantes du modèle SCERTS (*Ibid.*), en y ajoutant les dimensions du traitement de l'information. Le MII prend également en compte les aspects spécifiques des guides de pratique et de l'offre de service des CRDITED québécois (FQCRDITED, 2010).

## 5. LES COMPOSANTES DU MII

Le modèle original SCERTS comprend les éléments suivants : la communication sociale, la régulation émotionnelle, le soutien transactionnel et les actions à poser auprès des partenaires d'interaction (Prizant *et al.*, 2002; 2003; 2006a; 2006b). L'équipe du CRDI-NL a schématisé le modèle de façon à pouvoir dresser un portrait clinique des individus présentant un TED et elle a ajouté de nouveaux éléments au sein des sphères d'intervention: le traitement de l'information, les capacités cognitives et d'apprentissage ainsi que les fonctions exécutives pour former le modèle intégré d'intervention (MII) (CRDI-NL, 2005). Dans sa conception originale, le modèle SCERTS s'adressait aux enfants d'âge préscolaire et scolaire. Il est maintenant utilisé auprès d'adolescents et de jeunes adultes évoluant dans une gamme étendue de milieux de vie, notamment le milieu socioprofessionnel.

En 2011, le MII a donné lieu à certains ajustements qui permettent dorénavant de considérer le traitement de l'information comme étant la résultante des interactions entre les diverses sphères d'intervention : la communication sociale, la régulation émotionnelle et celle englobant les capacités cognitives et d'apprentissage ainsi que les fonctions exécutives (voir figure 2). Une autre innovation importante concerne le fait que les composantes du MII s'adressent aussi aux personnes ayant une déficience intellectuelle, faisant ainsi du nouveau modèle que nous vous proposons, le Modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS), l'un des seuls modèles conceptuels (sinon le seul) qui s'adresse à la fois à la clientèle DI et à la clientèle TED.

Les trois composantes du MII comprennent les sphères d'intervention, le soutien transactionnel et les partenaires d'interaction.

### 5.1 Les sphères d'intervention

- Les sphères d'intervention sur lesquelles il est recommandé d'intervenir chez les personnes présentant un TED sont la communication sociale, la régulation émotionnelle et les caractéristiques cognitives incluant l'apprentissage et les fonctions exécutives;
- La communication sociale représente la capacité d'une personne à interagir et à communiquer avec les autres de façon efficace et satisfaisante. Cette sphère comprend

<sup>1</sup> En recherche et en clinique, le terme *Autism Spectrum Disorder* ou troubles du spectre de l'autisme (TSA) est généralement utilisé. Comme au Québec, on se réfère plutôt aux troubles envahissants du développement (TED), c'est ce terme qui est utilisé dans ce texte.

le développement des capacités d'attention conjointe et de réciprocité ainsi que des capacités d'utilisation et de référence à des symboles;

- La régulation émotionnelle permet à une personne de maintenir un état d'équilibre personnel face à des événements potentiellement stressants de telle sorte qu'elle soit disponible pour interagir et apprendre. Cette sphère regroupe les capacités d'autorégulation, de régulation mutuelle et de récupération suite à une perte de régulation;
- La sphère concernant les capacités cognitives et les fonctions exécutives a été ajoutée à la version adaptée du CRDI-NL dans le but d'intégrer les connaissances issues des dernières recherches en neurologie et en neuropsychologie et de considérer, dans leur globalité, les caractéristiques inhérentes aux personnes ayant un TED (Ameli, Courchesne, Lincoln, Kaufman et Grillon, 1988; Kennedy et Adolphs, 2012; Mathersul, McDonald et Rushby 2013; Motttron, 2006). Cette sphère vise, entre autres, le développement du contrôle de l'attention permettant d'identifier et de cibler les informations importantes, afin que la personne puisse se concentrer sur les éléments les plus pertinents de même que le développement de capacités sur le plan des fonctions exécutives (Bennetto, Pennington, Rogers, 1996; Ozonoff, 1997);
- L'inter influence entre ces trois sphères d'intervention nous renseigne sur le traitement de l'information, élément central qui tient compte des caractéristiques individuelles en ce qui a trait à l'analyse, à l'organisation et à l'intégration des informations pour élaborer une réponse pertinente.

Le MII permet donc de documenter et de cibler les capacités sur le plan de la communication sociale, de la régulation émotionnelle et du traitement de l'information au sein de contextes sociaux variés, dans des environnements le plus naturels possible, ce qui constitue un apport important au sein des programmes d'intervention actuels.

### **5.2 Le soutien transactionnel**

Le soutien transactionnel se situe au cœur de l'interaction entre la personne et son environnement. Il consiste à déterminer et à mettre en application des stratégies en relation avec les caractéristiques de la personne découlant des trois sphères d'intervention et celles des partenaires d'interactions. Il se divise en deux catégories : le soutien interpersonnel et le soutien environnemental. En termes de soutien interpersonnel, les partenaires adoptent un mode d'interaction optimal pour aider la personne ayant un TED à traiter l'information, à intégrer le langage, à participer aux interactions sociales, à expérimenter des activités sociales et à maintenir une régulation émotionnelle. Le soutien environnemental fait appel à l'aménagement d'activités et des divers contextes dans lesquels évolue la personne afin de mettre en place des mesures de soutien pour faciliter la communication sociale, la régulation émotionnelle et le traitement de l'information en lien avec les caractéristiques individuelles identifiées au sein de ces sphères d'intervention (Goldstein, Kaczmarek, Pennington et Shafer, 1992; Gray et Garand, 1993; Hodgson, 1995, 1999; Myles, Trautman et Schelvan, 2004; Quill, 1998; Winner et Crooke, 2009).

### **5.3 Les partenaires d'interaction**

Les partenaires d'interaction représentent toutes les personnes significatives interagissant avec la personne présentant un TED. Le MII vise le développement d'une vision globale, d'une compréhension commune et d'une stratégie d'intervention cohérente impliquant l'ensemble des partenaires. Parmi les principaux partenaires, il retient la famille, les intervenants et le réseau social.

La figure 2 (à la page suivante) illustre l'intégration de l'ensemble des éléments, dans un même modèle, le MII (McIntyre, 2005, dans CRDI-NL, 2005), adaptation québécoise du modèle SCERTS.



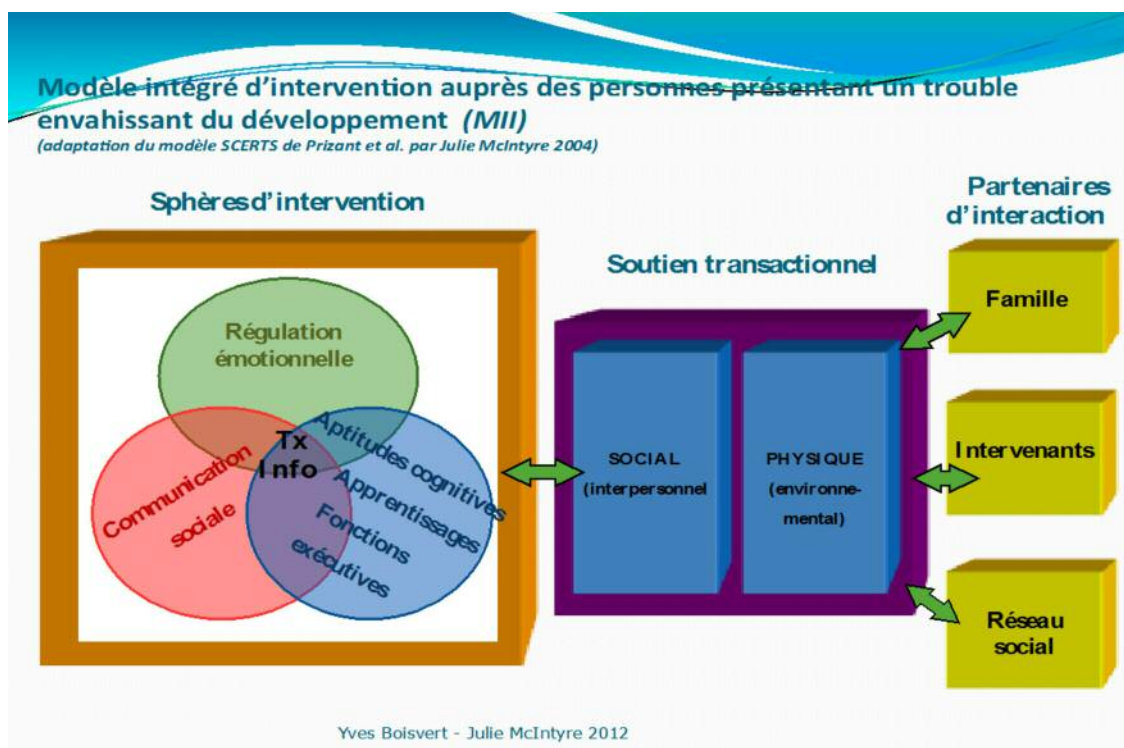


Figure 2. Modèle intégré d'intervention des personnes présentant un trouble envahissant du développement (MII)

Le MII vise l'intégration harmonieuse et cohérente de diverses interventions qui s'inscrivent dans une perspective développementale et fonctionnelle afin d'élaborer un plan d'intervention. Il touche les sphères d'interventions identifiées comme la base des défis auxquels auront à faire face les enfants et leur famille.

Le MII intègre aussi des approches centrées sur la famille qui mettent à profit l'intervention de cette dernière dans les modalités de soutien transactionnel à déployer auprès de la personne. Il met une emphase particulière sur toutes les interrelations entre les domaines cités plus haut. De ce fait, il favorise une vision globale des capacités réelles et des modes de fonctionnement au quotidien de la personne présentant un TED. De plus, le fait de tenir compte d'une manière interactive des principales caractéristiques de la personne (i.e. : les sphères), des divers réseaux de soutien (i.e. : famille, intervenants, partenaires sociaux), et des caractéristiques de l'environnement représente une condition optimale de planification et de structuration de l'intervention en contexte.

## 6. LE RÔLE DU MAIS À CHACUNE DES ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE DES CRDITED

Cette section reproduit le plus fidèlement possible les six étapes du processus clinique des CRDITED du Québec et propose une façon concrète de recueillir les informations, de les maintenir à jour, de les analyser et d'élaborer des stratégies d'intervention en ayant recours au modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS). Pour ne pas alourdir le texte, nous nous sommes limités à préciser le rôle du MAIS à chacune des six étapes du processus clinique. Les figures 3 et 4 (dans les pages qui suivent) illustrent la contribution du PPH et du MII à travers chacune des étapes du processus clinique de la FQCRDITED.

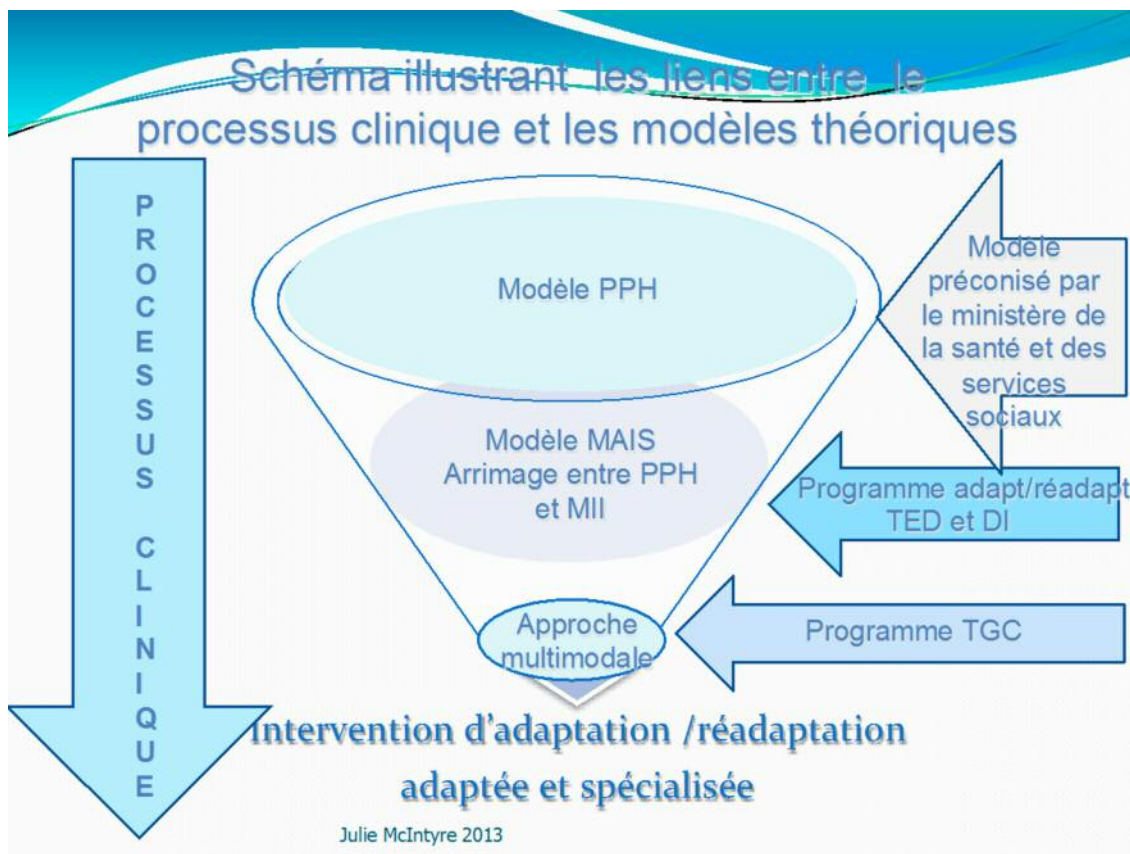


Figure 3. Liens entre le processus clinique et les modèles théoriques



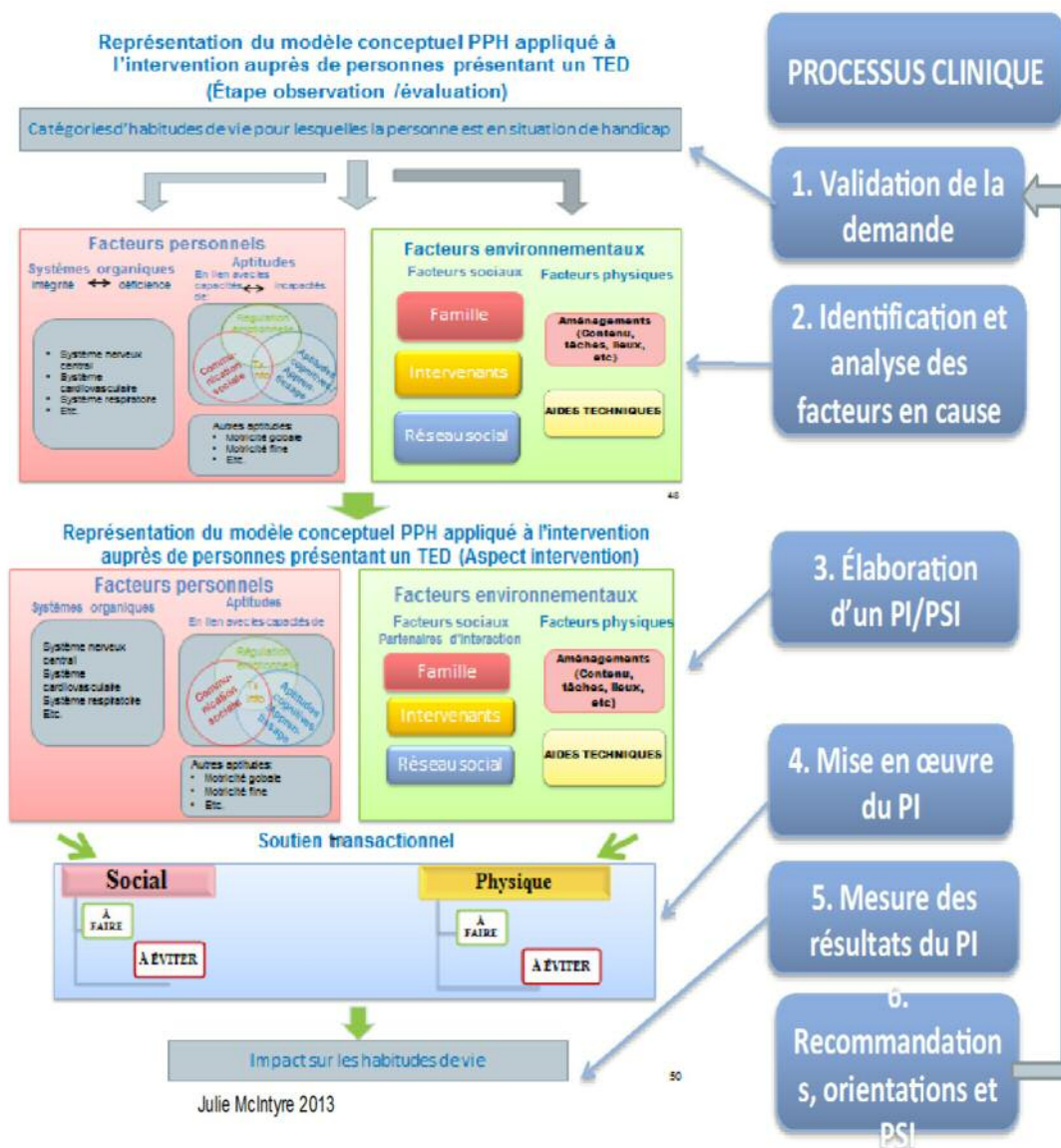


Figure 4. Représentation du modèle conceptuel PPH appliqué à l'intervention auprès de personnes présentant un TED (étape observation / évaluation)

### Étape 1 : La validation de la demande

Cette première étape comprend deux sous étapes :

**Sous-étape 1a :** Elle débute avec la réception de la demande de services et se termine par la mise en attente d'un premier service (selon le cas). Elle comprend l'analyse de la demande, la prise de connaissance du dossier et la mise à jour des informations disponibles.

- Il est important dès le point de départ de procéder à la transcription des informations selon la configuration des diverses composantes du modèle et réaliser un rapport initial<sup>2</sup>. Cette façon de procéder facilitera l'analyse de la demande.

**Sous-étape 1b** : Elle débute par l'assignation de la demande à un éducateur de référence et se termine par l'élaboration d'un plan d'intervention sommaire. Elle comprend la validation des informations recueillies à l'étape 1a, la réunion avec la personne et son représentant et la précision des besoins concernant des services spécialisés.

Rôle du MAIS :

- Il s'agit de compléter le questionnaire sur la mesure des habitudes de vie (MHAVIE) élaboré par le RIPPH. Cette façon de procéder facilitera la précision des besoins.

### ***Étape 2 : L'identification et l'analyse des facteurs en cause en lien avec le requis de services spécialisés***

Cette deuxième étape est l'occasion de procéder à des observations de la personne dans ses interactions avec l'environnement, d'administrer des tests pour une évaluation globale ou spécifique (si requis), de procéder à l'identification des facteurs en cause avec le requis de services, d'en faire l'analyse, d'identifier les motifs et les cibles de l'intervention, de planifier la réunion sur le plan de services et d'appliquer le plan d'intervention sommaire.

Rôle du MAIS :

- Il s'agit de poursuivre la transcription des informations selon le modèle MAIS, débutée à l'étape précédente. C'est à cette étape que nous structurons le matériel de façon à identifier des cibles d'intervention. Plus spécifiquement, nous identifions les capacités de la personne en lien avec la communication sociale, la régulation émotionnelle et les aptitudes cognitives : notamment celles concernant les fonctions exécutives. Cela nous permettra de mettre en lumière les modalités de traitement de l'information privilégiées par la personne.

L'outil de cueillette des informations devrait être informatisé et inséré dans le Système information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD).

### ***Étape 3 : L'élaboration du PSI/PI***

Cette troisième étape débute par la préparation à la réunion de planification de l'intervention et se termine par la rédaction du plan d'intervention (PI).

Rôle du MAIS :

- L'identification des objectifs jugés prioritaires se fera à partir du questionnaire MHAVIE rempli antérieurement. Ayant participé à remplir ce questionnaire, la personne et son répondant se trouvent bien préparés pour la réunion sur la planification des interventions. Cette planification tiendra aussi compte des observations, des évaluations complémentaires, du projet personnel et du requis de services. Le recours au MAIS oriente la finalité des objectifs vers l'amélioration de la participation sociale de la personne.

---

<sup>2</sup> Le MAIS comprend plusieurs instruments techniques qui sont élaborés mais qui ne figurent pas dans le présent document. Ils sont expliqués et remis lors d'une formation donnée par les auteurs.

**Étape 4 : La mise en œuvre du PSI/PI et l'analyse d'une situation problématique**

Cette quatrième étape sert essentiellement à ajuster les stratégies d'intervention (si requis) et à procéder à l'analyse d'une situation problématique. Cette dernière peut survenir pour deux raisons :

- Les objectifs ne peuvent être atteints malgré un ajustement des stratégies;
- Une situation nouvelle place la personne face à une situation de handicap potentielle.

Rôle du MAIS :

- La configuration des composantes du MAIS facilite le suivi des stratégies et l'analyse des situations problématiques.

**Étape 5 : La mesure des résultats du PSI/PI**

Cette cinquième étape vise l'atteinte des objectifs lors de la révision du PSI/PI et doit faire ressortir les points suivants:

- La réalisation d'activités courantes dans les milieux de vie concernés par les catégories d'habitudes de vie;
- L'accès à des rôles sociaux favorables à l'augmentation de la participation sociale;
- L'efficacité du soutien transactionnel mis en place et de ses ajustements en cours de route et modifications (si requis).

Rôle du MAIS :

- Le recours à la MHAVIE lors de la sous-étape 1b permet d'établir si la personne réalise réellement des activités ou exerce des rôles sociaux dans la communauté et nous renseigne sur l'efficacité du soutien transactionnel apporté pour l'atteinte des objectifs inscrits au PSI/PI.

**Étape 6 : Les recommandations, orientations et PSI**

Utiliser l'outil de validation de la fermeture d'un dossier dans le but de:

- Valider s'il reste des besoins non répondus lorsque nous croyons que les services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne ne sont plus requis en ayant recours à la MHAVIE;
- D'identifier les situations où une règle administrative empêcherait la fermeture d'un dossier. Si oui, mettre en place une intervention minimale;
- Déterminer si la situation de l'utilisateur requiert une transition vers le Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

Rôle du MAIS :

Plus spécifiquement, le recours au MAIS permet de préciser si :

- Les besoins inscrits au PSI/PI ont reçu une réponse satisfaisante pour l'utilisateur, son représentant ou sa famille;
- L'utilisateur n'est plus en situation de handicap dans les 12 catégories d'habitudes de vie.
- L'utilisateur bénéficie d'un réseau d'entraide pouvant répondre aux besoins non répondus de 2<sup>e</sup> ligne;
- L'utilisateur a des comportements qui favorisent son intégration et sa participation sociales.

## **7. CONTRIBUTIONS DU MAIS DANS LES SECTEURS DE LA RECHERCHE, DE LA FORMATION ET DE L'ENSEIGNEMENT**

### ***7.1 La recherche***

Plusieurs projets de recherche ont eu lieu ou sont présentement en cours afin de documenter des interventions et des outils basés sur l'un ou l'autre des modèles PPH et MII. Plusieurs CRDITED, CSSS ou Centres de réadaptation physique (CRDP) à travers le Québec ont adopté les modèles PPH ou MII en tout ou en partie.

### ***7.2 La formation***

Un programme de formation sur le, MAIS est maintenant disponible et peut être donné dans les divers établissements du réseau de la santé et des services sociaux, dans des établissements scolaires et dans des organismes communautaires.

### ***7.3 L'enseignement***

Le modèle, MAIS est enseigné dans certains cours donnés à l'Université de Montréal à l'école d'orthophonie et d'audiologie et à la Faculté de l'éducation permanente ainsi qu'à l'Université du Québec à Montréal.