

Interventions et collaboration pour les comportements problématiques en DI-TSA spécialisé			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes Déficiences	Approuvé	2025-04-04
		Révisé	AAAA-MM-JJ
Personne(s) concernée(s)	Aux gestionnaires, personnes-ressources en encadrement clinique et intervenant·es travaillant dans les équipes spécialisées DI-TSA		
Outils cliniques associés	CLI-60361 Attribution descripteur clinico-administratif		

Introduction

Ce document s'adresse aux équipes spécialisées en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA). Plus spécifiquement, il est à utiliser lorsqu'une personne usagère ayant un suivi actif présente des comportements problématiques. Il a pour objectifs de :

1

Offrir un [algorithme décisionnel](#) pour orienter les décisions sur le plan de l'intervention et de la collaboration interprofessionnelle.

[Voir section 1. Algorithme décisionnel pour la collaboration et l'intervention](#)

2

Définir quelle est la [clientèle-cible](#) de ce processus.

[Voir section 2. Clientèle-cible](#)

3

Établir le processus de [collaboration interprofessionnelle](#) attendu lors de comportements problématiques, qu'il s'agisse d'une collaboration avant de solliciter le programme TC-TGC ou pendant l'implication du programme TC-TGC.

[Voir section 3. Collaboration](#)

4

Établir le processus d'[évaluation et d'intervention](#) attendu par les [services spécialisés](#) en matière de comportements problématiques.

[Voir section 4. Évaluation et intervention](#)

5

Clarifier les [modalités de soutien](#), notamment :

- ✓ Les indices au besoin de soutien des intervenant·es;
- ✓ Les différentes modalités de soutien pour y répondre;
- ✓ Les balises des discussions entre personnes-ressources en encadrement clinique (PREC) lors de situations requérant le soutien du programme TC-TGC.

[Voir section 5. Modalités de soutien et d'encadrement clinique](#)

Lexique

Avant d'aborder les sections présentées à la page précédente, voici quelques définitions essentielles afin d'assurer une compréhension universelle des termes utilisés dans ce document :

Activité réservée

Les activités réservées permettent :

- ✓ D'actualiser la mission de protection du public des ordres professionnels;
- ✓ D'obliger les intervenants admissibles à adhérer à leur ordre pour réaliser certaines activités jugées préjudiciables;
- ✓ D'offrir les garanties et l'imputabilité propres au système professionnel (1).

Voici les critères pour **réserver une activité selon** l'Office des professions :

- ✓ Le risque de préjudice;
- ✓ La formation liée au degré de complexité que comportent les activités;
- ✓ Les clientèles vulnérables;
- ✓ Les contextes particuliers (1).

Les principales activités réservées portent sur **l'évaluation** (11 activités sur 13).

Selon l'Office des professions, « l'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. **Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.** » (1).

« Les évaluations sont réservées en raison de la présence d'un **risque élevé de préjudice lié au jugement clinique porté sur la situation de l'usager, ainsi qu'aux conséquences pouvant être irréremédiables par la communication des conclusions de ce jugement.** » (2)

Pour la liste complète des activités réservées, se référer à :

- ✓ Office des professions du Québec. (2021). Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

Comportements problématiques

Il s'agit d'un éventail de comportements (stéréotypés, sociaux inadéquats, sexuels inadéquats, d'hétéroagression, autoagression, etc.). Leur fréquence, leur intensité et leur impact ne sont pas assez importants pour que ces comportements soient qualifiés de troubles du comportement ou de troubles graves du comportement.

Descripteur clinico-administratif de TC ou de TGC

Le descripteur permet d'identifier formellement les personnes étant en situation de trouble du comportement (TC) ou de trouble grave du comportement (TGC). Les descripteurs possibles sont :

- ✓ Aucun;
- ✓ TC;
- ✓ TGC;
- ✓ TGC stabilisé accompagné de vulnérabilités importantes;
- ✓ TGC en rémission;
- ✓ Historique **de TGC**.

L'identification des personnes ayant un TGC est essentielle pour répondre à leurs besoins et pour s'assurer qu'elles bénéficient de l'expertise nécessaire. Le [CLI-60361](#) (*Attribution du descripteur clinico-administratif*) soutient cette démarche et offre une définition de tous ces descripteurs. Puisqu'il reflète la situation des comportements de la personne usagère à un moment précis, il doit être révisé lorsque la situation change significativement ou :

- ✓ Minimale aux 6 mois pour les descripteurs *TGC* et *TGC stabilisé accompagné de vulnérabilités importantes*;
- ✓ Minimale à chaque année pour les autres descripteurs.

Grille de dépistage rapide des risques de TGC

Grille d'analyse permettant de déterminer la nécessité d'avoir recours à une évaluation plus formelle pour une première attribution du descripteur clinico-administratif de TGC pour les personnes de 6 ans et plus présentant une DI ou un TSA (3). Elle ne permet pas d'attribuer le descripteur clinico-administratif de TC ou de TGC.

EGCP-II-R

Échelle permettant d'établir le profil psychométrique de comportements problématiques chez une personne usagère de 16 ans et plus ayant une déficience intellectuelle (DI) avec ou sans trouble du spectre de l'autisme (TSA). Son analyse et son interprétation permettent d'établir le descripteur clinico-administratif de TC ou de TGC. Elle ne peut être analysée que par les personnes détenant une formation pour analyser des données psychométriques, notamment, mais sans s'y limiter, les psychoéducateurs-trices (4). Une formation sur l'outil doit également être suivie afin de pouvoir l'interpréter. À noter que l'EGCP-II-R est aussi utilisé pour les personnes âgées de moins de 16 ans ainsi que pour les personnes ayant un TSA sans DI, mais le résultat des tests n'est pas standardisé.

Trouble du comportement (TC)

Il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais bien d'une action ou d'un ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique (5). Pour établir un TC, l'EGCP-II-R est essentiel.

Trouble grave du comportement (TGC)

Il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais bien d'une action ou d'un ensemble d'actions qui se décrit par les 4 critères suivants (6) :

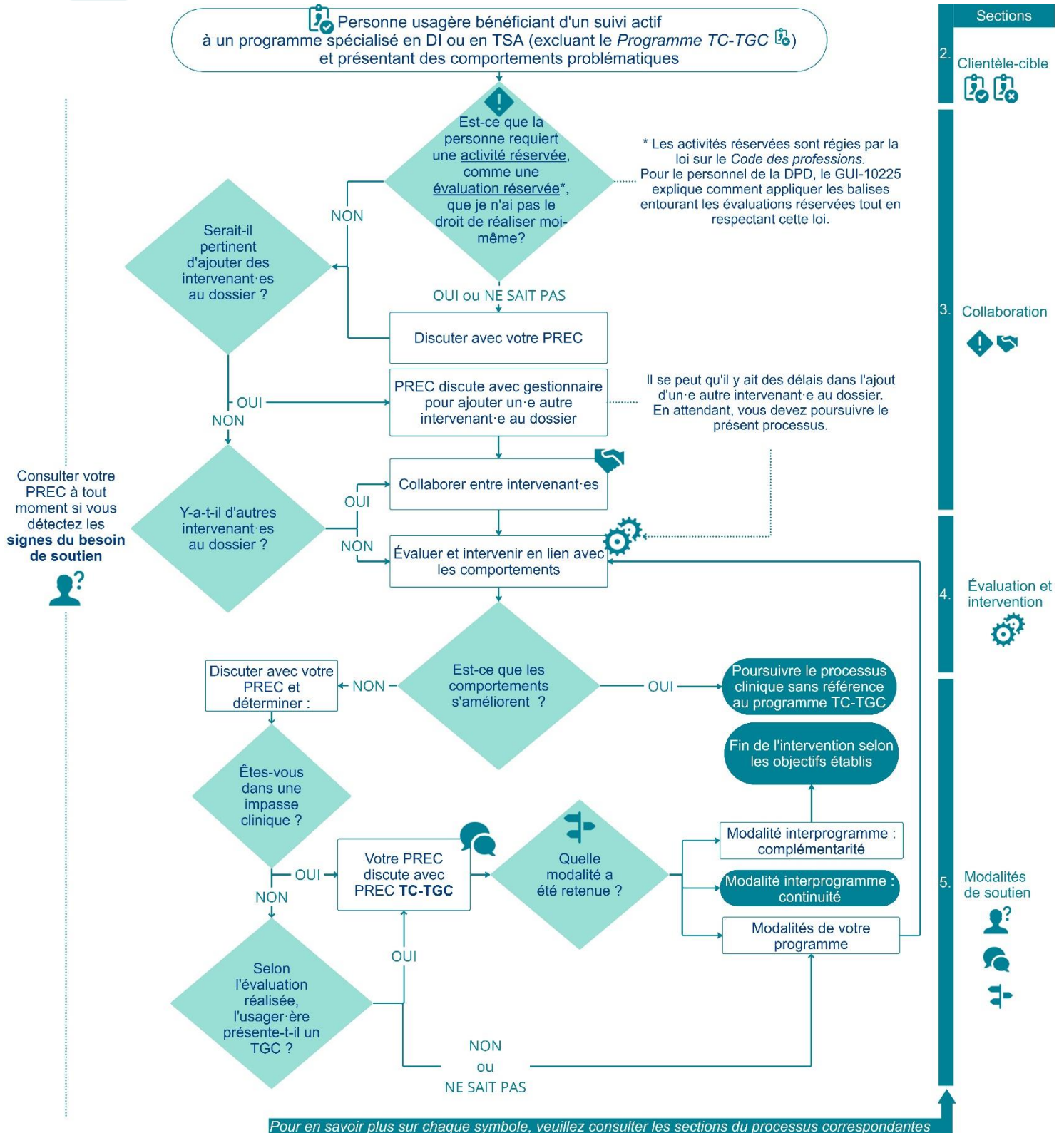
1. Une ou des manifestations comportementales graves sont associées à une situation clinique ou à une réadaptation complexe. Elles peuvent avoir des causes multiples et sont souvent associées à des troubles concomitants.
2. Les manifestations comportementales graves et multiples entraînent des préjudices sociaux ou des inadaptations sociales graves, qui peuvent s'être accumulés au cours de la dernière année.
3. Les manifestations comportementales graves ont eu lieu récemment (au cours des 90 derniers jours) et persistent.
4. La dispensation des services est perturbée : la personne usagère ne répond pas aux traitements habituels reconnus, elle refuse les services alors qu'elle en a besoin ou les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées.

Tout comme le TC, la présence potentielle d'un TGC peut être suspectée par la grille de dépistage rapide du SQETGC, mais seul l'EGCP-II-R peut l'établir.

1

Algorithme décisionnel pour la collaboration et l'intervention

Orienter les décisions



2

Clientèle-cible

Définir les personnes ciblées par ce processus

Ce processus vise à répondre aux besoins des :



Personnes usagères bénéficiant d'un suivi actif⁽¹⁾ à un programme spécialisé en DI ou en TSA et présentant des comportements problématiques.

(!) Si un-e intervenant-e est déjà assigné-e à un dossier et a déjà réalisé au moins une intervention, alors la personne usagère est considérée comme bénéficiant d'un suivi actif. Si l'intervenant-e questionne l'orientation du dossier, il lui faut réaliser les étapes du présent processus et solliciter rapidement sa PREC.

Il ne vise pas les :



Personnes usagères bénéficiant d'un suivi actif au Programme spécialisé TC-TGC. Les personnes usagères bénéficiant de ce programme voient leurs besoins répondus grâce aux interventions décrites dans le Programme spécialisé TC-TGC. À noter toutefois que pour faciliter la compréhension de la fin de l'épisode de services TC-TGC, certaines précisions sont explicitées à l'annexe A. L'annexe permet de mieux comprendre la fin de l'épisode TC-TGC pour les personnes usagères ayant bénéficiées de ce programme avant d'être desservies par les autres programmes spécialisés en DI ou en TSA.



Personnes sur la liste d'attente. Si la personne usagère est en attente d'un premier épisode de service et qu'elle présente des comportements problématiques alors qu'elle est encore sur la liste d'attente, avant d'assigner le dossier, la PREC s'assure que la personne usagère ne présente pas un TGC. Pour ce faire, une Grille de dépistage rapide des risques de TGC peut être remplie pour valider s'il y a un risque de TGC et ainsi valider l'orientation. La PREC peut se référer au document *Changement d'orientation pour les usagers en DI-TSA en attente d'un premier service*.

3 Collaboration

Établir le processus de collaboration attendu

Au tout début du processus, il est important de se poser les deux questions suivantes :

- ❖ Est-ce que la personne usagère requiert la réalisation d'une activité réservée que je n'ai pas le droit de réaliser moi-même ?
- + Serait-il pertinent de solliciter d'autres professionnel·les pour mieux évaluer ou intervenir ?

Ces questions peuvent aussi survenir tout au long du présent processus.

À la suite d'une discussion entre un·e intervenant·e et sa PREC, des intervenant·es pourront s'ajouter. Ces personnes peuvent provenir du même programme ou d'autres programmes, tel que le Programme spécialisé TC-TGC. Le processus de collaboration demeure le même, sans égard au programme d'origine de l'intervenant·e.

La différence réelle dans la collaboration dépend de la discipline de l'intervenant·e qui s'ajoute en relation avec celle de l'intervenant·e déjà présent·e au dossier. Pour mieux répondre aux besoins de la personne usagère en lien avec ses comportements problématiques :

- 3.1 Il peut être nécessaire d'ajouter des intervenant·es d'une même discipline
- 3.2 Il peut être nécessaire d'ajouter des intervenant·es d'une autre discipline

3.1. Intervenant·es d'une même discipline

Il existe deux raisons qui pousseraient un·e intervenant·e à vouloir ajouter un·e autre intervenant·e d'une même discipline pour intervenir auprès de la personne : l'obligation de recourir à une activité réservée (3.1.1.) et le besoin d'offrir une plus grande intensité d'intervention (3.1.2.).

❖ 3.1.1. L'obligation de recourir à une activité réservée

Lors de la réalisation du processus clinique auprès de la personne-usagère, l'obligation de recourir à la réalisation d'une activité réservée peut survenir, **entre autres**, dans un contexte d'évaluation (A) et dans un contexte où l'on doit décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement (B).

A) Évaluation réservée

Si l'évaluation de la situation de la personne usagère présente un risque de préjudice pour la personne usagère (1)

Le risque de préjudice pour la personne usagère associée à l'évaluation de sa situation est présent **notamment** lorsqu'il y a présence d'indicateurs de complexité. La complexité peut prendre plusieurs formes, mais elle est présente, par exemple, lorsqu'il est nécessaire pour l'intervenant·e de considérer dans son analyse de nombreux facteurs personnels et environnementaux, lorsqu'il y a peu ou absence de progrès significatifs malgré les interventions, lorsqu'il y a un risque de conséquences graves liées aux comportements de la personne usagère, etc. (2)

Et si l'intervenant·e ne peut réaliser l'activité réservée d'évaluer une personne usagère présentant un trouble mental ou un trouble neuropsychologique

Et qu'aucune personne assignée au dossier ne peut réaliser cet acte réservé

Alors il lui faut discuter avec sa PREC afin de réfléchir à la nécessité d'ajouter une ressource au dossier pouvant procéder à une évaluation réservée en fonction de son champ d'exercice.

Afin de déterminer s'il est requis de procéder à une évaluation réservée, se référer à :

- Guide d'aide à la décision pour l'orientation des dossiers - Dans le respect de l'activité réservée : « Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » (GUI-10225).

L'intervenant-e a une responsabilité partagée avec sa PREC de repérer le risque et de le signifier, mais il ou elle n'est pas responsable des ressources qui sont attribuées ou non au dossier par la suite. C'est sa PREC en collaboration avec l'équipe de gestion qui travaillera à être conforme au cadre législatif dans le processus d'octroi des ressources.

On pense au cas de figure, par exemple, d'un éducateur spécialisé qui interpelle sa PREC de sorte qu'un-e psychoéducateur-trice s'inscrive dans le dossier. Ces deux intervenant-es collaborent ensemble, mais il ne s'agit pas de collaboration interdisciplinaire, puisqu'ils ou elles œuvrent dans la même discipline.

Si un-e intervenant-e agit en complémentarité avec une personne d'une même discipline (ex. : TTS avec TS ou TES avec psychoéducateur-trice), alors il ou elle collabore à la cueillette de données et s'inscrit dans le PI de son ou sa collègue membre d'un ordre.

B) Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris

Au cours de suivi clinique, si les comportements d'une personne usagère représentent un danger imminent pour sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui, **une évaluation par un professionnel habilité** sera nécessaire pour déterminer si une mesure de contention ou d'isolement devra être mise en place.

En raison d'un risque de préjudice associé à l'utilisation d'une mesure de contrôle, cette décision est réservée à certains professionnels. Il s'agit d'une **activité réservée** par le Code des professions. De ce fait, l'intervenant doit discuter avec sa PREC afin de réfléchir à la nécessité d'ajouter une ressource au dossier pouvant procéder à une évaluation pour déterminer si une mesure de contention ou d'isolement devra être mise en place.

- Par contre, **en situation d'urgence**, la décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement n'est pas réservée;
- L'application d'une mesure de contention ou d'isolement, qui diffère de la **décision** de planifier une mesure de contention ou d'isolement, n'est pas réservée.

Pour plus d'informations à ce sujet, se référer à :

- Office des professions du Québec. (2021). Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.
- Politique – Utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle (POL-10021).
- Procédure – Utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle (PRO-10022).

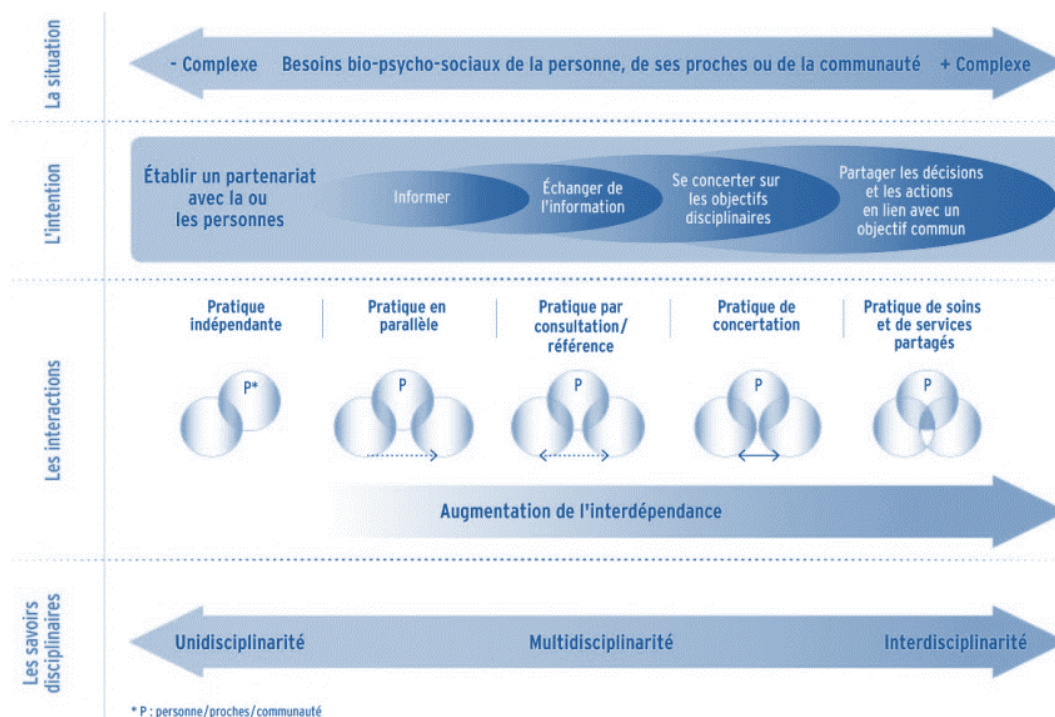
3.1.2. Le besoin d'offrir une plus grande intensité d'intervention

La PREC pourrait décider de solliciter un·e intervenant·e d'une même discipline pour offrir à la personne usagère une plus grande intensité d'intervention. Dans ce cas, les deux intervenant·es partagent le même plan d'intervention et les intervenant·es doivent analyser la situation conjointement. Les comportements de la personne ne doivent pas être réévalués pour la même discipline.

3.2 Intervenant·es d'une discipline complémentaire

Il peut s'agir de collègues du programme d'origine ou du programme spécialisé TC-TGC. Dans les deux cas, il ou elle agit dans une modalité de **complémentarité**.

Les intervenant·es de différentes disciplines agissent dans le cadre d'une **pratique de collaboration interprofessionnelle**. Cette pratique se situe sur un **continuum** illustré ci-dessous (7) :



Comme l'illustre le schéma ci-haut, puisque les besoins des personnes usagères dans le cadre des **services spécialisés** sont **complexes**, alors les pratiques *les plus souvent utilisées* seront la **concertation** et les **soins et les services partagés**. L'élaboration d'un PII ou d'un PSI s'avère nécessaire si les objectifs sont partagés. À noter que le choix de la pratique de collaboration interprofessionnelle devrait se baser sur sa **pertinence clinique**.

Dès qu'un·e intervenant·e n'est pas seul·e dans le dossier, il ou elle devrait discuter avec les intervenant·es présent·es au dossier afin d'identifier leur intention de collaboration. Celle-ci déterminera les interactions requises entre eux et elles afin de répondre de la façon la plus optimale possible aux besoins de la personne ou de ses proches (7).

Lorsque l'intervenant·e agit en pratique de collaboration interprofessionnelle, il ou elle devrait :

- Identifier qui est la **personne pivot** et s'y référer au besoin concernant la coordination des services et pour sa connaissance fine de la personne usagère;

- **Profiter de l'expertise et des connaissances de ses collègues** dans le but de répondre le plus efficacement au besoin de la personne usagère;
- Considérer le travail et l'analyse de ses collègues afin de **bonifier sa propre analyse** et partager la sienne pour bonifier celle des autres;
- **S'intégrer dans le processus clinique de la personne usagère** et rendre son implication la plus simple possible auprès de la personne usagère.
- Trouver, de concert avec le ou la pivot et les autres intervenant·es assigné·es au dossier, des **mécanismes pour rendre les interventions fluides** :
 - ✓ S'assurer qu'il n'y a pas un dédoublement des interventions et que les interventions soient dispensées par l'intervenant·e le ou la plus habilité à les faire en lien avec son champ d'exercice;
 - Par exemple, plusieurs intervenant·es pourraient évaluer de concert les comportements problématiques de la personne usagère en lien avec leur champ d'exercice respectif, mais une seule personne pourrait être choisie pour mettre en place les interventions convenues qui ciblent directement les comportements.
 - ✓ S'assurer que les interventions soient coordonnées si elles doivent l'être.
 - Par exemple, selon leur analyse commune, la travailleuse sociale pourrait intervenir sur le plan de la relation entre la personne usagère et sa famille, alors que l'éducatrice pourrait travailler la capacité de la personne en lien avec l'expression de ses émotions.
- Établir, de concert avec le ou la pivot, **des mécanismes afin que la communication soit fluide**, par exemple, en établissant des périodes récurrentes de concertation ou des rencontres communes avec la personne usagère.
- Se rappeler que **l'approche de partenariat** est au cœur de leur processus clinique et doit trouver des façons d'impliquer la personne usagère au maximum de ses capacités, puisqu'il s'agit de son processus clinique.

Avant même de solliciter un·e intervenant·e pour agir en complémentarité, la personne usagère doit donner son consentement. Lorsqu'un·e intervenant·e s'ajoute au dossier, la personne usagère en est avisée. L'intervenant·e qui s'ajoute au dossier doit rechercher et obtenir son **consentement**, peu importe son niveau d'implication, même s'il a été obtenu initialement pour la référence.

À cet effet, le **niveau d'implication** de l'intervenant·e dépend du besoin de la personne usagère.

Si un·e intervenant·e effectue une évaluation et émet des recommandations, alors il ou elle devrait poursuivre son processus clinique auprès de la personne usagère s'il est pertinent cliniquement de demeurer au dossier. Si certains moyens pourraient être partiellement mis en place par d'autres personnes, il ou elle doit s'assurer qu'ils répondent aux besoins des personnes usagères.

Dans le cadre d'une pratique de collaboration interprofessionnelle, **les rôles et les responsabilités** des intervenant·es qui s'ajoutent dans le processus clinique de la personne usagère doivent être clairs. Le tableau suivant offre un exemple de division des rôles et responsabilités entre les intervenant·es déjà présent·es au dossier et l'intervenant·e qui s'y ajoute. À noter que les actions suggérées ne sont pas rigides : si les intervenant·es s'entendent autrement ou désirent s'entraider, si cet accord est dans le meilleur intérêt de la personne usagère et établi selon le jugement clinique des intervenant·es impliqué·es, tout changement est permis en respectant les balises légales.

Exemple de pratique de collaboration interprofessionnelle

Il s'agit d'un exemple parmi tant d'autres. Les actions peuvent fluctuer en fonction du jugement de l'équipe clinique et des préférences de la personne usagère.

Des **discussions de concertation** se retrouvent tout au long du processus clinique. À noter qu'elles impliquent que la personne pivot au dossier rassemble tous les professionnels pertinents pour discuter d'un sujet. La *présence de la personne usagère* à ces discussions est à déterminer selon la pertinence clinique. Il faut miser sur les capacités de la personne usagère, créer des opportunités pour qu'elle soit partie prenante des discussions et trouver des moyens pour qu'elle soit une réelle partenaire. Si elle n'est pas impliquée directement lors des discussions, on doit lui laisser s'exprimer avant les discussions pour sonder son opinion, et après, pour lui en rapporter les grandes lignes et garder le dialogue ouvert.

Accueil de la nouvelle discipline

Intervenant-es déjà présent-es au dossier

- ✓ Pivot informe la personne usagère qu'un-e intervenant-e s'est ajouté-e au dossier à la suite de la demande qui a été réalisée avec son consentement. Elle s'assure que la personne usagère consent toujours au service demandé.
- ✓ **Discussion de concertation**
Réfléchissent conjointement à l'intention de collaboration.
- ✓ Pivot planifie la première rencontre conjointe avec la personne usagère et le nouvel intervenant
- ✓ Pivot participe à la première rencontre entre la personne usagère et le nouvel intervenant.

Intervenant-e d'une autre discipline qui s'ajoute

- ✓ Lit les éléments importants du dossier.
- ✓ **Discussion de concertation**
Discute du dossier avec les intervenant-es déjà au dossier et réfléchit à l'intention de collaboration.
- ✓ Fournit ses disponibilités au pivot pour planifier les rencontres.
- ✓ Anime la première rencontre. Informe la personne usagère du travail de concertation à venir avec toutes les personnes attirées au dossier et obtient son consentement.

Évaluation et analyse

Intervenant-es déjà présent-es au dossier

Intervenant-e d'une autre discipline qui s'ajoute

Élaboration du PI et mise en œuvre des interventions

Discussion de concertation

Les intervenants s'entendent sur une fréquence de concertation lors de la mise en œuvre (par exemple, une rencontre statutaire, une fois par semaine, 15 minutes). En plus de ces rencontres prévues, les intervenant-es se concertent dès qu'il y a une urgence ou une information qui ne peut attendre la rencontre statutaire. Les intervenant-es notifient le pivot qui prévoit ces rencontres plus urgentes. De plus, des discussions de nature réflexive avec des professionnels déjà assignés au dossier peuvent aussi se dérouler entre ces rencontres.

Intervenant-es déjà présent-es au dossier

- ✓ **Discussion de concertation (suite)**
Lors de la discussion sur l'évaluation et l'analyse, tous réfléchissent ensuite à un plan de match commun pour mettre en œuvre les recommandations du nouvel intervenant. Ils réfléchissent aux potentiels objectifs communs qu'ils pourraient partager.
- ✓ Si des objectifs sont communs, le pivot planifie un PII ou un PSI et y prépare la personne usagère. Il planifie la rencontre en s'assurant que la personne usagère ainsi que tous les intervenant-es au dossier

Intervenant-e d'une autre discipline qui s'ajoute

- ✓ **Discussion de concertation (suite)**
Explique ses recommandations et réfléchit avec les autres intervenant-es sur l'apport potentiel de chacun en lien avec celles-ci. Réfléchit avec les autres intervenant-es sur de potentiels objectifs communs qu'ils pourraient partager.
- ✓ Participe à la rencontre de PII ou de PSI si des objectifs sont communs. Il en profite pour ajuster son PID afin de ne pas multiplier les rencontres.

qui partagent des objectifs communs y soient, anime et rédige le PII / PSI en s'assurant de bien y transcrire les volontés de la personne usagère et ce qui a été convenu clairement avec elle. Ils en profitent pour ajuster leur PID (étape suivante) afin de ne pas multiplier les rencontres.

Interviennent tel qu'il a été convenu au PII / PID selon les approches et stratégies d'intervention préconisées à leur programme.

Mesure des résultats

La personne usagère devrait être en mesure de suivre l'évolution de sa situation en temps réel. Ainsi, cette étape se fait en continu, mais plus officiellement lorsqu'il y a une révision d'un PI. Ces documents évolutifs doivent être révisés dès qu'il y a un changement dans les objectifs de la personne usagère. L'intervention en complémentarité d'un intervenant pourrait être très rapide. Les objectifs pourraient être atteints rapidement. Bien souvent, la mesure des résultats pourrait entraîner la fermeture de l'épisode de services.

Intervenant-es déjà présent-es au dossier

✓ *Discussion de concertation*

Font le point et permettent à chaque personne de partager son analyse des résultats et de la bonifier avec celle des autres.

Intervenant-e d'une autre discipline qui s'ajoute au dossier

✓ *Discussion de concertation*

Participe à la discussion de concertation. Partage son analyse des résultats et la bonifie avec celle des autres.

Si des objectifs sont communs, le pivot planifie la révision du PII ou du PSI et y prépare la personne usagère. Il planifie la rencontre en s'assurant que tous les intervenant-es pertinents au dossier y soient, l'anime et rédige la révision du PII / PSI en s'assurant de bien y transcrire les volontés de la personne usagère et ce qui a été convenu clairement avec elle. Tous les intervenant-es pertinent-es en profitent pour réviser au besoin leur PID.

Fermeture, recommandations et orientations

- ✓ Les raisons pouvant amener la fermeture d'un épisode de services sont explicitées dans le processus clinique et dans les différents programmes.
 - ✓ Avant de fermer son épisode de services, l'intervenant-e s'assure que ses recommandations sont mises en place, prépare la personne usagère et les autres intervenant-es à la fermeture en s'assurant d'une fluidité dans les interventions et de leur pérennisation.
 - ✓ *Discussion de concertation*
- La décision de fermer un épisode de services devrait faire l'objet d'une discussion de concertation, puisque cette décision peut avoir un impact sur la personne usagère et sur toute l'équipe clinique.

4

Évaluation et intervention

Établir le processus d'évaluation et d'intervention attendu par les services spécialisés

Une des approches préconisées en prévention des troubles graves du comportement est le *Positive Behaviour Support* (PBS) (8). Selon le PBS, il existe trois niveaux d'intervention : primaire, secondaire et tertiaire. Pour résumer simplement, on dira qu'on est en prévention primaire lorsqu'on prévient l'apparition même des comportements. En prévention secondaire, on prévient l'aggravation des comportements et on tentera de les améliorer. Si la prévention secondaire est insuffisante, alors on parlera de trouble grave du comportement et on agira en prévention tertiaire. Dans ces cas, c'est généralement le programme spécialisé TC-TGC qui prend le relais.

Les interventions suggérées ci-dessous s'inscrivent en [prévention secondaire](#). Tout intervenant œuvrant en DI ou en TSA pourrait rencontrer des comportements problématiques chez une personne usagère et doit mettre en place les meilleures pratiques afin de prévenir leur aggravation.

Pour ce faire, les intervenant-es doivent :

- 4.1 Mettre en place un filet de sécurité avant d'évaluer et d'intervenir en profondeur
- 4.2 Évaluer les comportements problématiques
- 4.3 Intervenir pour prévenir l'aggravation des comportements et les améliorer

De plus, tout au long de son évaluation et de son intervention, l'intervenant-e demeure à l'affût des signes indiquant qu'il devrait demander du soutien afin de pouvoir répondre de la façon la plus adéquate, bénéfique et efficace possible aux besoins de la personne usagère.

(Voir section 5.1. Signes du besoin de soutien).

4.1. Mettre en place un filet de sécurité avant d'évaluer et d'intervenir en profondeur

Il est important d'assurer la sécurité et de prévenir l'aggravation des comportements en mettant en place :

- ✓ Des adaptations de l'environnement pour prévenir les comportements;
- ✓ Une grille de désescalade pour gérer les comportements et éviter qu'ils ne s'aggravent.

Il est possible de mettre en place ces outils de manière préliminaire, dès l'apparition des comportements, même si l'évaluation ou l'appréciation du comportement n'est pas terminée. Ceci a pour but de prévenir l'aggravation des comportements pendant la période d'évaluation. Ces outils seront à réviser une fois l'évaluation ou l'appréciation terminée. En fonction du potentiel de reprise ou de développement des habitudes de vie (réadaptation), des interventions devraient être réalisées dans le but de limiter ou de prévenir leur utilisation en améliorant les capacités de la personne et de son environnement dans une optique de réadaptation. L'individu et son environnement doivent être outillés à reconnaître les moments propices où utiliser ces outils, et ce, même si les comportements ont cessé.

4.2. Évaluer les comportements problématiques

4.2.1. Des éléments communs à considérer

Certains éléments communs sont à prendre en considération dans les évaluations et appréciation des professionnel·les, qu'ils soient ou non membres d'un ordre :

- La [fréquence](#), l'[impact](#), la [durée](#), l'[intensité](#) du comportement;
- Les [moments](#) et les [endroits](#) où ils se produisent;

À noter : si la personne usagère a des comportements dans un seul des milieux fréquentés, alors il se peut qu'il existe des stratégies possibles issues des autres milieux pour réduire ou éliminer la manifestation du comportement. L'intervenant·e doit alors se pencher sur ce qui ne fonctionne pas dans l'environnement problématique, et voir si les stratégies appliquées dans les autres milieux peuvent fonctionner dans celui-ci.

- Les **interventions** déjà réalisées par les différents milieux de la personne usagère pour tenter de régler la situation;
- Les éléments contribuant à son apparition (les **antécédents**) et les réponses apportées à la suite de sa survenue (**conséquences**).
- La présence ou non d'un **descripteur** clinico-administratif de TC ou de TGC au dossier et la date à laquelle il a été révisé pour la dernière fois.

4.2.2. Types d'analyse et d'évaluation différents

À noter que le type d'évaluation dépendra :

- Du besoin de la personne usagère;
- Du champ d'exercice de l'intervenant·e,
- De son droit d'exercer ou non l'acte réservé d'évaluer une personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou neurodéveloppemental.

À des fins pratiques, nous utiliserons les terminologies suivantes :

Professionnel·le membre d'un ordre	Professionnel·le non membre d'un ordre
Professionnel·le qui peut évaluer une personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou neurodéveloppemental	Professionnel·le qui ne peut effectuer cet acte réservé d'évaluation
	

Professionnel·le membre d'un ordre :

- Effectue une évaluation de la problématique de la personne usagère en fonction de son champ d'exercice.
- S'attarde aussi sur les facteurs de risques et de protection et en évalue la portée, l'importance et leurs interactions en lien avec l'apparition des comportements problématiques.
- Qualifie la nature des comportements problématiques et statue sur les conséquences de ceux-ci à plus long terme dans la vie de la personne usagère.
- Si l'évaluation permet d'établir un TC ou un TGC, attribue le descripteur clinico-administratif correspondant. Si un descripteur clinico-administratif de TGC ou de TGC stabilisé avec vulnérabilité importante a été établi il y a plus de 6 mois, le révisé. Si d'autres descripteurs que ceux-ci ont été attribués, les révisé s'ils ont été établis il y a plus d'un an. Complète le CLI-60361.
- S'assure de réviser le descripteur clinico-administratif selon les bonnes pratiques :
 - Aux 6 mois pour le descripteur TGC et TGC stabilisé avec vulnérabilités importantes;
 - Aux années pour les autres descripteurs.
- Peut utiliser des instruments de mesure standardisés selon leur pertinence clinique et son champ d'exercice.
- Formule ensuite des hypothèses suite à l'analyse et à l'interprétation des données cliniques recueillies conformément aux lignes directrices des ordres d'appartenance des professionnels concernés.
- Par la suite, détermine des objectifs d'intervention en partenariat avec la personne usagère.

Professionnel·le non membre d'un ordre :

- Effectue une cueillette de données issue d'une démarche d'observation et d'une analyse de ces données, en utilisant des outils disponibles non standardisés;
- Bonifie son analyse multidimensionnelle des besoins avec ces nouvelles données;
- Considère les facteurs de risque et de protection;
- Détermine si une collaboration avec un·e autre intervenant·e est nécessaire. À la suite de cette cueillette de données, deux scénarios sont possibles :

A) Les conditions suivantes sont réunies :

- Il n'y a pas de descripteur clinico-administratif de TC ou de TGC au dossier ni de facteurs complexes à considérer;
- Aucun·e professionnel·le membre d'un ordre n'est assigné·e au dossier;
- L'analyse permet de dégager une hypothèse préliminaire de la fonction du comportement.

☞ À partir de ses hypothèses préliminaires, il ou elle élabore ou révisé ses objectifs en partenariat avec la personne usagère et commence son intervention (voir section suivante).

B) Les conditions suivantes sont réunies :

- Il ou elle est seule dans le dossier;
 - Il est impossible de dégager une hypothèse préliminaire sur la fonction du comportement
- OU**
- Il ou elle réalise que la personne usagère requiert une évaluation réservée (plusieurs facteurs complexes à considérer dans sa situation, présence d'un descripteur clinico-administratif de TC ou de TGC, par exemple).

Se référer au Guide d'aide à la décision pour l'orientation des dossiers - Dans le respect de l'activité réservée : « Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » (GUI-10225)

☞ Il ou elle consulte alors sa PREC afin de pouvoir collaborer avec un·e professionnel·le membre d'un ordre.

- Si le ou la professionnel·le s'inscrit déjà dans un dossier où est présent·e un·e professionnel·le membre d'un ordre qui évalue les comportements problématiques, alors c'est le ou la professionnel·le membre d'un ordre qui est responsable de l'évaluation de cette dimension. Le ou la professionnel·le non membre d'un ordre peut contribuer à la cueillette de données concernant les comportements problématiques et/ou poursuivre son processus clinique concernant d'autres dimensions. Il ou elle s'assurera de considérer les meilleures pratiques en termes de collaboration afin de répondre le plus efficacement aux besoins de la personne usagère ([voir section 3. Collaboration](#)).

4.2.3. Des outils d'observation ou d'analyse communs

Afin de réaliser leurs évaluations respectives, les professionnel·les peuvent se référer [au Coffre à outils SQETGC](#). On y retrouve notamment :

- Grilles ABC
- Grille de dépistage rapide des risques de TGC
- Fiche d'observation des comportements problématiques

4.3. Intervenir

Le ou la professionnel·le intervient en fonction de son évaluation ou de son appréciation, de son champ d'exercice, et ce :

- ✓ **En collaborant avec les autres membres du personnel** si plus d'un·e professionnel·le s'inscrit au dossier ([Voir section 3. Collaboration](#))
- ✓ En utilisant, selon **son jugement clinique** (8) :
 - L'approche de l'analyse appliquée du comportement
 - L'approche cognitivo-comportementale
 - L'approche du soutien comportemental positif

Le ou la professionnel·le mesure et révisé en continu ses interventions en lien avec l'évaluation ou l'appréciation de leurs effets et l'évolution du comportement.

On considère que les comportements ne s'améliorent pas si :

- Il y a aggravation rapide des comportements (fréquence et/ou intensité) (en termes de jours)

OU
- L'intervenant·e juge cliniquement que ses interventions auraient dû porter fruits dans un temps donné, mais que les comportements se sont maintenus ou ne se sont pas améliorés significativement

OU
- Au plus tard, après 30 jours suivant le repérage (l'apparition) des comportements problématiques*, les comportements se maintiennent.

** Ce chiffre est arbitraire. Il est utilisé pour éviter que le ou la professionnel·le demeure seul·e trop longtemps dans un dossier complexe. Évidemment, il est possible de consulter sa PREC plus rapidement selon son **jugement clinique**.*

Lorsque les comportements ne s'améliorent pas, le ou la professionnel·le consulte sa PREC.

5

Modalités de soutien et d'encadrement clinique

Clarifier les modalités de soutien



5.1. Signes du besoin de soutien

Voici quelques indices révélant qu'une personne intervenante aurait besoin du soutien d'une PREC :

- ✓ Elle ressent le besoin d'ajouter un·e intervenant·e au dossier afin de :
 - Recourir à une activité réservée
 - Donner une plus grande intensité de services
 - Évaluer un autre aspect de la situation de la personne usagère qui ne peut être évalué par son champ d'exercice
 - Mieux comprendre la situation de la personne usagère.

(Voir section 3. Collaboration)
- ✓ Elle a repéré au moins un des risques de conséquences graves (9) suivants liés aux comportements :
 - Risque de limiter de manière **significative** sa **participation à des activités** dans la communauté (loisir, activité de jour, école) qui pourrait entraîner :
 - Ralentissement ou retard au niveau des apprentissages;
 - Difficulté d'adaptation ou d'intégration à différents milieux;
 - Perte d'autonomie ou d'autodétermination liée à ses activités.
 - Risque d'**hospitalisation** en raison des comportements ou de sa santé mentale;
 - Risque de **perdre** son milieu de vie ou de **limiter significativement** sa participation à son milieu de vie;
 - Risque de devoir recourir à :
 - Des **mesures de contrôle**;
 - L'augmentation de la **médication** pour contrôler les comportements;
 - L'instauration d'une **surveillance étroite ou accrue** en lien avec les comportements.
 - Risque de compromettre le **soutien de ses proches** en raison, par exemple :
 - D'une irritation importante;
 - D'un stress, de la détresse, de la crainte, de la peur ou de l'épuisement;
 - D'une perturbation importante de leurs activités;
 - De conflits fréquents.
 - Risque de porter atteinte de manière grave, pour soi ou autrui :
 - À la **propriété ou aux biens**
 - À l'**intégrité physique**
 - Risque de **judiciarisation**.
- ✓ Elle suspecte un TGC;
- ✓ Elle constate que les comportements ne s'améliorent pas;
- ✓ Elle se sent démunie, épuisée ou inconfortable face à la situation;
- ✓ Elle ne se sent pas aidante et a l'impression que ses interventions ne portent pas fruits;
- ✓ Elle augmente l'intensité d'intervention auprès de la personne usagère (le nombre, la durée);
- ✓ La personne usagère se désengage, ne semble pas vouloir collaborer ou participer;

- ✓ Elle est dans une impasse clinique (n'arrive pas à émettre d'hypothèses explicatives des comportements ou à déterminer leurs fonctions ou ne sait pas comment explorer ces hypothèses).

L'intervenant-e ne doit pas attendre d'avoir tout essayé : elle doit faire appel à sa PREC dès les premiers signes. Une des clés pour intervenir auprès des personnes usagères ayant des comportements problématiques est d'agir en prévention.

5.2. Types de modalités

5.2.1. Modalités intraprogrammes

Lorsque l'intervenant-e consulte sa PREC après avoir repéré les [signes de besoins de soutien](#), en explorant la situation, ils ou elles détermineront s'il [demeure des hypothèses](#) à explorer pour expliquer les comportements ou leurs fonctions et quels sont les moyens pour les explorer.

Si, suite à la discussion avec sa PREC, l'intervenant-e **demeure dans une impasse clinique**, alors [sa PREC discutera avec une PREC du programme TC-TGC](#) pour déterminer les modalités de soutien appropriées ([voir section 5.3. Balises des discussions avec les PREC du programme spécialisé TC-TGC](#)).

Si l'intervenant-e et sa PREC **ne sont pas dans une impasse clinique**, ce sont généralement les [modalités de soutien de leur programme](#) (intraprogramme) qui seront mises en place. Si, lors de l'évaluation, toutefois, l'intervenant-e a pu établir que la personne usagère était en situation de TGC, alors, même s'il reste des hypothèses à explorer, sa PREC sollicitera tout de même la PREC du programme spécialisé TC-TGC.

Voici des modalités de soutien intraprogramme que pourraient lui offrir sa PREC. Elle pourrait :

La soutenir pour réfléchir ou pour considérer des outils ou des actions pour bonifier le processus clinique de la personne usagère en respect des meilleures pratiques de son programme :

- ✓ Lui proposer une formation pour parfaire ses connaissances (comportements problématiques, outils, AAC, etc.);
- ✓ Lui suggérer de présenter sa situation lors d'un codéveloppement, durant lequel l'intervenant-e pourrait bénéficier de l'analyse et du soutien de ses collègues;
- ✓ Contribuer à la réflexion sur les professionnel-les nécessaires pour compléter l'évaluation et bonifier l'intervention auprès de la personne usagère et ainsi procéder à leur assignation avec l'accord du gestionnaire.

L'intervenant-e ainsi que sa PREC doivent réfléchir à ce qui est le plus pertinent et efficace pour soutenir l'intervenant-e afin de répondre aux besoins de la personne usagère. Pour voir l'ensemble des modalités d'encadrement clinique possible, consulter le *Cadre de référence sur l'encadrement professionnel* (10).

5.2.2. Modalités interprogrammes du *Programme spécialisé TC-TGC*

Si, suite à la discussion avec sa PREC, l'intervenant-e demeure dans une [impasse clinique](#) ou si l'équipe clinique a établi un TGC lors de l'évaluation, alors la PREC discutera avec une PREC du programme TC-TGC pour déterminer les modalités de soutien appropriées. Voici les possibles modalités interprogrammes dispensées par le Programme spécialisé TC-TGC :

✓ **Continuité**

Lorsqu'une personne usagère présente un TGC, alors le dossier est transféré en continuité au programme TC-TGC lorsque cette avenue est la plus pertinente pour répondre à ses besoins. Pour rappel, afin d'attribuer un TGC, l'interprétation de l'EGCP-II-R dans une évaluation disciplinaire doit être réalisée. Pour s'assurer de la fluidité des services dispensés, il est possible que l'intervenant·e en DI ou en TSA demeure dans le dossier, le temps que leurs évaluations et recommandations soient comprises et actualisées par le programme TC-TGC. Il est possible que plusieurs rencontres ou discussions soient nécessaires pour s'assurer d'un transfert fluide.

✓ **Complémentarité**

Lorsqu'une personne du *Programme spécialisé TC-TGC* s'ajoute aux intervenants du programme DI ou TSA dans le dossier d'une personne usagère, nous parlons de complémentarité. Avant d'utiliser cette modalité, les PREC considéreront d'abord les ressources intraprogrammes. Lorsqu'un·e intervenant·e s'ajoute, alors il faut considérer les bonnes pratiques en matière de collaboration ([voir section 3. Collaboration](#))

Il pourrait aussi être convenu qu'un·e intervenant·e du programme TC-TGC contribue à des modalités d'encadrement clinique convenues entre PREC (consultation, formation, etc.). Pour voir l'ensemble des modalités d'encadrement clinique possibles, consulter le Cadre de référence sur l'encadrement professionnel (10).

5.3. Balises des discussions avec les PREC du Programme spécialisé TC-TGC

Selon le guide interprogramme (11), si une référence doit être effectuée au programme TC-TGC, vos PREC discuteront des questions suivantes. Des précisions y ont été ajoutées pour faciliter les échanges et permettre aux intervenant·es de fournir les informations pertinentes à leur PREC pour soutenir cet échange. À noter que les PREC de programmes DI ou TSA peuvent discuter à tout moment avec la PREC du programme TC-TGC, qu'une référence soit considérée ou non.

Question 1 : Est-ce que le diagnostic, le profil et le besoin de la personne usagère correspondent à l'expertise du programme?



Pistes de réflexion

En lien avec la *Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*, le choix d'un programme doit être basé sur le profil de besoins de la personne usagère et non sur le **diagnostic** (12).

Est-ce que le **profil de besoins** de la personne usagère correspond à l'expertise du programme TC-TGC? Est-ce que l'intervention offerte, liée spécifiquement aux causes du comportement, pourrait être utile pour répondre aux besoins de la personne usagère ou la référence à un autre programme serait plus indiquée?

Comme le révèle l'algorithme décisionnel, si la personne usagère présente un TGC, un transfert (modalité de continuité) au programme TC-TGC est en effet à considérer, non pas en lien avec l'attribution du descripteur clinico-administratif, mais parce qu'il s'agira du meilleur programme pour répondre à son besoin.

Si la personne usagère présente des comportements problématiques qui se maintiennent malgré les modalités de soutien du programme référent, alors les chances sont élevées pour que l'expertise du TC-TGC soit profitable pour répondre à son besoin.

Question 2 : La personne usagère est-elle disponible pour recevoir le service demandé?



Pistes de réflexion

Tout au long du processus d'intervention, la personne usagère ou la personne habilitée à consentir doit consentir à l'intervention proposée. C'est aussi le cas lors d'une référence à un programme : il faut obtenir son consentement ou, si elle n'est pas habilitée à consentir, celui de la personne habilitée à le donner pour lui.

Lors de problématiques de comportements, il est fréquent que la personne usagère soit réticente aux services. Il faut alors travailler le consentement et la motivation à s'engager. Des interventions devraient être effectuées pour aller chercher un consentement *libre et éclairé*. [La formation ENA #12972 - Le consentement aux soins : une démarche clinique évolutive loin d'être banale!](#) offre des réflexions et des pistes de solutions intéressantes à cet effet.

Le soutien du TC-TGC n'implique pas nécessairement une **intensité** de services importante (nombre de rencontres, durée des rencontres). Tout comme les autres programmes, l'intensité offerte se module selon les capacités et les besoins de la personne usagère et de son environnement.

L'**épuisement** de l'environnement de la personne usagère ou la **non-mobilisation** de la personne usagère ne sont pas des motifs de refus valables pour obtenir une modalité de complémentarité ou de continuité au programme TC-TGC. Il s'agit toutefois de sujets importants à aborder et sur lesquels il est primordial d'intervenir.

Si la personne usagère a des **problématiques prioritaires** à traiter (ajustement de médication, perte de logement, etc.), rien n'empêche l'équipe DI ou TSA d'effectuer une demande de soutien au programme TC-TGC, mais il est **probable** qu'un·e intervenant·e ne soit attiré·e officiellement qu'au moment opportun pour la personne usagère (une fois que les problématiques prioritaires sont traitées). Certaines problématiques peuvent contribuer ou même causer le comportement, tandis que d'autres n'y sont pas du tout liées. L'évaluation disciplinaire de l'intervenant·e devrait refléter la nature de la problématique et sa contribution (ou non) aux problèmes de comportement.

Elle devrait également statuer sur son opinion clinique quant au moment opportun pour l'implication du TC-TGC. Ces éléments seront à considérer dans la discussion entre PREC. La réflexion devrait toujours **se centrer sur le besoin de la personne usagère**.

Question 3 : Est-ce que le besoin exprimé correspond à un objectif du PID / PII / PSI en lien avec une HDV perturbée?



Pistes
de
réflexion

Il est important de suivre le processus clinique de manière rigoureuse et d'effectuer une tenue de dossier qui le reflète. Si l'intervenant·e juge la situation **urgente**, mais que sa tenue de dossier est incomplète, elle ne doit pas attendre avant d'en parler avec sa PREC.

Le besoin de recourir au programme TC-TGC devrait transparaître dans cette tenue de dossier, par exemple lorsque l'intervenant·e y mentionne les problèmes de comportements de la personne usagère, les interventions tentées et les résultats observés.

Question 4 : Quelles sont les interventions réalisées jusqu'à ce jour pour répondre à l'objectif?



Pistes
de
réflexion

Plusieurs interventions sont probantes en gestion des comportements problématiques. Elles sont recensées dans la section suivante : [Évaluation et intervention](#)

Si la personne usagère a des comportements dans **un seul des milieux fréquentés** : il ne s'agit pas d'un motif de refus, mais il est probable qu'on demande à l'équipe d'approfondir cette piste avant l'intervention du TC-TGC.

La source du comportement fera l'objet des discussions. Les interventions mises en place et les professionnel·les sollicité·es devraient refléter la nature et la source du comportement. Par exemple, si la source des comportements est le décès d'un proche, alors il faudra penser à interpeller, à l'aide de la PREC, un psychologue ou un travailleur social du programme DI ou TSA afin d'intervenir sur cet aspect. Ceci dit, il ne s'agit pas non plus d'un motif de refus, si l'apport du TC-TGC est tout de même indiqué pour d'autres aspects.

À noter que le délai de 3 mois d'intervention au sein des programmes spécialisés pour recourir à une modalité de soutien n'est qu'à titre indicatif : **si le besoin est urgent, il ne faut pas attendre**. Il ne faut pas non plus tenter d'avoir tout essayé avant d'interpeller une PREC, si l'intervenant·e évalue que la situation ne s'améliore pas malgré ses interventions.

Question 5 : Est-ce que le programme a la capacité de répondre et dans quel délai?



Pistes
de
réflexion

À noter que cette question n'est pas **utilisée pour juger de l'admissibilité** d'une personne usagère à un programme. Le manque de capacité n'est jamais un motif de refus.

En raison du manque de capacité, les délais de prise en charge pourraient s'avérer plus longs, ou bien il est possible que la ressource qui soit attitrée ne soit pas la ressource optimale, en attendant que cette ressource soit disponible.

Question 6 : Identifier ensemble le type de collaboration et quelle modalité est possible?



Pistes
de
réflexion

Trois modalités peuvent découler de la consultation entre vos PREC. Vos PREC pourraient décider :

- ✓ Qu'il y a encore des actions à tenter avec les ressources du programme référent (modalités intraprogrammes);
- ✓ Qu'une ressource du TC-TGC s'inscrive en complémentarité au dossier de la personne usagère pour mettre en place des interventions en collaboration avec les intervenant·es DI ou TSA déjà en place;
- ✓ Que le dossier doit être transféré en continuité au programme TC-TGC afin de répondre aux besoins de la personne usagère ([Voir section 5.2. Types de modalité pour en savoir plus](#)).

Liste des annexes

Annexe A – Précisions sur la fin de l'épisode du Programme spécialisé TC-TGC

Références

- Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif. 2021.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. Guide d'aide à la décision pour l'orientation des dossiers. Dans le respect de l'activité réservée : « Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité (GUI-10225). 2021.
- SQETGC. Grille de dépistage rapide des risques de TGC. 2017.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. Fiche descriptive - Outil publié - EGCP-II-R. 2022.
- Tassé MJ, Sabourin G, Garcin N, Lecavalier L. Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Rev Can Sci Comport.* 2010;42(1):62-9.
- SQETGC. Protocole d'identification des personnes présentant une DI ou un TSA et manifestnt un trouble grave du comportement. 2017.
- Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2018.
- INESSS. Troubles graves du comportement : meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme [Internet]. 2021 [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.inesss.qc.ca/>
- SQETGC. Répertoire des conséquences et impacts des comportements problématiques (RCI-CP) - Pour les personnes de 6 ans et plus et ayant une déficience intellectuelle (DI) avec ou sans trouble du spectre de l'autisme (TSA). 2019.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. Cadre référence sur l'encadrement professionnel (CRD-10350). 2022.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. Guide interprogramme. Démarche pour une demande de collaboration interprogramme. 2019.
- MSSS. Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. [Internet]. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>

Processus d'élaboration/ de révision		
Rédigé par	Withney St-Onge, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU – Développement et évolution des pratiques	2024-11-12
Consultation(s)	Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU – Qualité de la pratique clinique	2024-10-03
	Comité de travail : • Caroline Bouffard, coordonnatrice TSA et continuums TC-TGC et Nexus, DPD • Isabelle Perreault, coordonnatrice milieux réadaptation / hébergement long terme TC-TGC et soutien aux milieux de vie 24/7, DPD • Marilyne Jutras, cheffe, programme spécialisé TC-TGC, DPD • Marie-Pierre Roy, personne-ressource en encadrement clinique (PREC), programme spécialisé TC-TGC, DPD • Cinthia Latourelle, PREC, programme spécialisé DIL-DIM, DPD • Marie-Eve Ratté, cheffe, programme spécialisé DIL-DIM, DPD • Raphaëlle Marceau, PREC, programme spécialisé TSA, DPD • Julie Pépin, cheffe, programme spécialisé TSA 7 ans et plus, DPD	2024-11-11
	Comité de consultation : <i>Du programme spécialisé DIL-DIM, DPD</i> • Marie-Pierre Buisson, coordonnatrice • Nathalie Fortier, cheffe • Mylène Hébert, cheffe • Catherine Joly, PREC • Maude Demers, PREC <i>Du programme spécialisé TSA, DPD</i> • Jean-François Bouffard, PREC • Stéphanie Pépin, PREC • Liliane Filion, PREC • Julia Dion Brodeur, PREC • Mélanie Piché, PREC • Joëlle Charest, PREC • France Tétreault, PREC • Julie de la Rosbil, PREC • Jonathan Lavoie, chef • Josée De Courval, cheffe • Lydia Côté, cheffe <i>Du programme spécialisé TC-TGC, DPD</i> • Mélanie Auclair, PREC • Nathalie Pepper, PREC • Marie-Eve Arsenault, cheffe • Patricia Pepper, cheffe	2024-12-03

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)	2025-02-27

Historique du document / de révision du document		
Adopté par	Comité exécutif de la Direction des programmes Déficiences	2025-04-04
Commentaires		

Annexe A – Précisions sur la fin de l'épisode du *Programme spécialisé TC-TGC*

Pour le parcours des personnes usagères bénéficiant du *Programme spécialisé TC-TGC*, l'intervenant-e est invitée à se référer à ce programme qui détaille les interventions attendues à cet effet.

Voici quelques éléments pertinents à savoir, autant pour les intervenant-es TC-TGC que pour les intervenant-es en DI-TSA en lien avec la *fin de l'intervention* du *Programme spécialisé TC-TGC* :

- Lorsque les *comportements d'une personne usagère suivie en TC-TGC se stabilisent* à la suite d'interventions pour développer ou reprendre ses habitudes de vie (adaptation, réadaptation, traitement), l'intervenant-e devrait consulter sa PREC pour réfléchir à la *pertinence de faire une référence éventuellement à un autre programme ou service*. Si des besoins subsistent et selon les besoins de la personne usagère et son profil, ce pourrait être un programme spécifique, spécialisé ou un service offert par un partenaire externe. Si une référence serait pertinente pour répondre aux autres besoins de la personne usagère, l'intervenant-e TC-TGC doit s'assurer de l'*engagement* et du *consentement* de la personne usagère à recevoir ce nouveau soin ou service avant qu'une référence ne soit effectuée. Pour en savoir plus sur :
 - + [Le consentement](#)
 - + [L'engagement](#)
- Lorsque le dossier transfère du programme TC-TGC vers un autre programme spécialisé en DI-TSA (en continuité), alors il faut s'assurer que *les recommandations, les outils et les interventions* suggérées par TC-TGC *soient comprises et applicables* par l'équipe DI ou TSA. Pour ce faire, tous ces éléments doivent se retrouver au dossier SIPAD de la personne usagère. De plus, l'intervenant-e TC-TGC peut s'inscrire brièvement en complémentarité dans un dossier et estomper sa présence graduellement lorsque cela est pertinent cliniquement.
- *La passation de l'EGCP-II-R n'est pas requise pour la fermeture du dossier en TC-TGC*. À cet effet, l'utilisation d'un outil clinique doit toujours reposer sur sa pertinence clinique. Il est donc possible de réviser l'EGCP-II-R, s'il y a une pertinence clinique à le faire, mais ce n'est pas obligatoire pour que le programme TC-TGC ferme son assignation au dossier. Le dossier doit comprendre une note de fermeture complète.
- Le *descripteur clinico-administratif TC-TGC*, lui, doit être révisé lors de la fermeture du dossier au programme TC-TGC. Si le dossier est transféré, le programme spécialisé TC-TGC doit informer le nouveau programme que le descripteur clinico-administratif doit être révisé :
 - ✓ Minimalement aux 6 mois pour les descripteurs *TGC* et *TGC stabilisés accompagnés de vulnérabilités importantes*;
 - ✓ Minimalement à chaque année pour les autres descripteurs.

Cette révision a pour but d'éviter le risque de préjudice à la personne usagère. Si le nouveau programme de la personne usagère a besoin de soutien à cet effet, c'est la PREC de ce programme qui doit trouver une modalité de soutien afin que cet acte soit réalisé. Pour en savoir plus sur :

- + [Les descripteurs clinico-administratifs](#)