



Rôle de l'éducateur pivot en résidence long terme

Document de formation et d'orientation

Présenté par : Programmes de réadaptation en DI TSA et de l'hébergement

Date : Mai 2025

Production

Santé Québec

Direction des programmes de développement et de réadaptation (DPDR)

Rédaction

Programmes de réadaptation en DI-TSA et de l'hébergement

Révision

Programmes de réadaptation en DI-TSA et de l'hébergement

Soucieux de favoriser une communication inclusive, ce document utilise des formulations neutres lorsque possible. Tous les termes employés s'appliquent à toute personne, sans égard au genre.

Si des liens hypertextes sont modifiés lors de la mise à jour de ce document, il est important de mettre à jour toutes les occurrences dudit lien dans le texte. Si des références sont ajoutées dans le texte, il faut également ajouter celles-ci dans le recueil pivot à la fin du document.

© Santé Québec, 2025

*Le présent document appartient à **Santé Québec**. Toute personne ayant accès à celui-ci s'engage à protéger et à garder confidentielles les informations qui y sont contenues, incluant tout renseignement personnel le cas échéant. Ces informations ne pourront être utilisées qu'aux fins prévues, le présent document ne pouvant être divulgué à des personnes non autorisées qu'avec le consentement préalable de **Santé Québec**. Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place pour assurer la confidentialité du présent document, notamment en respect des lois applicables au Québec.*

Table des matières

OBJECTIF DU CARTABLE	5
Assistant en réadaptation/auxiliaire aux services de santé et aux services sociaux (en contexte résidentiel)	6
Éducateur pivot en résidence long terme.....	6
Éducateur ayant la fonction de PREC	6
Chef de programme	7
1. GESTION DU DOSSIER CLINIQUE	8
1.1. Tâches de l'éducateur pivot	8
1.1.1. Tâches clinique à la personne hébergée.....	8
1.1.2. Tâches Soutien à l'équipe et collaboratives.....	9
1.1.3. Tâches administratives et logistiques.....	10
1.2. Note d'évolution et HPS/HAP	10
1.2.1. Note d'évolution	11
1.2.2. HPS/HAP.....	11
1.3. Outils d'observation, d'analyse et de suivi des comportements	11
1.3.1. Grille sommaire/Grille de dispersion.....	11
1.3.2. Fiche-ABC-SQETGC, fiche d'observation	12
1.3.3. Feuilles de suivi quotidien et des objectifs en cours TC-TGC.....	12
1.3.4. Compilation de selles et de menstruations	12
1.3.5. Somnet.....	12
1.3.6. CLI-60771 Aménagements Préventifs-Prévention active.....	13
1.3.7. Le monitoring terrain	13
1.4. Gestion des achats et des finances.....	13
1.5. Priorisation des tâches.....	13

2. COMMUNICATION AVEC LES PARTENAIRES	14
3. SUIVIS MÉDICAUX GÉNÉRAUX	14
3.1. Suivis médicaux liés au TC-TGC (urgence, investigations liées aux hypothèses causales, suivis spécialisés, etc.).....	15
4. RENCONTRES INTERDISCIPLINAIRES POUR UN BESOIN CIBLÉ.....	15
5. RENCONTRES INTERDISCIPLINAIRES ET RENCONTRES DE SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC (LORS D'UN BESOIN PÉRIODIQUE DE SUPPORT EN LIEN AVEC UN ÉPISODE TGC NON-STABILISÉ OU UNE NOUVELLE ÉVALUATION EST NÉCESSAIRE).....	16
5.1. Tâches à effectuer en préparation de la rencontre de suivi des interventions par l'intervenant du continuum — en collaboration avec l'intervenant pivot (voir document rôle et responsabilités de l'intervenant)	16
5.2. Tâches à effectuer après la rencontre de suivi des interventions par l'intervenant du continuum — en collaboration avec l'intervenant pivot (voir document rôles et responsabilités de l'intervenant)	17
5.3. Outils spécifiques aux rencontres interdisciplinaires de suivi des interventions en TGC.....	17
6. TRANSITION DE MILIEU DE VIE.....	17
6.1. OEMC.....	17
6.2. Plan de transition.....	18
6.3. Sommaire des renseignements.....	18
7. MESURES DE CONTRÔLE	18
7.1. Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (PIMC)	19
7.2. Mesures de remplacement	19
7.3. Grille d'observation des soins, interventions et de la surveillance en lien avec une mesure de contrôle (clientèle DI -TSA).....	19
7.4. Comment rédiger une note évolutive (SIPAD) pour la déclaration d'une mesure de contrôle non planifiée/non conforme.....	19
7.5. Outils reliés aux mesures de contrôle.....	20
8. PLAN D'INTERVENTION	20
8.1. Plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement.....	20

9. RAPPORT AH-223 (INCIDENT-ACCIDENT) SECTION NOTES	21
9.1. Exemple de note SIPAD reliée à un incident/accident	21
9.1.1. Notes d'évolution en cas d'incident/accident	21
9.1.2. Notes d'évolution en cas de divulgation	21
RECUEIL DES RÉFÉRENCES	23
Section 1 — Gestion du dossier clinique	23
Section 2 — Communication avec les partenaires	23
Section 3 — Suivis médicaux généraux	24
Section 4 — Rencontre interdisciplinaires et rencontres interdisciplinaires de suivi des interventions en TGC 24	
Section 5 — Transition milieu de vie	24
Section 6 — Mesure de contrôle	24
Section 7 — Plan d'intervention	24
Section 8 — Rapport AH-223 (incident/accident)-Section notes	24

Objectif du cartable

Ce document a été élaboré pour accompagner les éducateurs pivots dans leur mission en résidence de longue durée et pour préciser les responsabilités qui leur incombent. Il contient aussi divers outils et exemples afin de faciliter leur travail et d'assurer un bon fonctionnement au sein de la résidence.

Les objectifs de ce cartable sont les suivants :

- Soutenir les éducateurs pivots dans la gestion de leurs dossiers
- Harmoniser les tâches et attentes à travers le territoire du CISSS de la Montérégie Ouest
- Favoriser une meilleure intégration des éducateurs
- Favoriser l'utilisation d'outils et de documents pivots harmonisés
- Regrouper tous les outils et références à un seul endroit pour faciliter le travail au quotidien

Documents explicatifs sur le mandat d'hébergement long terme :

- [Trajectoire hébergement long terme](#)
- [Vignette informative — hébergement long terme](#)
- [Arbre décisionnel hébergement long terme](#)

Rôles et responsabilités

Voici quelques définitions du rôle des diverses personnes impliquées auprès de la clientèle en RAC informations tirées du document [PRG-10214 Programme spécialisé TC-TGC](#), du [GUI-10226 Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés DPD](#) et du [rôle et responsabilités PREC](#).

Assistant en réadaptation/auxiliaire aux services de santé et aux services sociaux (en contexte résidentiel)

Il collabore avec l'éducateur à la mise en place des interventions; complète les grilles d'observation, applique les plans d'action et anime certaines activités. Il communique aux membres de l'équipe ses observations sur l'usager. Il applique les protocoles de traitements médicaux (incluant l'administration de médicaments et soins autorisés par la Loi 90) et accompagnent aux rendez-vous médicaux. Il s'assure du bien-être des usagers dans les AVQ, AVD, activités sociales et loisirs, en tenant compte de leurs goûts et centres d'intérêt, selon la programmation individuelle prévue.

Éducateur pivot en résidence long terme

L'éducateur anime diverses activités d'intervention auprès de la personne en difficulté d'adaptation psychosociale. Par ses observations, il contribue à l'évaluation des besoins, des capacités, des habitudes de vie et des comportements de l'usager. Également, il contribue au dépistage, à l'estimation, à la détection ainsi qu'à l'appréciation de troubles non diagnostiqués. Il élabore le PI, le révisé régulièrement, planifie les activités de la personne (programmation), intervient auprès de celle-ci et l'accompagne au travers des situations de la vie quotidienne. Il élabore et anime les plans d'apprentissage/plans d'action et assure la gestion courante des soins et des suivis.

Il veille à la compréhension et à la cohérence des interventions dans le milieu de vie de l'usager. Lors de la planification de la transition, il émet des recommandations concernant les résidences recherchées pour répondre aux besoins de l'usager. Il sollicite les professionnels nécessaires lors d'un besoin d'évaluation, de soutien supplémentaire et/ou d'un besoin d'intensité de service.

La coordination des services par un intervenant pivot est nécessaire au sein de l'établissement afin d'assurer à l'usager un parcours de service fluide et sans embûches, éviter les dédoublements et les ruptures de services (MSSS, 2017). Il est l'interlocuteur principal pour l'usager et ses proches. Il assure une constance auprès de l'usager lors du cheminement entre les programmes et s'assure de la coordination des divers services offerts à l'usager.

À la DPD, la fonction d'intervenant pivot peut être assumée par plusieurs types d'intervenants. Cette fonction est assumée par la personne la mieux placée pour le faire, selon le niveau de complexité de la situation de handicap de la personne, ainsi que des connaissances et compétences exigées par celle-ci. La décision se prend en équipe avec l'apport du professionnel responsable du soutien clinique et/ou du chef de programme, selon les situations.

Éducateur ayant la fonction de PREC

La personne occupant une fonction de personne-ressource en encadrement clinique au CISSS de la Montérégie-Ouest, consiste majoritairement à soutenir les intervenants sous sa supervision dans :

- L'application des approches, des modèles théoriques, des principes directeurs et de la séquence guidant la pratique clinique ;
- L'implantation des nouvelles pratiques et procédures cliniques ;
- Le soutien dans les dossiers complexes ;
- L'application des modalités d'encadrement clinique (soutien clinique, consultation, coaching, coaching entre pairs, préceptorat, mentorat, co-développement, formation, aide à la prise de décision, communauté de pratique, supervision) ou agit comme facilitateur dans l'application des modalités d'encadrement clinique.

Chef de programme

Il est responsable de la gestion et de la supervision administrative du personnel de son service. Il organise les rencontres d'équipe, contribue au transfert des informations auprès de ses équipes, assure les liens avec les autres programmes de l'établissement avec l'aide du PREC et établit des ententes avec les partenaires au besoin. Il assure une vigie auprès de ses équipes de professionnels et d'intervenants afin qu'ils actualisent les PII ou les PSI ainsi que les recommandations issues du suivi des interventions. En collaboration avec les professionnels concernés, il assure le suivi des mesures de contrôle. Il est responsable de l'application des recommandations émises par la gestion des risques, de la gestion des ressources matérielles et informationnelles ainsi que de l'application et de la compréhension des différentes politiques et procédures. Il veille à ce que l'ensemble de son personnel ait accès aux ressources organisationnelles nécessaires pour l'actualisation de leurs responsabilités cliniques.

1. Gestion du dossier clinique

1.1. Tâches de l'éducateur pivot

Le rôle d'éducateur pivot comporte de multiples tâches, dont certaines doivent être effectuées à temps fixe. Comme il peut être difficile de s'y retrouver, des outils organisationnels-vous sont proposés au fil des sections à venir.

1.1.1. Tâches clinique à la personne hébergée

- Comprendre et appliquer le processus clinique de notre établissement. Veuillez lire le *Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés DPD* ([GUI-10226](#))
- Divulgaration et analyse sommaire AH-223
- Effectuer les notes au [SIPAD](#) selon les meilleures pratiques
- SOMNET : Inscrire les compilations de la [grille sommaire](#) (voir point 1.3.5).
- L'intervenant pivot révisé la grille de prévention active à toutes les « rencontres interdisciplinaire », soit aux trois (3) mois avec l'infirmière impliquée ou tout autre professionnel impliqué pour les personnes hébergées avec un descripteur de TGC stabilisé.
- L'intervenant pivot révisé l'OEMC une fois par année ou lors d'un changement de fonctionnement de la personne et ce pour toutes les personnes hébergées ayant un descripteur TC, TGC en rémission, historique de TGC ou aucun descripteur.
- Révision du PI : Planifier et animer la révision des objectifs spécifiques tous les trois (3) mois, en collaboration avec les professionnels au dossier, l'usager et son réseau. Il est possible de voir les dates prévues de révision au [SIPAD](#) dans l'onglet PI et planification.
- Mise à jour du document rôles et responsabilités, [Partage des rôles et responsabilités hébergement enfants](#) / [Partage des rôles et responsabilités hébergement adulte](#) avec les représentants légaux et la personne hébergée (une fois par année ou au besoin)
- Signature du consentement aux soins et à l'hébergement [Formulaire de consentement aux soins et services](#) (en début de service, par la suite le PID fait fi de consentement aux soins et services)
- Signature de l'autorisation pour la prise de photo (une fois par année) [consentement à la prise de photographies](#).
- Rédaction et ajustement de la *programmation quotidienne en résidence - clientèle DI - TSA* ([CLI-60147](#)) et des *stratégies d'accompagnement, moment de vie du quotidien* ([CLI-60146](#)). Cette démarche peut être soutenue par l'outil soins et assistance.
- Appliquer les interventions prescrites par le PAMTGC, et dans le cadre d'un plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement ([CLI-60148](#)).
- Modifier, au besoin, la fiche d'identification, la procédure d'assistance et les paramètres de surveillance (mesures de contrôle).
- Ajuster les rendez-vous médicaux sur le ([CLI-60257](#))

- Préparer du matériel (pictogrammes, horaire, outils visuels, scénarios, etc.).
- Réviser le plan de transition ([Plan de transition outil](#)), une fois par année, pour les personnes hébergées avec un descripteur clinico-administratif TGC stabilisé.
- Faire les suivis associés à son rôle et les personnes hébergées ayant de l'épilepsie [intervenir auprès des usagers ayant une DI-TSA épileptique](#) (si nécessaire)
- Trajectoire de repérage EGCP pour personnes hébergées sans descripteurs N:\DPD\Intervenants\ collaboration TSA-DI-TC-TGC\Reperage et révision descripteur TGC (au besoin)
- [CLI—60178](#) Feuilles de suivi quotidien et des objectifs en cours (TC-TGC) (pour les personnes hébergées la nécessitant)
- Faire une demande du support des professionnels lorsque nécessaire dans les dossiers [Trajectoire hébergement long terme](#) (au besoin)
- Soutenir et contribuer à améliorer la qualité de vie et à prévenir le déconditionnement chez la personne stabilisée en :
 - Appliquant les aménagements préventifs et l'encadrement nécessaire au bon fonctionnement de la personne pour maintenir ses comportements stables.
 - Développant ces intérêts.
 - Répondant à ses besoins sensoriels
 - Travaillant graduellement à diminuer au maximum la supervision pour permettre d'être orienté vers un milieu moins contraignant de type RI-RTF
 - Proposant une offre de programmation de groupe avec un objectif d'autodétermination et d'activités ludiques.
 - Maintenir les liens pour les suivis médicaux.
 - Travaillant l'implication des familles dans la programmation et la vie de l'utilisateur
 - Valoriser ses différents rôles sociaux
 - Faisant des enseignements dans le quotidien avec l'approche positive et la programmation

1.1.2. Tâches Soutien à l'équipe et collaboratives

- Participer et collaborer à la réunion d'équipe qui se fait en fonction des besoins du milieu.
- Organiser les « Rencontres du suivi des interventions en TGC » et/ou les rencontres interdisciplinaires (si nécessaires).
- Informer les collègues et intervenants des interventions mises en place ou des interventions à préconiser dans votre dossier clinique afin de vous assurer d'une constance et d'une cohérence. Effectuer des démonstrations terrain et du coaching au besoin.
- Gérer et organiser le transport adapté au besoin (voir feuillet d'information pour les transports en RAC)
- Faire du monitoring terrain

- Planification trimestrielle avec le formateur ITCA pour sensibilisation/coaching dans le milieu et valider avec lui si le plan de positionnement répond toujours bien au milieu.

1.1.3. Tâches administratives et logistiques

- S'assurer que le FADM est ajusté dès qu'il y a un changement de médication et d'en informer l'infirmier dans le but qu'il fasse le suivi/ajustement si nécessaire
- Faire la saisie des [HPS/HAP](#) (voir section 1.2)
- Mise à jour des informations cliniques se trouvant dans la mallette de garde; mallettedegarde.crditedme16@ssss.gouv.qc.ca
- Déléguer ou effectuer les achats listés à l'entente des rôles et responsabilités (voir [Gestion des achats et des finances](#)).
- S'assurer que le dossier informatisé de l'utilisateur SIPAD est à jour (PAMTGC, ordonnances légales, carte d'assurance maladie ou tout autre document).
- Révision et mise à jour au besoin du cartable mauve intitulé: *Sur le plancher, on se tient informé!* (Dès qu'il y a un changement)
- S'assurer que, pour la dernière journée du mois, les employés ont les feuilles pour le mois suivant :
 - FADM (fiche d'administration de la médication) dans le cartable de médicaments en collaboration avec l'infirmier
 - [Feuille d'évaluation de PRN](#) (ex. : acétaminophènes) dans le cartable de médicaments [CLI-60066](#) Feuilles de soins, interventions et surveillances liés aux mesures de contrôle
 - [Grille sommaire](#)
 - [CLI—60114](#) Compilation de selles et de menstruations (pour les personnes hébergées la nécessitant)
 - [Fiche-ABC-SQETGC](#), fiche d'observation (pour les personnes hébergées la nécessitant)
- Le 1^{er} du mois, vérifier que les feuilles [CLI-60066 Feuille de soins, intervention et surveillance liés aux mesures de contrôle](#) soient bien complétées. Sinon, vérifier les informations auprès des intervenants présents lors de l'événement.
- Le 1^{er} du mois, enlever du cartable client les documents du mois précédent énuméré ci-haut et assurer l'organisation des documents selon le guide de classement des documents [Guide de classement des documents DI -TSA](#).
- Faire l'inventaire des biens personnels [inventaire des biens pour usager hébergé en RI-RTF-RAC de la DPD](#) tout en respectant les protocoles de la [Fouille et saisie endroit des usagers](#).

1.2. Note d'évolution et HPS/HAP

Toutes les informations relatives aux notes d'évolution et aux HPS se retrouvent dans la section SIPAD dans l'Intranet.

1.2.1. Note d'évolution

Pour obtenir des informations quant aux catégories de notes d'évolution ainsi que les lignes directrices de rédaction de notes, veuillez consulter le Guide SIPAD. Pour y accéder, ouvrir SIPAD à l'aide de vos codes d'accès et cliquer sur



le symbole qui suit (jaune) :

Une fenêtre de documentation du système



apparaîtra avec le guide :

En contexte des hébergements long terme, il est attendu qu'une note d'évolution est effectuée par l'éducateur pivot lorsque nécessaire selon les recommandations [SIPAD](#). L'objectif est de suivre l'évolution de l'usager au fil du temps. Le modèle suivant peut être utilisé, exceptionnellement, au retour de vos vacances par exemple : [Structure de note SIPAD hebdomadaire](#).

Lorsque des documents doivent être déposés au SIPAD, il est important de les classer selon le [Guide de classement des documents](#) — DI-TSA. Il est possible de faire appel à l'agente administrative reliée à la résidence.

1.2.2. HPS/HAP

Les HPS et HAP sont également des obligations et doivent être complétés à chacune des périodes. Il est demandé de les faire chaque semaine afin que l'information soit la plus juste possible. ([HPS-HAP](#))

Les documents suivants servent de référence :

- [Arbre décisionnel HPS-HAP](#)
- [Aide-mémoire pour la complétion des heures](#)
- [HPS-HAP – attentes face aux intervenants](#)

1.3. Outils d'observation, d'analyse et de suivi des comportements

Voici une liste d'outils permettant le suivi clinique de vos dossiers en fonction du besoin de la personne. Ces outils vous permettront de réaliser une analyse approfondie, d'améliorer vos observations et de suivre plus efficacement le profil comportemental de la personne. Il est essentiel d'apprendre à évaluer ce qui est pertinent en fonction des informations que vous cherchez à obtenir. Veuillez consulter d'autres professionnels si vous avez besoin de recommandations supplémentaires.

1.3.1. Grille sommaire/Grille de dispersion

L'éducateur pivot doit s'assurer, de façon continue, que les [grilles sommaires](#) sont remplies par le personnel. Il doit également s'assurer que la grille correspond bien à l'usager, c'est-à-dire que les informations qui s'y retrouvent sont utiles au suivi du dossier. Il est inutile de demander aux gens de faire des cotations si elles ne sont pas utilisées. Elle peuvent aussi être ajoutée aux observations

quotidienne [Fiche quotidienne](#).

1.3.2. Fiche-ABC-SQETGC, fiche d'observation

Outil d'enregistrement des observations fréquemment utilisé dans le domaine de l'intervention, les fiches d'observation permettent une mesure descriptive des comportements par l'identification des contextes d'apparition des antécédents d'un comportement problématique et de ses conséquences. Cet outil est très utile pour faire une analyse de type fonctionnel. Plusieurs formes standards ou individualisées sont disponibles et acceptées, dont la traditionnelle fiche ABC, ou [Fiche-ABC-SQETGC](#). Cette dernière est beaucoup plus exhaustive : elle permet de faire davantage de liens entre les antécédents et les conséquents et les causes possibles d'apparition du comportement problématique.

1.3.3. Feuilles de suivi quotidien et des objectifs en cours TC-TGC

La feuille de suivi quotidien et des objectifs en cours TC-TGC ([CLI-60178](#)) est une fiche réalisée par l'éducateur pivot. Elle est mise en place afin de savoir ce qui s'est passé pendant chaque quart de travail (jour/soir/nuit) ou pour rappeler aux intervenants de remplir certains documents à la suite de certains comportements. Elle est réalisée en fonction de l'usager, elle doit contenir les points importants à vérifier pour l'usager. L'éducateur pivot doit s'assurer qu'elle est bien comprise et bien remplie tous les jours par l'équipe plancher (à la fin de chaque quart). Généralement, elle est cohérente avec ce qui est travaillé en rencontre de suivi des interventions. Elle peut donc être modifiée par l'éducateur pivot sur une base régulière.

1.3.4. Compilation de selles et de menstruations

La grille Compilation de selles et de menstruations [CLI-60114](#) est conçue pour les usagers qui ont des besoins particuliers au niveau des selles ou de leur santé (ex. : l'usager est fréquemment constipé et doit avoir un PRN [ex. : Dulcolax] lorsqu'il est plus de 48 heures sans selle). L'éducateur pivot en collaboration avec l'infirmière doit s'assurer que l'équipe vérifie les selles de l'usager, si requis, afin d'indiquer, selon [l'échelle de Bristol](#), la forme et la grosseur ainsi que l'heure. Les conclusions tirées de la grille de compilation peuvent être présentées au médecin lors de rendez-vous médical. Il faut informer l'infirmier si les interventions en place dans le protocole ne fonctionnent pas.

1.3.5. Somnet

L'éducateur pivot doit s'assurer que les cotations des grilles sommaires sont entrées dans le système Somnet, et ce, dès que possible (visé une fois par semaine). Pour y avoir accès, il faut avoir fait la formation en ligne. À partir de Somnet, il est possible de faire des tableaux, graphiques, moyennes, etc. Vous pouvez vous référer au [Manuel de l'utilisateur Somnet](#).

Voici un bref résumé de ce qu'est « Somnet », selon le guide :

« Somnet est une application web (accessible par Internet) qui permet de consigner au même endroit différentes informations essentielles au suivi des interventions en TGC. Ces informations peuvent être des fréquences de comportement, des données relatives à des apprentissages, à la santé physique, etc. Somnet permet de compiler ces données et de produire différents graphiques à des fins d'analyse. Somnet n'est pas une finalité en soi : c'est un outil utile pour le suivi des interventions d'usagers ».

1.3.6. CLI-60771 Aménagements Préventifs-Prévention active

Ce formulaire est inspiré du Plan d'action multimodal en TGC disponible sur le site Internet du SQETGC. Son utilisation est destinée aux usagers ayant une DI ou un TSA manifestant des comportements problématiques qui ne correspondent pas aux critères de TGC. En présence de descripteurs clinico-administratifs TGC ou TGC stabilisé avec vulnérabilités importantes, veuillez utiliser AIMM. Une analyse de la situation est nécessaire avant la complétion du présent formulaire ([CLI-60771](#))

1.3.7. Le monitoring terrain

Le monitoring terrain consiste en la surveillance quotidienne des cotations afin d'identifier rapidement les lacunes d'enregistrement, mais aussi les données d'exception (niveau inhabituel observé, journée exceptionnellement calme, présence de plus de comportements qu'à l'habitude, etc.) L'éducateur peut ainsi aller questionner ses collègues pendant que la situation est récente et rapporter les différentes observations et hypothèses en rencontre de suivi des interventions. Comme attendu, si des données sont manquantes, il est important de questionner les gens et de leur faire des rappels, car la fiabilité des données est un aspect très important du suivi des interventions.

1.4. Gestion des achats et des finances

Lorsqu'un usager intègre la résidence sous curatelle privée (mineurs et majeurs), il est important de rencontrer la famille et d'établir certaines modalités de fonctionnement entre la résidence et le représentant. Ceci permet de définir les attentes de part et d'autre, notamment concernant l'achat des vêtements et du nécessaire d'hygiène; les visites et sorties; la divulgation des incidents/accidents, etc. Ceci doit consigner dans le document rôles et responsabilités (voir section tâches). C'est aussi un bon moment pour informer le parent de ce qui est fourni par la résidence et ce qui ne l'est pas, ainsi que du fonctionnement au niveau des finances. À la fin de la rencontre, remettre le document sur [les visites en contexte RAC](#) à la famille. Dans le cas d'une curatelle publique, la même démarche s'applique. Il est toutefois probable que cela se fasse plus sommairement par téléphone ou par courriel.

La rencontre rôles et responsabilités est habituellement effectuée en présence de l'intervenant pivot et/ou du chef de programme. Pour les mineurs, il est important de consulter [l'allocation spéciale pour enfants](#) dans tous les cas, il est possible de se référer au document [Liste des produits du gîte et couvert 2023](#) afin d'informer le parent (ne pas remettre la grille, car ce n'est pas un document officiel).

1.5. Priorisation des tâches

Le document [Priorisation des tâches lors des journées cliniques](#) est un outil précieux pour arriver à mieux organiser vos journées.

De façon générale, on peut catégoriser les tâches en 3 priorités :

- Les actions directes ayant un impact sur la personne hébergée et ses représentants. Ces tâches sont prioritaires (P1) et peuvent inclure du support aux collègues dans l'application des interventions prescrites, les rencontres avec les autres professionnels, la divulgation et l'analyse sommaire des AH-223, suivi avec les représentant légal, observation, coaching, etc.

- Les actions directes reliées au quotidien regroupent des tâches variées qui ont un impact sur le fonctionnement de l'utilisateur au jour le jour à la résidence. On y retrouve des tâches comme la rédaction de notes SIPAD, les suivis des rendez-vous de l'utilisateur, la programmation quotidienne, la révision des différents documents et procédures, etc. Ces tâches sont considérées comme étant en priorité 2 (P2).
- Finalement, il y a les tâches qui n'ont pas d'impact direct sur l'utilisateur. Celles-ci sont requises par l'établissement ou sont en lien avec le fonctionnement global de la résidence. On y retrouve des tâches comme faire les requêtes Octopus, faire la saisie des HPS, faire des achats, etc. Certaines de ces tâches peuvent être déléguées à des assistants en réadaptation, selon le fonctionnement de la résidence. Ces tâches sont en priorité 3 (P3).

L'éducateur pivot peut utiliser ces barèmes pour bien planifier les tâches qu'il doit effectuer pendant sa journée clinique. La planification devrait comprendre les 3 types de tâches, selon le ratio suivant : une majorité de tâches P1, suivies de tâches P2 et les P3 devraient se retrouver en fin de journée.

2. Communication avec les partenaires

L'intervenant pivot est l'interlocuteur principal et responsable de la coordination des services. Il peut communiquer aux partenaires des informations jugées pertinentes au bon suivi et à l'évolution de l'utilisateur au sein du processus clinique spécialisé en cours, et ce, avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal.

L'éducateur pivot peut aussi être appelé à communiquer des informations à des partenaires externes en ce qui a trait aux différents aspects du suivi quotidien de l'utilisateur. Il doit le faire en assurant le respect de l'intégrité de l'utilisateur et de son consentement. À noter que le formulaire de consentement à utiliser est celui-ci : [Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier](#) ou [autorisation pour photographies, films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres](#). Seuls les informations pertinentes au mandat, le rôle du partenaire se doivent d'être communiqués, et ce, d'une façon professionnelle et objective.

Les familles sont également considérées comme des partenaires. Il est généralement recommandé de convenir avec elles de la fréquence des communications, que ce soit par téléphone ou par courriel, afin de pouvoir faire un compte rendu sur le bien-être de leur membre de leur famille en résidence, notamment lors de la rencontre portant sur les rôles et responsabilités.

En tout temps, le professionnalisme est de mise !

Le document ([CLI-60257](#)) sert à inclure tous les partenaires au dossier de l'utilisateur dans le même document. Il est donc plus facile pour l'intervenant pivot de s'y retrouver et de voir rapidement les rendez-vous à venir, numéros de téléphone, adresses, etc. Il est important de garder ce document à jour, car ce sont des informations qui se perdent facilement lors de changements d'intervenant au dossier.

3. Suivis médicaux généraux

C'est la responsabilité du parent ou du représentant, sauf si inscrit différemment dans le document rôles et responsabilités, de prendre rendez-vous avec un professionnel de la santé lorsque requis. Il peut accompagner la personne hébergée ou déterminer un autre accompagnateur. Il doit toutefois s'assurer que les motifs de la consultation sont connus.

L'éducateur pivot doit s'assurer qu'un accompagnateur et un transporteur sont disponibles. Au besoin, un transport adapté peut être réservé. Si le transport avec l'utilisateur est difficile, vérifier auprès du médecin traitant les options qu'il propose (voir feuillet d'information sur le transport en RAC).

3.1. Suivis médicaux liés au TC-TGC (urgence, investigations liées aux hypothèses causales, suivis spécialisés, etc.)

L'intervenant pivot, en collaboration avec l'infirmière, doit préparer un document de préparation au rendez-vous à l'aide des observations et informations pertinentes, selon l'objectif du suivi prévu. Si le rendez-vous doit se faire en urgence, s'assurer qu'un document est disponible pour les intervenants qui devront accompagner l'utilisateur en urgence. Sinon, c'est souvent l'éducateur pivot qui accompagne l'utilisateur à ce type de rendez-vous ou l'infirmier. Le document [CLI-60428 Fiche de communication Rendez-vous médical — clientèle DI-TSA](#) est l'outil de prédilection pour la préparation aux rendez-vous médicaux. Informer l'infirmier des dates des rendez-vous médicaux pour faciliter la collaboration.

L'intervenant pivot ou l'infirmier, si présent au rendez-vous, doit faire une note SIPAD à la suite du rendez-vous et déposer le document complété au SIPAD sous l'onglet Info santé.

- L'intervenant pivot en collaboration avec l'infirmier et les autres professionnels au dossier doit actualiser la collecte de données requises pour évaluer l'efficacité de la médication ;
- Envoyer une copie du compte rendu (complet) à l'infirmier, le cas échéant (par courriel) ;
- Envoyer la prescription par fax à la pharmacie s'il y a un changement dans la médication de la personne hébergée ;
- Informer les intervenants de la résidence de tout changement le plus rapidement possible (médication, routine, etc.) ;
- Si non présent, informer le représentant légal (parents ou autres personnes à contacter en cas d'urgence) ;
- Informer le chef de programme de la situation, si pertinent.

4. Rencontres interdisciplinaires pour un besoin ciblé

L'éducateur du milieu effectue le suivi auprès du bon professionnel si requis ex : infirmière, psychiatre. Ou si un nouveau professionnel est requis (TS, ergothérapeute, psychologue, sexologue, etc., l'intervenante pivot de l'hébergement long terme fait la demande à son gestionnaire et celui-ci suit les procédures pour faire la

demande au continuum ou au programme de soutien professionnel dans le cas d'un besoin exemple de type positionnement.

5. Rencontres interdisciplinaires et rencontres de suivi des interventions en TGC (Lors d'un besoin périodique de support en lien avec un épisode TGC non-stabilisé ou une nouvelle évaluation est nécessaire)

Une évaluation des besoins doit être faite en collaboration avec le PREC du continuum avant de commencer un suivi intensif et pour évaluer la modalité qui sera mise en place.

Les rencontres interdisciplinaires impliquent de se rassembler avec les professionnels requis associés au programme TC-TGC. Selon les besoins, il est possible d'inviter psychologue, TS, infirmier, ergothérapeute, etc. Parfois, elles sont statutaires selon un délai préalablement fixé et adressent plusieurs aspects de la vie de l'utilisateur, parfois elles sont organisées au besoin pour adresser des besoins précis (rencontre de travail). Elles peuvent être plus ou moins structurées.

Les rencontres de suivi des interventions font référence à un type spécifique de rencontre selon le standard du SQETGC. Habituellement, les rencontres sont réalisées toutes les 2, 3 ou 4 semaines selon l'évolution de l'efficacité des interventions actualisées. Elles visent spécifiquement à adresser les troubles graves du comportement dans une perspective de réduction, de stabilisation, puis de réadaptation. Les personnes présentes aux rencontres sont généralement le ou la chef de programme, l'intervenant pivot et autres professionnels au besoin.

5.1. Tâches à effectuer en préparation de la rencontre de suivi des interventions par l'intervenant du continuum — en collaboration avec l'intervenant pivot (voir document rôle et responsabilités de l'intervenant)

- Faire une première analyse et compléter le document [CLI-60177](#) *Compte rendu de rencontre interdisciplinaire suivi des interventions en (TGC)* ;
- Faire un suivi des recommandations de la dernière rencontre ;
- Inscrire les informations pertinentes au suivi clinique et pouvant avoir un lien avec le TGC (santé physique/mentale, changement de médication, mesure de contrôle non planifiée, changement important dans la vie de l'utilisateur, visite dans la famille, RDV médical, etc.) ;
- Faire l'analyse des [fiches-ABC-SQETGC](#) (fiche d'observation) s'il y a lieu, et émettre des hypothèses ;
- Faire une analyse des mesures de contrôle qui ont été réalisées durant la période.
- Inscrire les données au SOMNET et générer les graphiques et tableaux pertinents au suivi et en faire l'analyse.

5.2. Tâches à effectuer après la rencontre de suivi des interventions par l'intervenant du continuum — en collaboration avec l'intervenant pivot (voir document rôles et responsabilités de l'intervenant)

- Assurer de la mise en place conforme des interventions prévues au PAMTGC sur le terrain (voir annexe 26) et des recommandations entendues lors de la rencontre, qui le concerne ;
- Faire et mettre en place les écrits nécessaires et les déposer au SIPAD s'il y a lieu ;
- Modifier les documents d'observations selon le besoin pour la collecte de données ;
- Assurer une cotation fiable (les niveaux cotés correspondent aux niveaux observés).

5.3. Outils spécifiques aux rencontres interdisciplinaires de suivi des interventions en TGC

- [Lexique PAMTGC](#)
- [Soutien au suivi des interventions](#)
- [CLI—60177 Compte rendu de rencontre de suivi intensif des interventions en \(TGC\)](#)
- [Plan d'action multimodal en TGC](#)

6. Transition de milieu de vie

Une transition de milieu de vie est un événement significatif pour un usager et implique plusieurs tâches et collaborateurs qui se partagent les rôles et les responsabilités. Le plan de transition TC-TGC est un outil essentiel à toutes les étapes d'une transition dans le cas d'un transfert vers une RI ou d'une RTF. Pour une transition vers un milieu de soins (DSHAPA) OEMC sera l'outil à utiliser.

6.1.OEMC

OEMC (l'outil d'évaluation multi clientèle) est un outil utilisé principalement dans le domaine de la santé au Québec pour évaluer les besoins et la capacité d'une personne. Il permet de recueillir des informations biopsychosociales, d'établir des objectifs d'intervention, et de déterminer les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs. [Solution RSIPA](#)

L'outil d'évaluation multi clientèle comporte six fonctions :

- La « Prise de contact » sert à recueillir les données de l'utilisateur pour décider de son admissibilité à un programme et de la priorité d'action. Elle contient aussi plusieurs des informations requises pour une référence à un autre établissement.
- L'« Évaluation de l'autonomie » permet d'évaluer l'autonomie de la personne et comprend le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle connu sous le sigle SMAF.
- L'« Évaluation de l'autonomie — Clientèle de soins court terme » peut être utilisée lorsque les besoins de services sont requis sur une courte période.
- Le « Profil évolutif de l'autonomie » permet de suivre l'évolution des capacités de la personne.

- Le « Plan d'intervention et d'allocation de services » vise à préciser les actions pour répondre aux besoins de services de la personne.
- Le « Tableau de soins » représente, sous forme graphique, la capacité fonctionnelle de la personne mesurée par le SMAF. Il est parfois appelé SMAF imagé.

6.2. Plan de transition

Le premier volet du plan de transition traite des tableaux de concordance, particulièrement utiles au niveau du jumelage/pairage. Cette section est obligatoire à remettre à l'accès à l'hébergement lorsque nous souhaitons qu'un usager puisse intégrer une RI ou une RTF. Cela permet d'identifier les besoins de l'usager et les écarts avec ce que la ressource ciblée peut donner. Les écarts identifiés permettent la mise sur pied d'adaptations dans le milieu afin de répondre aux besoins identifiés.

Nous retrouvons le [Plan de transition outil](#) dans la boîte à outils sur le site du SQETGC.

6.3. Sommaire des renseignements

Le [Sommaire des renseignements](#) est également requis pour soumettre un usager à l'accès à l'hébergement pour une transition vers une RI ou une RTF. Ce document sera donné à la ressource lors de la transition pour l'aider à comprendre les besoins quotidiens de la personne.

Il est demandé que le plan de transition ainsi que le sommaire des renseignements soient révisés tous les ans et tenus à jour afin de faciliter un éventuel déplacement.

Lorsqu'un usager est jugé prêt à quitter la résidence, l'intervenant pivot coordonne l'ouverture de la tuile OCTOPUS pour la tenue d'un comité Sortie de RAC. Une discussion s'ensuit entre l'équipe clinique associée à l'usager et le MAH afin d'identifier le type de milieu qui pourrait correspondre à l'usager.

Une fois le milieu identifié, les préparatifs commencent. Une rencontre de transition impliquant toutes les personnes concernées, incluant la famille et la future ressource peut avoir lieu. Cette rencontre a pour objectif de discuter des besoins identifiés dans les tableaux de concordance et d'explorer les moyens concrets d'y répondre au sein de la ressource. Les tâches sont distribuées et le parent a l'occasion de nommer son point de vue et d'être partie prenante.

Pour plus d'informations sur les rôles et responsabilités de chacun dans le cadre d'un déplacement résidentiel, le [Cadre pivot pour RI-RTF](#) est un outil incontournable à consulter.

7. MESURES DE CONTRÔLE

L'utilisation de mesures de contrôle est balisée par le ministère et est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS). Tout intervenant se doit de bien connaître l'ensemble des règles et procédures qui entourent l'utilisation de ce type de mesures.

Veuillez consulter la politique et la procédure complète ici :

- [POL-10021 Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle](#)
- La planification et le suivi d'une mesure de contrôle sont la responsabilité du professionnel selon son champ d'expertise. Par contre, l'éducateur pivot est appelé à collaborer dans tous les aspects liés à une mesure de contrôle.
- La loi exige que la révision de la mesure de contrôle soit effectuée aux 3 mois maximum.

- L'éducateur pivot doit participer à la révision en ayant en main toutes les données pertinentes au suivi de la mesure. L'utilisateur ou son représentant doit également être impliqué dans la démarche de révision.

7.1. Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (PIMC)

Le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (PIMC) doit être complété par 2 professionnels prescripteurs avec différents titres d'emploi (psychoéducateur, psychologue, infirmier, ergothérapeute). Il doit être révisé tous les trois (3) mois et l'éducateur pivot doit fournir les fréquences et les durées d'utilisation pour faciliter la révision. La révision doit être faite en collaboration entre les prescripteurs.

7.2. Mesures de remplacement

La fiche Mesure de remplacement ([CLI-60058](#)) est remplie lorsque l'on planifie toute mesure de contrôle. Il s'agit des mesures que l'on met en place afin d'éviter l'utilisation d'une mesure de contrôle et essayer de retirer un jour ces dernières. L'éducateur pivot se doit d'appliquer ces mesures de remplacement et veiller, en collaboration avec le chef de programme, à ce que l'ensemble des intervenants les appliquent.

7.3. Grille d'observation des soins, interventions et de la surveillance en lien avec une mesure de contrôle (clientèle DI -TSA)

La grille d'observation Soins, intervention et surveillance liée aux mesures de contrôle CH/déficiência ([CLI-60066](#)) doit être disponible au cartable d'observation de l'utilisateur à chaque mois. Celle-ci doit être complétée par tous les intervenants, colligée par les éducateurs pivots et le document original doit être remis à l'intervenant pivot. L'éducateur pivot utilise la grille d'observation afin d'effectuer les révisions et en préparation à la rencontre de suivi des interventions en TGC.

Même si l'utilisateur n'a aucune mesure de contrôle planifiée, vous devez tout de même mettre à la disponibilité des intervenants une grille d'observation des Soins, interventions et de la surveillance en lien avec une mesure de contrôle CH/Déficiência dans le cartable usager.

Lorsqu'une mesure de contrôle est réalisée, mais qu'elle n'est pas conforme ou qu'elle n'est pas planifiée, l'intervenant/éducateur pivot doit faire une note au SIPAD en utilisant la catégorie de note appropriée. La mesure de contrôle doit également être divulguée au représentant légal. En cas de blessure de l'utilisateur, un rapport d'événement AH-223 doit être rempli.

7.4. Comment rédiger une note évolutive (SIPAD) pour la déclaration d'une mesure de contrôle non planifiée/non conforme

- L'utilisation de cette catégorie est exclusive à la déclaration d'une mesure de contrôle non planifiée ou non conforme au plan d'intervention et ne doit relater aucune autre information que celles énumérées ci-dessous :
- La situation problématique amenant à l'utilisation de la mesure ;
- Le lieu où a été exercée la mesure ;

- Le type de mesure de contrôle utilisée (contention instrumentale, contention, force humaine, isolement) ;
- L'heure de début et de fin de l'application de la mesure, ou, à tout le moins, la durée d'application de celle-ci.
- Toute autre information pertinente en lien direct avec l'événement ;
- Vous préciserez en en-tête : UTILISATION D'UNE MESURE NON-PLANIFIÉE ou MESURE NON CONFORME AU PLAN D'INTERVENTION.

7.5. Outils reliés aux mesures de contrôle

- [POL-10021 Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle](#)
- [CLI—60066 Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle CH/déficience](#)
- [Formulaire consentement à une mesure de contrôle — Curateur](#)
- [CLI—60060 Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle](#)
- [CLI—60058 Mesures de remplacement](#)
- [CLI—60057 Consentement à l'application de mesures de contrôle](#)

8. PLAN D'INTERVENTION

Un plan d'intervention (PI) est une des étapes obligatoires du processus clinique de notre établissement. Les étapes de préparation du plan d'intervention ainsi que la rencontre et la rédaction du plan d'intervention sont la responsabilité de l'intervenant pivot.

Tous les intervenants se doivent de bien comprendre le processus clinique de notre établissement. Veuillez lire le Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés DPD ([GUI-10226](#)). Une formation est également disponible : ENA 9834 Processus clinique des services spécialisés à la DPD [ENA Provincial](#).

Le PI (désigne là la fois le PII et PID) est élaboré et révisé avec la participation active de l'utilisateur et/ou de son représentant, de sa famille et de ses proches, en vue d'identifier le projet de réadaptation, les besoins, de déterminer les objectifs poursuivis et les moyens à utiliser pour répondre à ces besoins et la durée prévisible des services.

Les outils suivants sont requis :

- [GUI 10226 Processus clinique des services spécialisés à la DPD](#)
- [GUI 10242](#)
[Guide accompagnement formulaire plan d'intervention disciplinaire interdisciplinaire PID-PII](#)
- [CLI 60431 Plan d'intervention disciplinaire interdisciplinaire PID-PII](#)

8.1. Plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement

Un ou des plans d'action découlent des objectifs déterminés au plan d'intervention et/ou au plan de réadaptation/traitement.

Le plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement ([CLI-60148](#)) est rédigé et actualisé par l'intervenant pivot en collaboration avec l'éducateur pivot, selon les forces et expertises de chacun.

9. Rapport AH-223 (incident-accident) section notes

Le rapport AH-223 est un formulaire électronique qu'on retrouve sur intranet, via le logiciel SSSS ([SSSS](#))

C'est le devoir de l'équipe, de remplir le formulaire lorsqu'un événement survient. Pour savoir quel événement demande de remplir le rapport AH-223, vous devez vous référer à l'[Aide-mémoire accident-incident — DPD](#). Il y a également un [Guide d'utilisation SSSS — Déclarant](#).

Lorsque le formulaire est rempli, c'est la responsabilité de l'éducateur pivot de divulguer l'événement au représentant légal de l'utilisateur et de faire une note au [SIPAD](#). Toutes les informations relatives à la déclaration d'accident-incident se retrouvent sur l'Intranet dans la section [Incidents et accidents — SSSS](#). Il est attendu d'aller remplir la section 13 de l'analyse après la divulgation.

9.1. Exemple de note SIPAD reliée à un incident/accident

9.1.1. Notes d'évolution en cas d'incident/accident

Considérant que le rapport de déclaration (rapport d'événement) fait état de la situation, aucune note d'évolution n'est nécessaire pour décrire l'événement, si gravité entre A et C.

Toutefois, si la gravité est entre D et G, on doit retrouver dans une note d'évolution :

- La cause de l'événement ;
- Les préalables à la situation ;
- Une description de la situation et des interventions qui ont été effectuées (ex. : suivi d'appel, soins apportés, mesure de contrôle utilisée, etc.) ;
- Ainsi que les moyens qui seront mis en place pour éviter que l'événement ne se reproduise ou pour encadrer la situation.

9.1.2. Notes d'évolution en cas de divulgation

Un [canevas](#) est disponible, démontrant que la note d'évolution doit inclure :

- Le nom de la personne à qui la divulgation a été faite ;
- Le moment et le lieu de la divulgation.

De plus, il devrait y être inscrit l'information transmise à l'utilisateur ou à son représentant, c'est-à-dire :

- Nature et circonstances de l'événement ;
- Conséquences pour l'utilisateur ;
- Intervention effectuée lors de l'événement ;
- Moyens de prévention prévus à la récurrence de l'événement ;
- Mesures de soutien mises en place, si nécessaire ;
- Réaction de la personne à qui la divulgation est faite.

RECUEIL DES RÉFÉRENCES

Section 1 — Gestion du dossier clinique

- [Vignette informative — hébergement Long terme](#)
- [Arbre décisionnel hébergement long terme](#)
- [Trajectoire hébergement long terme](#)
- [Guide de formation SIPAD — Intervenant](#)
- [Aide-mémoire HPS pour les éducateurs en RAC](#)
- [CLI—60147 Programmation quotidienne en résidence - clientèle DI -TSA](#)
- [CLI—60146 Stratégies d'accompagnement moments de vie du quotidien](#)
- [Infos prioritaires — Usagers](#)
- [Grille sommaire — Vierge](#)
- [Fiche ABC — SQETGC](#)
- [CLI—60178 Suivi quotidien et des objectifs en cours \(TC-TGC\)](#)
- [CLI—60114 Compilation de selles et de menstruations](#)
- [Échelle de Bristol](#)
- [Somnet – Manuel de l'utilisateur](#)
- [Structure de note SIPAD hebdomadaire](#)
- [Guide de classement des documents — DI-TSA](#)
- [Priorisation des tâches lors des journées cliniques](#)
- [Les visites en contexte RAC](#)
- [Feuille d'évaluation de PRN](#)
- [Partage des rôles et responsabilités hébergement \(DPD\)](#)
- [Encadrement professionnel](#)
- [Inventaire des biens pour usager hébergé RI-RTF-RAC de la DPD](#)
- [Fouille et saisie à l'endroit des usagers](#)
- [Plan de transition outil](#)
- [Liste des produits du gîte et couvert 2023](#)
- [GUI-10226-processus-clinique-des-services-specialises-dpd](#)

Section 2 — Communication avec les partenaires

- [CLI-60257 liste des rendez-vous médicaux](#)
- [Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier](#)
- [Consentement utilisation photographie](#)
- [Autorisation pour photographies films enregistrements sonores](#)

Section 3 — Suivis médicaux généraux

- [CLI—60428 Fiche de communication Rendez-vous médical — clientèle DI -TSA](#)

Section 4 — Rencontre interdisciplinaires et rencontres interdisciplinaires de suivi des interventions en TGC

- [Lexique PAMTGC](#)
- [Soutien au suivi des interventions](#)
- [CLI—60177 Compte rendu de rencontre de suivi intensif des interventions en \(TGC\)](#)
- [Plan d'action multimodal en TGC](#)

Section 5 — Transition milieu de vie

- [Plan de transition](#)
- [CLI—60308 Sommaire des renseignements de l'usager hébergé en RI-RTF](#)
- [Cadre de référence pour RI-RTF](#)
- [Solution RSIPA](#)

Section 6 — Mesure de contrôle

- [POL-10021 Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle](#)
- [CLI—60066 Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle CH/déficiences](#)
- [Formulaire consentement à une mesure de contrôle — Curateur](#)
- [CLI—60060 Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle](#)
- [CLI—60058 Mesures de remplacement](#)
- [CLI—60057 Consentement à l'application de mesures de contrôle](#)

Section 7 — Plan d'intervention

- [GUI-10226 Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés DPD](#)
- [CLI-60148 Plan d'action pour l'enseignement d'une nouvelle habileté ou comportement – clientèle DI -TSA](#)

Section 8 — Rapport AH-223 (incident/accident)-Section notes

- [Aide-mémoire accident-incident — DPD](#)
- [Canevas divulgation rapport d'incident-accident](#)
- [Guide d'utilisation SISSS — Déclarant](#)

