

Programme d'unité de réadaptation comportementale intensive pour la jeunesse

Cadre de référence

Juillet 2026

AUTRICE

Anne-Sophie Van Nieuwenhuyse, Conseillère aux programmes, Direction des services sociaux, santé mentale et réadaptation jeunesse, Direction générale des services à la jeunesse, à la communauté et à l'hébergement, Sous-ministériat aux services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

SOUS LA COORDINATION DE

Annie Cotton, Directrice, Direction des services sociaux, santé mentale et réadaptation jeunesse, Direction générale des services à la jeunesse, à la communauté et à l'hébergement, Sous-ministériat aux services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, Directrice, Direction générale des services à la jeunesse, à la communauté et à l'hébergement, Sous-ministériat des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux
(Poste occupé jusqu'au 8 avril 2026)

AVEC LA COLLABORATION DE

Julie Bouchard, Psychoéducatrice et spécialiste en activités cliniques, conseillère en troubles graves du comportement, Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC)

Mélanie Charet, Coordinatrice à la coordination milieux réadaptation et hébergement long terme TC-TGC, Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Santé Québec Montérégie-Ouest

Andrée-Anne Dumont, Coordinatrice à l'hébergement en ressources non institutionnelles (RNI) et DI-TSA, Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Nadine Lacroix, Conseillère aux programmes, Direction des services sociaux, santé mentale et réadaptation adulte, Sous-ministériat des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Karine Lagacé, Adjointe au directeur, volet clinique et TC-TGC, Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Véronique Longtin, Conseillère experte en troubles graves du comportement, SQETGC

Pascale Morin, Cheffe de service pour l'URCI et autres mandats spéciaux, Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Laurence Pérusse-Tardif, Directrice adjointe DI-TSA et Hébergement, Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Santé Québec Montérégie-Ouest

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat aux services sociaux en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-550-97478-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

LISTE DES COLLABORATRICES ET DES COLLABORATEURS

Un comité de relecture a été formé afin d'assurer la cohérence et la conformité du contenu de ce cadre de référence. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tient à souligner l'apport essentiel des différents sous-ministériats du MSSS et d'organismes qui ont accepté de se prêter à l'exercice de validation et les remercie :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Sous-ministériat de la protection de la jeunesse, Direction de la réadaptation, milieux de vie jeunesse et justice pénale pour adolescents.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Sous-ministériat des services sociaux, Direction générale des Services à l'adulte.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Sous-ministériat des ressources humaines et affaire gouvernementale, Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial.

Santé Québec, siège social, Direction générale, santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique.

MOT DE REMERCIEMENT

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tient à remercier les établissements de Santé Québec qui ont collaboré aux projets de démonstration et mis de l'avant les meilleures pratiques en troubles graves du comportement (TGC) : Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, Santé Québec Montérégie-Ouest, Santé Québec Bas-Saint-Laurent de même que le SQETGC. Plus particulièrement, le MSSS tient à souligner la contribution des gestionnaires et des professionnels qui, au cours des quatre années d'expérimentation, ont cru au modèle d'unité de réadaptation comportementale intensive, au changement de pratique nécessaire et ont su affirmer plus d'une fois l'importance d'agir en prévention et de travailler différemment.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. ASSISES DU PROGRAMME.....	2
1.1 Le contexte	2
1.2 Vision	4
1.3 Objectifs	5
1.4 Principes directeurs.....	5
La primauté des liens entre le jeune, ses proches et sa communauté	5
La précocité des services	5
La mobilisation de tous les acteurs.....	6
Des services de qualité	6
2. LES PARAMÈTRES DU PROGRAMME	7
2.1 Mandat.....	7
2.2 Durée du séjour.....	7
2.3 Cadre législatif	7
2.4 Clientèle cible.....	8
2.4.1 Critères généraux d'admission	8
2.4.2 Critères de fin de services	9
2.5 Composantes essentielles du programme.....	10
2.5.1 Un environnement physique adapté	10
2.5.2 Équipe interdisciplinaire dédiée à l'URCI	10
2.5.3 Une organisation de services distincte.....	12
3. RÉSULTATS ATTENDUS	16
BIBLIOGRAPHIE.....	17

GLOSSAIRE

BRIS DE SERVICES ET BRIS DE SERVICES ÉDUCATIFS

« Dans le réseau de la santé et des services sociaux (ci-après « le RSSS »), un bris de service(s) survient lorsqu'un établissement est dans l'incapacité d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux requis par la situation de l'usagère ou de l'utilisateur et de sa famille¹. »

L'utilisation de « bris de services éducatifs » est privilégiée dans le réseau de l'éducation qui le définit ainsi : « Un bris de services éducatifs survient lorsque l'élève voit son temps de services éducatifs réduit ou interrompu par rapport à ce qui est prévu à la *Loi sur l'instruction publique* et au *Régime pédagogique*² ».

COMMUNAUTÉ

La communauté est définie comme un « groupe de personnes partageant un ou plusieurs éléments communs, tels qu'un territoire, la culture, les intérêts, les valeurs ou encore des objectifs. Cette définition implique un sentiment d'appartenance entre les membres³. ». Plus précisément, cette notion fait ici référence au domicile familial, aux ressources intermédiaires et de type familial (RI/RTF), aux écoles, ou encore aux organismes communautaires fréquentés par la ou le jeune (loisirs, répit), et se positionne par opposition aux installations d'un établissement de Santé Québec (p. ex. centre de réadaptation, centre hospitalier).

ÉTABLISSEMENTS TERRITORIAUX MANDATÉS

Un établissement territorial est un établissement public institué au sein de Santé Québec. Les établissements territoriaux mandatés sont ceux désignés par Santé Québec en lien avec le programme URCl.

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

« [...] lorsqu'une usagère ou un utilisateur doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant la participation de plusieurs actrices ou acteurs, l'établissement (soit celui qui fournit la majeure partie des services en cause ou celui des intervenantes et intervenants désignés après concertation entre eux) doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé (ci-après « le PSI »). Le PSI doit être élaboré en collaboration avec l'usagère ou l'utilisateur [...]»⁴.

¹ Comité interministériel sur les situations complexes (2025). *Définitions liées aux situations complexes – Document de soutien* [Document interne]. Gouvernement du Québec.

² *ibid.*, p.2

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2026). *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés*. Québec, p. viii

⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2026). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Guide de mise en œuvre, Québec, p.25

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL

« Le plan de services individualisé et intersectoriel (ci-après « le PSII ») est une démarche conjointe de coordination et de planification des services et des ressources entre le jeune, ses parents, le réseau de l'éducation et le RSSS ainsi que l'ensemble des partenaires impliqués. Cette démarche constitue le levier privilégié pour orchestrer des interventions structurées et continues entre les actrices et acteurs impliqués, quant aux objectifs à poursuivre et aux moyens à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la ou du jeune et de sa famille⁵. »

PROFESSIONNEL HABILITÉ

Professionnel membre d'un Ordre ayant la capacité légale d'exercer les activités réservées à sa profession. Dans le présent cadre, ce terme implique aussi que la professionnelle ou le professionnel détient des compétences avancées en trouble grave de comportement (TGC), notamment en ce qui concerne les processus d'évaluation, d'intervention et de suivi intensif; et qui sont recommandées par les meilleures pratiques, ainsi qu'une juste connaissance du mandat et du fonctionnement de l'URCI.

RÉADAPTATION COMPORTEMENTALE INTENSIVE

Processus intensif d'intervention globale (biopsychosociale) personnalisée, basé sur les meilleures pratiques d'évaluation, d'intervention et de suivi. Il permet à la personne ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou de l'autisme (DP-DI-A) en situation de TC/TGC de développer ses capacités de façon optimale grâce à l'adéquation de son environnement ainsi qu'à sa propre participation et à celle d'une équipe interdisciplinaire.

SERVICES DE PROXIMITÉ

« Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, qui sont soutenus grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population⁶. »

SITUATION COMPLEXE

« Une situation est considérée complexe lorsqu'un ou plusieurs des éléments ci-dessous sont présents :

- Un cumul, une intensité, une diversité, une récurrence et une complexité des besoins de la ou du jeune et de sa famille;
- Les besoins sont multifactoriels et affectent plusieurs milieux de vie;
- Les services offerts et les mécanismes de collaboration ne répondent pas à l'ensemble des besoins de la ou du jeune et de sa famille;

⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2026). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Guide de mise en œuvre*, Québec, p.25

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence*, Québec, p.3

- Plusieurs intervenantes et intervenants et plus d'un réseau (par exemple, le RSSS, le réseau de l'éducation, le réseau communautaire, etc.) sont ou devraient être impliqués;
- La compréhension et la définition des rôles des partenaires demeurent ambiguës;
- Des enjeux de collaboration et de concertation persistent entre les actrices et acteurs impliqués⁷. »

TROUBLE DU COMPORTEMENT ET TROUBLE GRAVE DU COMPORTEMENT

À des degrés variables, les troubles du comportement et troubles graves du comportement font référence à des manifestations comportementales problématiques qui entraînent des conséquences préjudiciables chez la personne ainsi que dans son environnement social ou physique. Les descripteurs TC/TGC, qui ne correspondent pas à des diagnostics cliniques au sens du DSM-5R⁸, sont attribués suivant une démarche structurée visant à assurer une offre de services de qualité et adaptés à la problématique⁹. Pour la petite enfance, les notions de gravité, de conséquences et d'entrave aux services et à la pleine participation sociale demeurent les critères à considérer.

Pour indication, le comportement est jugé grave lorsque les quatre critères suivants sont réunis :

- 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, la plupart du temps, sinon toujours, associées à des troubles concomitants.
- 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.
- Les manifestations comportementales graves ont eu lieu récemment (au cours des 90 derniers jours) et persistent.
- L'offre des services est perturbée : l'utilisateur ne répond pas aux traitements habituels reconnus, il refuse les services alors qu'il en a besoin ou les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées¹⁰.

⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2026). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Guide de mise en œuvre*, Québec, p.26

⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR, 2022.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

¹⁰ PAQUET, SABOURIN, CAMIRÉ, GAGNON, GAGNON et GOBDOUT. « Élaboration d'une définition de "troubles graves de comportement" commune au réseau Santé et Services sociaux à l'aide d'une technique Delphi hybrid », cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, p.4

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AIMM	Analyse et intervention multimodales
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, c.G-1.021
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSI	Plan de service individualisé
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
RCI	Réadaptation comportementale intensive
RI	Ressource intermédiaire
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
SRCI	Soutien en réadaptation comportementale intensive
TC	Trouble du comportement
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
URCI	Unité de réadaptation comportementale intensive

Note au lecteur

Le programme URCI a été développé par le MSSS et ses collaborateurs bien avant la fusion des établissements de Santé Québec, le 1^{er} décembre 2024. Dans ce contexte, il importe de préciser que le présent Cadre de référence met en lumière à la fois des orientations stratégiques, tactiques et opérationnelles identifiées, durant les quatre années d'expérimentation, comme essentielles au succès du programme. Le lecteur y trouvera donc des éléments et des orientations qui reflètent cette réalité. Santé Québec – siège social, en collaboration avec ses établissements, demeure responsable des aspects tactiques et opérationnels (processus internes, modalités de fonctionnement, trajectoires, pratiques cliniques, etc.) nécessaires à la mise en œuvre réussie des URCI à la jeunesse.

INTRODUCTION

Le programme d'unité de réadaptation comportementale intensive pour la jeunesse (ci-après appelé URCI) découle de quatre années d'expérimentation, de travaux et de réflexions entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) et les établissements territoriaux alors désignés. Animés par une même volonté d'améliorer les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle, une déficience physique et les personnes autistes (DI-DP-A)¹¹ en situation de troubles du comportement et de troubles graves du comportement (TC/TGC), ces acteurs ont uni leurs efforts pour développer une nouvelle offre de services intensive personnalisée, de courte durée et entièrement dédiée à la problématique du TC/TGC.

Combinant une expertise interdisciplinaire, un milieu d'intervention adapté et une organisation de services basés sur des pratiques collaboratives, l'URCI se positionne comme une solution préventive qui vise à maintenir les jeunes dans leur milieu de vie. En continuité avec les Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes DI-DP-A en situation de troubles du comportement et de troubles graves du comportement (ci-après appelé « Orientations en TC/TGC »)¹², l'URCI vise à agir précocement sur une situation de TC/TGC, alors que les proches et le réseau sont toujours mobilisés, afin d'assurer le maintien durable du jeune dans ses différents milieux de vie et sa communauté.

Forte d'un consensus entre les différents acteurs ayant participé à l'expérimentation et soutenue par des résultats préliminaires prometteurs, l'URCI se présente comme un nouveau service de développement et de reprise des habitudes de vie de la Gamme de services (MSSS, 2021)¹³. Pour favoriser les effets et la pérennité du modèle, le programme doit être porté par Santé Québec et la haute direction des établissements territoriaux mandatés avec, au premier plan, les directions cliniques des programmes-services pour la clientèle ayant une DP-DI-A.

Destiné à Santé Québec et ses établissements, aux partenaires de la communauté œuvrant auprès des jeunes ayant une DP-DI-A et aux proches de jeunes en situation de TC/TGC, ce *Cadre de référence du programme d'unité de réadaptation comportementale intensive pour la jeunesse* présente les principes directeurs et les normes ministérielles attendues.

¹¹ Nouvelle formulation selon : l'Alliance canadienne de l'autisme. (2025). *Language Guide – Guide de terminologie* (Version de juillet 2025). EN LIGNE : autismalliance.ca

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *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*, Québec, 39 p.

1. ASSISES DU PROGRAMME

1.1 LE CONTEXTE

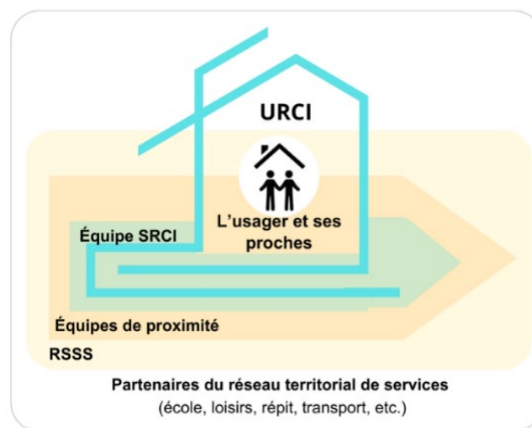
En 2021, le gouvernement reconnaissait l'importance d'investir pour consolider l'offre de services en réadaptation comportementale intensive (RCI) destinée aux personnes ayant une DP-DI-A en situation de TC/TGC. Deux nouvelles modalités de services complémentaires étaient alors proposées au RSSS (voir encadré 1) :

- Les équipes de soutien en réadaptation comportementale intensive (ci-après appelées « équipes SRCI »).
- Les unités de réadaptation comportementale intensive (URCI)¹⁴.

D'abord déployées sous forme de projet de démonstration, les URCI visaient le développement d'une nouvelle offre de services de RCI, de courte durée, dans une installation d'établissement. L'identification des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles, appuyée par des bénéfices tangibles tant pour la personne que pour le RSSS, devait soutenir les recommandations visant la généralisation du modèle à la grandeur de la province.

Quatre années ont été allouées au projet de démonstration pour démontrer la viabilité du modèle URCI. Dans son positionnement actuel, en tant que solution préventive à l'hébergement, des gains ont été observés au niveau du modèle URCI à la jeunesse. Avec une durée moyenne de séjour de quatre mois, la grande majorité des jeunes a pu réintégrer son milieu de vie d'origine (à l'exception d'un seul, à la demande de la Direction de la protection de la jeunesse). Pour tous, la poursuite de la scolarisation a été maintenue et aucune hospitalisation non médicale n'a été requise. Le respect des contours normatifs du présent cadre devrait mener à des résultats similaires, lesquels seront traduits en indicateurs de suivis par le MSSS.

Figure 1. Continuum de services en réadaptation comportementale intensive



Légende : Représentation schématique du continuum de services attendu en TC/TGC selon les différentes équipes concernées. Soutenues par les partenaires du réseau territorial de services (p. ex. école, loisirs, répit, transport, etc.), les équipes du réseau de la santé et des services sociaux sont, en gradation, les équipes de proximité, les équipes SRCI et l'URCI.

¹⁴ Correspondance officielle envoyée au RSSS, 19-PF-00190.

Encadré 1 – Continuum de services en réadaptation comportementale intensive

Les équipes SRCI et l'URCI ont été conçues dans une logique d'intensification de services et d'accès rapide à une expertise interdisciplinaire spécialisée en TC/TGC, en complémentarité aux services existants, jamais en substitution. La capacité de ces deux modalités de services à offrir une réponse concertée, efficace et de qualité repose sur la nécessité, pour Santé Québec et ses établissements, d'adapter préalablement leur organisation de services conformément aux Orientations en TC/TGC¹⁵, afin de permettre une cascade de soins et services fluide.

Équipe des services de proximité

Ces équipes doivent posséder les compétences nécessaires pour actualiser le processus d'évaluation, d'intervention et de suivi recommandé en TC/TGC. Dès que la situation de TC/TGC se complexifie, ces équipes devraient pouvoir compter sur le soutien rapide de l'équipe SRCI, lorsque requis.

Tout au long de l'épisode de services en URCI, ces équipes demeurent activement mobilisées afin de maintenir le lien avec le jeune et ses proches, de contribuer à la RCI dans les différents milieux de vie et d'assurer la continuité de services, une fois le séjour terminé.

Équipe SRCI

Présente dans l'ensemble des établissements ayant la mission spécialisée, l'équipe SRCI est composée de professionnels variés, spécialisés en TGC. Elle assume les mandats suivants : l'intensification de services dans les différents milieux de vie de la personne, le soutien aux équipes de proximité et le développement de l'expertise en TGC dans l'ensemble des programmes-services en DP-DI-TSA. L'agilité de ces équipes se manifeste à la fois dans leur rôle (conseil et intervention directe) et dans leur positionnement stratégique dans le continuum de services (elles doivent pouvoir intervenir autant dans les situations de TGC naissantes que dans les situations complexes de longue durée). La participation des équipes SRCI est souhaitée pour soutenir l'admission en URCI, sans pour autant freiner l'accessibilité rapide aux services.

Équipe URCI

L'équipe URCI s'ajoute aux services déjà existants pour une courte période donnée. La fluidité du processus URCI étant centrale, l'organisation des services doit permettre un accès rapide et facile aux services. Sur le plan clinique, l'admission devrait être rendue possible dès qu'une professionnelle ou un professionnel habilité confirme la pertinence clinique ainsi que la capacité des proches à s'impliquer.

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

1.2 VISION

L'URCI vient répondre aux enjeux du RSSS liés à la problématique du TC/TGC chez les jeunes ayant une DP-DI-A. La proportion élevée de ces jeunes en situation de TC/TGC, les effets associés, qui percolent sur leur qualité de vie et leur intégration scolaire, de même que la détresse des proches épuisés, parfois impuissants, rendent essentielle une prise en charge précoce pour éviter l'aggravation et la rupture de parcours. En offrant une solution intensive prometteuse, tôt dans l'apparition de la problématique, le MSSS renforce ainsi l'importance de la prévention et les attentes d'une organisation de services misant sur une réponse concertée et proactive de la gestion des situations de TC/TGC¹⁶.

L'URCI mise sur le développement des compétences des jeunes et le soutien aux proches, tôt dans l'apparition de la problématique, pour stopper la spirale d'aggravation et améliorer la qualité de vie de tous et toutes.

Pour actualiser la visée de prévention à court terme, tout autant que garantir la pérennité du mandat à long terme, le programme URCI doit être compris en cohérence avec le cadre légal et les orientations ministérielles dans lesquels il s'insère.

- La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c.G 1.021 (LGSSSS) : Le programme URCI s'inscrit dans le cadre des Services de réadaptation offerts par un établissement de Santé Québec (paragraphe 5 de l'alinéa 1 de l'article 4 de la LGSSSS).
- La Gamme de services en DP-DI-TSA (MSSS, 2021) : L'URCI s'ajoute à la gamme de services en tant que *Services de développement et reprise des habitudes de vie*. Cette modalité doit être positionnée judicieusement dans le continuum de services en DP-DI-A, aux confins des services spécifiques et spécialisés, afin de joindre la clientèle cible et d'atteindre les objectifs visés.
- Les Orientations en TC/TGC¹⁷ : L'URCI constitue une nouvelle modalité de services agile et souple, en continuité avec les équipes SRCI, pour soutenir le RSSS et passer d'un modèle réactif de la gestion des situations de TGC à un modèle proactif.

¹⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

¹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

1.3 OBJECTIFS

Au-delà de la stabilisation des situations de TC/TGC, le Programme URCl poursuit des objectifs structurants qui doivent guider les actions de Santé Québec et ses établissements.

- **Améliorer la qualité de vie du jeune et de ses proches**, en agissant précocement sur la problématique comportementale pour éviter les ruptures de parcours (placement, relocalisation, bris de services éducatifs, etc.).
- **Renforcer la stabilité résidentielle et la participation sociale du jeune** au sein de ses milieux de vie, par le développement et la consolidation de compétences.
- **Soutenir la mobilisation des proches et l'engagement du réseau**, en renforçant leur capacité d'actions respective.
- **Prévenir et limiter le recours aux pratiques restrictives** telles l'utilisation de mesure de contrôle et l'hospitalisation non médicalement justifiée.

Pour atteindre les objectifs fixés, il est essentiel que tous adhèrent à la vision de prévention de l'URCl et que l'organisation de services qui en découle respecte les principes directeurs.

1.4 PRINCIPES DIRECTEURS

La primauté des liens entre le jeune, ses proches et sa communauté

L'importance de préserver les liens entre la ou le jeune, sa famille, ses proches et sa communauté s'inscrit comme principe directeur et finalité recherchée du modèle. L'admission en URCl **doit toujours répondre à un besoin de continuité relationnelle, et non pas à un besoin de protection, d'hébergement ou d'urgence sociale**. Pour préserver les liens, le séjour doit être de courte durée, comporter de la RCI dans les différents milieux de vie du jeune, favoriser une fréquentation bimodale (c.-à-d. nuitées dans le milieu de vie, tout autant qu'à l'URCl) et maintenir, lorsque possible, les activités habituelles du jeune dans sa communauté. La personnalisation des services demeure centrale à l'application de ce principe.

La précocité des services

Pour prévenir la complexification de la problématique et le désengagement des proches, l'URCl doit être proposée au moment opportun, à la personne appropriée et selon l'intensité requise. L'offre de services en URCl doit être une option dès que la problématique comportementale ne répond pas aux interventions habituellement reconnues et qu'une intensité de services est nécessaire pour éviter que la participation sociale de la jeune ou du jeune soit compromise (p. ex. bris de services évoqués, perte d'activités de loisirs, retrait du transport, fin des services de répit, etc.). Pour soutenir ce principe et actualiser le mandat, un positionnement stratégique de l'URCl dans le continuum de services en DP-DI-A et un parcours de services fluide sont requis. Ainsi, la mobilisation des proches sera favorisée et leur permettra de répondre de manière soutenue et adéquate aux critères d'engagement attendus.

La mobilisation de tous les acteurs

L'URCI repose sur une organisation de services basée sur des pratiques collaboratives qui impliquent la participation soutenue de tous les acteurs concernés par la problématique, la ou le jeune et ses proches au premier plan, afin d'atteindre un objectif commun : la stabilisation d'une situation de TC/TGC. Cette mobilisation doit se déployer au sein même des établissements territoriaux mandatés qui, par un ancrage organisationnel fort, veilleront à établir des ponts entre les différentes directions cliniques concernées pour assurer la continuité des services (p. ex. Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation [CRJDA], Santé physique), faciliteront les partenariats avec les différents acteurs de la communauté, s'assureront de communiquer et de rendre pérenne le mandat URCI auprès de l'ensemble de la population visée, etc. Pour la ou le jeune et ses proches, ce principe exige une ouverture et une capacité à s'engager durant l'entièreté du processus, suivant une juste connaissance du mandat unique de l'URCI.

Des services de qualité

Pour répondre aux besoins multiples des jeunes admis en URCI, les pratiques organisationnelles et cliniques doivent s'appuyer sur les meilleures pratiques en TC/TGC¹⁸ et s'ouvrir à d'autres perspectives et approches reconnues¹⁹, comme le rétablissement, les approches sensibles aux traumatismes et les réalités ethnoculturelles. L'approche positive et collaborative ainsi que la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle demeurent des piliers centraux de l'intervention, conformément aux Orientations en TC/TGC²⁰. Pour tous les établissements territoriaux mandatés, un processus d'évaluation, d'intervention et de suivi intensif, reconnu comme efficace, est attendu avec la même rigueur et des balises claires.

¹⁸ Précisions : Pratiques largement portées par le [SQETGC](#).

¹⁹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). *Modèles de soins et de services pour les jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale*. Québec, QC : INESSS.93 p.

²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

2. LES PARAMÈTRES DU PROGRAMME

2.1 MANDAT

L'URCI est un programme intensif, de courte durée, en installation d'établissement, qui a pour mandat d'offrir de la réadaptation comportementale intensive à des jeunes afin de stabiliser une problématique comportementale et de permettre la poursuite de leur intégration au sein de leur milieu de vie et dans leur communauté (c.-à-d. domicile familial, RI/RTF, école, loisirs, répit, etc.).

Pour préserver le mandat unique de l'URCI, les établissements territoriaux mandatés doivent s'assurer de développer et maintenir une offre de services résidentiels sécuritaire en TGC afin d'assurer une réponse globale et adaptés aux différents besoins des jeunes. Cette complémentarité constitue un levier clé de la pérennité et de l'efficacité des URCI qui répondent à un besoin de RCI, et non pas d'hébergement.

2.2 DURÉE DU SÉJOUR

L'épisode de services en URCI doit toujours viser la plus courte durée possible et ne devrait pas excéder six mois pour favoriser le maintien des liens entre la ou le jeune et son réseau. Toute prolongation du séjour doit être appuyée par l'appréciation clinique d'une professionnelle ou d'un professionnel habilité, qui confirme que les besoins du jeune relèvent toujours du mandat URCI.

2.3 CADRE LÉGISLATIF

En respect de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*, RLRQ, chapitre G-1.021, les services du programme en URCI seront rendus dans un établissement de Santé Québec, maintenant une **installation** (LGSSSS, RLRQ, c. G-1.021, art. 48, al. 1, par. 5^o) mentionnée à l'acte d'institution de l'établissement concerné dans laquelle seront offerts des services de réadaptation (LGSSSS, RLRQ, c. G-1.021, art. 4, al. 1, par. 5^o). Ces installations seront donc des centres de réadaptation au sens de la loi (LGSSSS, RLRQ, c. G-1.021, art. 46, al. 1, par. 5^o).

La désignation URCI et le nombre de lits doivent être autorisés par Santé Québec en respect des balises ministérielles établies.

Le statut de la jeune ou du jeune est celui **d'usagère ou d'utilisateur admis** dans un établissement de Santé Québec afin d'y recevoir des **services de réadaptation**, soit « un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles [...] requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes. » (LGSSSS, RLRQ, c. G-1.021, art. 4, al. 1, par. 5^o)

En vertu des soins et services de réadaptation offerts en URCI, l'admission est considérée de **type psychosocial** et ne requiert pas l'intervention d'un médecin. La décision d'admettre une ou un jeune en URCI relève conséquemment d'un comité composé, entre autres, de professionnelles et professionnels habilités de l'établissement.

2.4 CLIENTÈLE CIBLE

Le programme URCI a été conçu pour répondre aux besoins des jeunes âgés de moins de 18 ans ayant une DP-DI-A en situation de TC/TGC. L'absence de diagnostic de DP-DI-A ne devrait pas constituer un obstacle à l'admission pourvu que le besoin évalué corresponde au mandat et que le profil de la jeune ou du jeune soit compatible avec celui de la clientèle cible.

En cohérence avec la visée de prévention attendue, l'admission de jeunes âgés de moins de 12 ans pourrait être possible, voire encouragée, si le passage en URCI contribue à la stabilité résidentielle des jeunes ainsi qu'à leur qualité de vie. En pareil cas, les établissements territoriaux mandatés devront prendre les dispositions nécessaires pour veiller à la sécurité des plus jeunes qui pourraient côtoyer une clientèle adolescente. La durée de séjour en URCI devra être étroitement contrôlée et limitée dans le temps pour en réduire les répercussions.

2.4.1 Critères généraux d'admission

Les critères d'admissibilité en URCI doivent être les mêmes pour toutes les régions. L'ensemble des conditions d'admissibilité et des critères d'engagement doivent être satisfaits pour une admission en URCI. Sans ces conditions, intrinsèques à la personne et à son environnement, la demande doit être réorientée vers les services appropriés à la situation.

Conditions d'admissibilité

- Les jeunes âgés de moins de 18 ans sont admissibles aux services en DP-DI-A et présentent une situation de TC/TGC objectivée susceptible d'entraîner leur exclusion d'un ou de plusieurs milieux de vie.
- La ou le jeune présente un potentiel de retour à son niveau de fonctionnement antérieur ou d'amélioration fonctionnelle à court terme, soutenu par une appréciation professionnelle.
- Les besoins nécessitent des interventions d'une équipe interdisciplinaire et un environnement adapté.
- Les besoins requièrent une réadaptation comportementale à une intensité telle qu'il est impossible de la déployer dans les milieux de vie actuels.

Critères d'engagement

- La ou le jeune a une adresse de retour connue, en communauté (c.-à-d. dans un milieu non institutionnel : domicile familial ou RI/RTF).
- La ou le jeune, ses proches et les réseaux concernés (p. ex. école, loisirs, travail) consentent à la RCI et démontrent une capacité et une motivation à y participer en prévision du retour dans le milieu de vie.
- La ou le jeune, ses proches et les réseaux concernés sont disponibles pour participer à des interventions soutenues et régulières, et acceptent de réaliser de nouvelles interventions dans leurs milieux respectifs.

2.4.2 Critères de fin de services

Dès que l'un des critères suivants est rempli, l'épisode de services en URCI est jugé terminé.

- La situation comportementale de la personne ne compromet plus son intégration dans ses différents milieux de vie; les besoins de la jeune ou du jeune peuvent être satisfaits sur une base externe.
- Les objectifs du plan d'intervention sont jugés atteints par l'équipe ou ne répondent plus au mandat de l'URCI (p. ex. l'état médical de la personne ou la situation psychosociale environnante ne permettent pas d'actualiser la RCI).
- Le projet de vie du jeune ou la volonté des proches ne convergent plus vers un retour dans le milieu de vie; une demande de placement²¹ ou de relocalisation résidentielle est formulée.

²¹ En vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, chapitre P-34.1, de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, L.C. 2002, chapitre 1.

2.6 COMPOSANTES ESSENTIELLES DU PROGRAMME

Les activités du programme URCl reposent sur trois composantes qui devront être reconduites dans l'ensemble des établissements mandatés, à savoir :

- **Un environnement adapté**, dédié au mandat de l'URCl.
- **Une équipe interdisciplinaire spécialisée en TGC**, dédiée à l'URCl.
- **Une organisation de services distincte**, basée sur les principes directeurs et des pratiques collaboratives.

2.5.1 Un environnement physique adapté

Les activités de l'URCl doivent se dérouler dans une installation d'un établissement de Santé Québec ayant la mission d'un Centre de réadaptation. Que l'installation soit une unité ou une bâtisse résidentielle, le lieu physique doit être dédié au mandat URCl²² et offrir l'ensemble des services attendus d'un établissement territorial (c.-à-d. gîte et couvert, buanderie, distribution de médicaments, gestion des ressources humaines, etc.). Advenant la location d'une bâtisse à un tiers, l'établissement devra s'assurer de la viabilité à long terme de l'entente de location, en plus de la conformité des lieux.

Le milieu désigné URCl doit répondre aux meilleures pratiques réputées, prévenir l'utilisation des mesures de contrôle et favoriser la qualité de vie des jeunes. Est recommandé :

- un milieu personnalisé et thérapeutique, le plus normalisant possible, avec notamment une chambre individuelle pour chaque jeune, avec vue sur l'extérieur et lumière naturelle et la présence d'une salle d'apaisement dans chaque URCl;
- un environnement polyvalent qui peut se moduler selon les besoins de chaque jeune (p. ex. différentes chambres aménagées selon des niveaux de sécurité gradués, le mobilier, les tables, les paramètres permettant d'adapter la température, le bruit, l'éclairage, etc.).

La sécurité accordée à l'environnement doit s'inscrire en cohérence avec le mandat et les objectifs visés par l'URCl, à savoir l'apprentissage d'habiletés nouvelles chez les jeunes, le développement de leur autonomie et l'expérimentation de diverses situations prosociales, ceci dans le but de réintégrer rapidement leur milieu de vie d'origine. Pour cette raison, les lieux physiques doivent s'éloigner des modalités carcérales et des salles d'isolement proscrites.

2.5.2 Équipe interdisciplinaire dédiée à l'URCl

La composition de l'équipe URCl doit pouvoir répondre aux besoins multiples des jeunes admis ainsi qu'aux exigences relatives à l'intensité, la rigueur et la qualité des services. Pour bien y répondre, certains incontournables sont attendus :

- La coordination des soins et services doit être pleinement assumée sur les plans clinique et organisationnel, tant par la participation soutenue d'une ou d'un gestionnaire de proximité que par la reconnaissance d'un leadership clinique, par une professionnelle ou un professionnel

²² Précision : À l'exception des places de répit spécialisé, sous statut inscrit, qui permettent un travail complémentaire. Les régions de plus faible densité pourront ainsi adapter leur service à leur réalité régionale.

membre d'un Ordre, habilité à exercer des activités réservées, spécialisé en TGC et entièrement dédié à l'URCI. Compte tenu de la nature du mandat, la collaboration d'une psychoéducatrice ou d'un psychoéducateur est recommandée.

- Le travail interdisciplinaire exige la collaboration de professionnels complémentaires, aux disciplines variées, attirés à l'URCI selon les besoins et les ratios identifiés localement. Compte tenu de la nature des activités attendues, l'intervention partagée d'une infirmière et d'une travailleuse sociale est recommandée.
- Un nombre suffisant d'éducatrices et d'éducateurs spécialisés doit composer l'équipe URCI afin de pouvoir offrir de la RCI dans les différents milieux de vie des jeunes, jour, soir et parfois de nuit selon les besoins évalués. Le ratio déterminé par Santé Québec et ses établissements territoriaux mandatés doit considérer l'organisation de services propres à l'URCI qui repose sur la participation active des autres intervenants des équipes de proximité entourant la ou le jeune.
- Le nombre d'intervenantes et d'intervenants dédiés à l'assistance des soins devrait être minimal, compte tenu de l'importance accordée à la RCI et à l'exigence de la fréquentation bimodale au cours du séjour.

Considérant la nature des services offerts en URCI, l'embauche d'intervenantes et d'intervenants centrés uniquement sur la surveillance et l'intervention physique est à proscrire. Les établissements territoriaux devront miser davantage sur la formation et le soutien clinique des équipes que sur les méthodes restrictives, en cohérence avec les Orientations en TC/TGC²³. Le MSSS rappelle l'importance que les intervenantes et intervenants, tout comme les gestionnaires, mobilisés dans le processus URCI bénéficient de formations avancées en TGC et d'un lieu d'échange pour soutenir la pratique réflexive. Le cursus de formation déterminé devrait comprendre, minimalement, les champs de compétences requis dans les Orientations en TC/TGC : l'approche positive et collaborative, la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle et l'analyse et l'intervention multimodales (AIMM)²⁴.

Services complémentaires

Des services de pharmacie devront être rendus en URCI selon les modalités déterminées par Santé Québec et les établissements territoriaux mandatés.

De plus, selon la composition de l'équipe dédiée URCI, les établissements territoriaux mandatés devront s'assurer d'établir des ponts de collaboration avec d'autres professionnels spécialisés en TC/TGC pour compléter leur équipe interdisciplinaire et répondre aux divers besoins des jeunes admis (p. ex. ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, sexologue, selon les besoins). L'accès à ces professionnels dans un délai raisonnable ainsi qu'une certaine stabilité sont attendus. Pour ces raisons, la mobilisation des professionnels de l'équipe SRCI est tout indiquée.

²³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

²⁴ SABOURIN et LAPOINTE. Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement – Grille et lexique. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC, 2014, 24 p.

2.5.3 Une organisation de services distincte

L'organisation des services en URCI exige la participation des différentes équipes qui interviennent déjà auprès du jeune, tant au niveau du RSSS qu'avec des partenaires de la communauté, avant, pendant et après le passage en URCI. Ce mode de fonctionnement exige une planification rigoureuse des services et des activités attendues, de même que des modalités de collaboration claires et formalisées.

Sans s'y limiter, l'offre de services en URCI doit couvrir les activités suivantes :

Travail de collaboration et de concertation

Chaque établissement territorial mandaté prend les mesures nécessaires pour assurer la concertation entre les différents acteurs concernés, la collaboration avec les jeunes, leur famille et leurs proches, de même que le travail interdisciplinaire entre les professionnelles et professionnels concernés. Ces modalités de collaboration sont actualisées en amont d'un passage en URCI et maintenues actives tout au long du processus. Des collaborations sont établies avec les partenaires de la communauté de façon proactive et continue.

Les besoins des jeunes, de leur famille et de leurs proches sont au centre des interventions. Le partage d'informations et la confidentialité reposent sur les balises légales en vigueur, avec en tout temps, le consentement préalable requis du jeune et de son représentant.

Plus précisément, il est attendu que :

- des collaborations soient formalisées avec les centres de services scolaires selon *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*²⁵, ainsi que les organismes communautaires des différents territoires concernés avant même la mise en place d'une nouvelle URCI;
- des collaborations soient formalisées avec les services de santé physique, les services pharmaceutiques et la santé mentale au premier plan;
- pour chaque jeune admis, un PSI - ou un PSII lorsque le réseau de l'éducation est impliqué – soit élaboré avec l'ensemble des parties prenantes;
- pour chaque jeune admis, l'intervenante ou l'intervenant pivot des services de proximité en DP-DI-A reste engagé et collabore avec l'équipe URCI durant l'entièreté du processus de l'URCI.

²⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2026). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Guide de mise en œuvre*, Québec, 35 p

Activités de développement et de reprise des habitudes de vie

Le travail de réadaptation comportementale intensive en URCI s'appuie sur un processus clinico-administratif rigoureux qui doit favoriser une offre de services à haute intensité et un travail interdisciplinaire optimal. Ce processus d'évaluation, d'intervention et de suivi intensif doit être balisé, comparable dans l'ensemble de la province, et fondé sur les meilleures pratiques et les Orientations en TC/TGC²⁶.

Plus précisément, voici ce qui est attendu en ce qui concerne l'évaluation :

- Une évaluation biopsychosociale, selon l'AIMM, est réalisée pour chaque jeune dès les premiers jours suivant l'admission. En respect des meilleures pratiques recommandées en TC/TGC, cette évaluation inclut l'analyse du volet de santé physique et du volet pharmacologique.
- Dès l'admission, une appréciation de la condition physique et mentale est réalisée par une infirmière habilitée et une surveillance est assurée, selon les besoins, tout au long de l'épisode de services en URCI.
- Une surveillance quant à l'utilisation optimale du médicament est réalisée lors de toute nouvelle admission en URCI et le conseil pharmaceutique est disponible tout au long de l'épisode de services. En respect des responsabilités qui lui sont conférées, Santé Québec devra baliser l'organisation des soins pharmaceutiques requis en URCI afin d'assurer une qualité de services similaire dans l'ensemble de la province.
- L'ensemble des évaluations requises sont réalisées par les professionnelles et professionnels habilités (p. ex. orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) et non pas déléguées à un tiers intervenant.

Voici ce qui est attendu en ce qui concerne l'intervention de réadaptation comportementale intensive :

- Des interventions de RCI sont réalisées quotidiennement, plusieurs fois par jour, auprès de la personne admise en URCI, de façon individualisée.
- Une proportion significative des interventions se déroule à l'extérieur de l'URCI, dans les différents milieux de vie des jeunes, avec les proches et les acteurs des réseaux concernés.
- Des solutions pour faciliter le transport des jeunes admis et permettre la RCI dans les différents milieux de vie sont étudiées et mises en place par Santé Québec et les établissements territoriaux mandatés.
- Dans la mesure du possible, la ou le jeune peut continuer la réalisation de ses activités occupationnelles dans ses milieux de vie d'origine (école, loisirs, répit). Pour le milieu scolaire, se référer à l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*²⁷ pour assurer la continuité des services éducatifs, notamment en cas de déplacement interrégional.
- Des interventions visant à consolider et à développer les compétences des jeunes, et

²⁶INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2021). *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. État des connaissances* rédigé par Isabelle Boisvert et Michel Mercier. Québec, QC : INESSS; 87 p.

²⁷GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2026). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Guide de mise en œuvre*, Québec, 35 p.

non pas uniquement des interventions psychosociales de gestion de crise et d'aménagement de l'environnement, sont incluses dans le plan d'intervention de chaque jeune admis en URCI.

- La recherche de mesures alternatives aux mesures de contrôle est centrale dans le choix des interventions préconisées. L'utilisation de mesures de contrôle demeure exceptionnelle et doit être encadrée par un processus basé sur les meilleures pratiques. En pareille circonstance, l'équipe clinique doit s'assurer de la légitimité de ces mesures dans le milieu de vie de la jeune ou du jeune, ce qui au demeurant, n'est pas encouragé.

Voici ce qui est attendu en ce qui concerne le suivi intensif²⁸ :

- Une coordination de services est exercée, avec les rôles et responsabilités de chacun bien définis.
- Des rencontres régulières balisent l'avancement du processus clinique, avec l'ensemble des acteurs en présence.

Activités de soutien à la famille, aux proches et aux partenaires

La famille et les proches de la jeune ou du jeune admis en URCI doivent bénéficier d'une évaluation de leurs besoins et d'un soutien psychosocial en continu, selon les besoins identifiés. L'intervenant pivot déjà présent devrait être le premier à intervenir dans ce soutien.

En cohérence avec les Orientations en TC/TGC (MSSS, 2025), une attention particulière doit être portée sur la reconnaissance de la détresse psychologique, du niveau de fatigue et de stress des proches, de la personne responsable de la RI-RTF et de la fratrie, le cas échéant. Des interventions de soutien psychosocial et d'aiguillage vers des services d'aide appropriés sont nécessaires pour permettre le maintien durable de la personne dans ses différents milieux de vie et doivent être au cœur de la pratique clinique en URCI.

Il est attendu que :

- dès l'admission, la planification du congé soit réalisée avec la ou le jeune, la famille ou les proches concernés;
- les différents milieux de vie de la personne admise en URCI reçoivent du soutien et de la formation nécessaires à la compréhension de la problématique, à la généralisation et au maintien des acquis;
- des modalités technologiques (p. ex. télépratique, téléadaptation) soient mises en place dans chaque URCI afin de fournir des services à distance et de faciliter la participation des familles et des proches;
- pour les jeunes initialement hébergés en RI-RTF, la place soit maintenue tout au long du passage en URCI tant et aussi longtemps que la personne responsable de la ressource demeure activement engagée dans le processus et qu'elle confirme sa volonté à réintégrer la ou le jeune.

²⁸ BUISSON, D., RONDEAU, M. et SABOURIN, G. (2012). « *Guide technique – Le suivi des interventions en TGC* ». © FQCRDITED | SQETGC. 80 p.

Gîte et couvert

Chaque établissement territorial mandaté offre le gîte et couvert en modulant l'offre de services à la fréquentation et aux besoins réels de chaque jeune. Le principe de primauté des liens doit guider l'organisation des services attendus en privilégiant la poursuite des habitudes de vie de tous les jeunes au sein de l'URCI (p. ex. adapter l'offre aux spécificités culturelles et alimentaires ainsi qu'à la routine de chaque jeune). Le cadre financier doit aussi être examiné sous cet angle et établi en considérant que les parents demeurent les premiers responsables de subvenir aux besoins courants de leurs enfants (c.-à-d. vêtements, loisirs, éducation). En respect des règlements en vigueur et de la durée maximale visée (six mois), les subventions accordées aux proches, dont notamment le répit, devraient être maintenues, ceci dans le but d'encourager leur participation pleine et entière avant, pendant et après le processus URCI.

3. RÉSULTATS ATTENDUS

La mise en œuvre du programme URCI doit produire des résultats cliniques et organisationnels tangibles, en cohérence avec sa visée centrale : **agir en prévention pour maintenir les jeunes dans leurs milieux de vie naturels**. À l'issue de ce programme, les jeunes qui y participent doivent pouvoir continuer à participer à la vie sociale et poursuivre leur intégration au sein de leur communauté, selon leur volonté propre. Des retombées essentielles sont également attendues pour le RSSS, notamment une meilleure capacité d'engagement des proches à long terme et une réduction des ruptures de parcours, qu'il s'agisse de demandes de relocalisation, de placements en CRJDA ou de bris de services éducatifs. En cohérence avec sa mission, le MSSS demeure responsable d'évaluer les effets du programme et d'assurer sa pérennité dans les années à venir.

La réussite du programme repose sur un important changement de pratique, lequel s'inscrit dans le cadre plus large des Orientations en TC/TGC²⁹. Ce changement doit être soutenu par un plan de communication national et local qui doit pouvoir mobiliser les professionnels et gestionnaires du RSSS ainsi que des partenaires communautaires et du réseau de l'éducation. Les proches des jeunes ayant une DP-DI-A doivent être parmi les premiers informés des modalités d'accès et des bénéfices attendus.

L'ajout des URCI dans le continuum de services des établissements territoriaux mandatés doit générer des effets mesurables à court, moyen et long terme.

- **À court terme (0–6 mois)**, les interventions doivent permettre de stabiliser la situation comportementale du jeune, de maintenir sa participation sociale immédiate, de réduire la fréquence et l'intensité des crises et d'offrir un soutien rapide aux proches pour prévenir l'épuisement.
- **À moyen terme (6–18 mois)**, l'accent est mis sur le maintien du jeune dans ses milieux de vie d'origine, la consolidation durable des acquis en milieux naturels, le renforcement des capacités des proches et des partenaires, ainsi que la réduction des bris de services résidentiels, éducatifs, communautaires ou de répit.
- **À long terme (≥ 18 mois)**, les résultats visés comprennent l'amélioration durable de la qualité de vie du jeune et de ses proches, la réduction des hospitalisations non médicalement justifiées, l'évitement des solutions de dernier recours et le renforcement d'une réponse préventive et concertée aux TC/TGC dans l'ensemble du réseau.

L'ensemble de ces résultats devra être suivi au moyen d'indicateurs clairs et comparables, établis par le MSSS, qui permettront de documenter l'atteinte des objectifs du programme et d'ajuster les pratiques, au besoin. Par cette approche structurée, collaborative et résolument préventive, l'URCI s'inscrit comme un levier majeur pour soutenir la stabilité résidentielle, la participation sociale et la qualité de vie des jeunes ayant une DP-DI-A en situation de TC/TGC, ainsi que celle de leurs proches.

²⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p.

BIBLIOGRAPHIE

ALLIANCE CANADIENNE DE L'AUTISME (2025). *Language Guide – Guide de terminologie* (Version de juillet 2025). EN LIGNE : <https://autismalliance.ca/>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Rev.), EN LIGNE : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

BUISSON, D., RONDEAU, M. et SABOURIN, G. (2012). « Guide technique – Le suivi des interventions en TGC ». © FQCRDITED | SQETGC. 80 p. EN LIGNE : <https://www.sqetgc.org/document/sqetgc-suivi.pdf>

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. (2026). Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Document – cadre, 13 p. EN LIGNE : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/education/soutien-eleves/MELS-MSSS-Entente-complementarite.pdf>

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2026). *Modèles de soins et de services pour les jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale*. Québec, QC : INESSS. 93 p. EN LIGNE : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/Modeles_soins_services_CRJDA_SM_EC_INESSS.pdf

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2021). *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*. État des connaissances rédigé par Isabelle Boisvert et Michel Mercier. Québec, QC : INESSS; 87 p. EN LIGNE : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_TGC_EC.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES (2026). *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés*, Québec, 83 p. EN LIGNE : [Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés - Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence*, Québec, 71 p. EN LIGNE : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Pour une intégration des soins et 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*, Québec, 39 p. EN LIGNE : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*, Québec, 45 p. EN LIGNE : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-824-11W.pdf>

PAQUET, SABOURIN, CAMIRÉ, GAGNON, GAGNON et GOBDOUT. « Élaboration d'une définition de "troubles graves de comportement" commune au réseau Santé et Services sociaux

à l'aide d'une technique Delphi hybrid », cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2025). Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement : Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif, Québec, 45 p. EN LIGNE : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-824-11W.pdf>

SABOURIN et LAPOINTE. Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement – Grille et lexique. Montréal, Qc : Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC), Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED); 2014. EN LIGNE : <https://www.pub.sqetgc.org/wp/wp-content/uploads/2022/07/SQETGC-AIMM-FINAL-14-NOV.pdf>

SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT (2017). Protocole d'identification des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et manifestant un trouble grave du comportement. Montréal Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ. EN LIGNE : <https://www.sqetgc.org/document/protocole-identification-tgc-fevrier-2017.pdf>

SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT (2020). *Protocole d'identification des personnes ayant une déficience physique et manifestant un trouble grave du comportement*. Montréal, Canada, 44 p. : SQETGC | CIUSSS MCQ. EN LIGNE : <https://www.sqetgc.org/document/protocole-identification-tgc-dp-vf2.pdf>

