



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CONGRÈS DE L'AIRHM

Le projet de développement de l'expertise

Un processus efficace de changement des pratiques dans l'intervention sur les TGC

**Présenté par André Lapointe, Ph. D., Guy Sabourin, Ph. D.,
et Diane Bégin, Directrice générale de la FQCRDITED**

Dimanche 26 août 2012

Les intervenants

- André Lapointe, Ph. D.
Psychologue et expert-conseil au SQETGC
- Guy Sabourin, Ph. D.
Psychologue et expert-conseil au SQETGC
- Diane Bégin
Directrice générale de la Fédération québécoise
des CRDITED



Cas de René

René, 32 ans, DI grave et TED ns, s'automutile assez fréquemment.

Les intervenants croient qu'il s'automutile pour attirer l'attention parce qu'on lui en apporte lorsqu'il se frappe la tête.

Lorsqu'il commence à s'automutuler, on l'amène le plus doucement possible vers sa chambre, où il cesse éventuellement de se frapper. Il passe de plus en plus de temps dans sa chambre.

Les intervenants ont l'impression qu'il s'automutile un peu moins depuis que le plan est mis en application, mais il continue quand même de se blesser.

Deux des éducateurs ont eu des initiatives : un lui donnait une Tylenol lorsqu'il voyait des signes de douleur, l'autre tentait de réduire la proximité avec les pairs. Personne d'autre n'a poursuivi.

Définition opérationnelle

Causes multiples, bio-psycho-sociales et plusieurs contextes

Prévention, apprentissage
traitement

Pas de mesure objective des
résultats

Décision fondée sur résultats,
décision en équipe, plan d'inter.

Cas de René

René, 32 ans, DI grave et TED ns, s'automutile assez fréquemment.

Définition opérationnelle

Les interven
parce

psycho-
contextes

Lorsqu
doucement
de se frappe

ssage

Les interven
depuis que n est mis en application, mais il continue quand même de se blesser.

Pas de mesure objective des résultats

Deux des éducateurs ont eu des initiatives : un lui donnait une Tylenol lorsqu'il voyait des signes de douleur, l'autre tentait de réduire la proximité avec les pairs. Personne d'autre n'a poursuivi.

Décision fondée sur résultats, décision en équipe, plan d'inter.

Il y a souvent un écart important entre les pratiques réelles et les guides de pratique.

La mission première du SQETGC

➤ Développer et consolider l'expertise en TGC

des **CRDITED** du Québec et des centres hospitaliers psychiatriques de Montréal et, par le fait même, améliorer le bien-être des usagers et du personnel (qualité de vie, participation sociale).

➤ L'objectif principal est de soutenir l'ensemble du personnel des CRDITED dans leurs activités en lien avec les **TGC** afin d'améliorer la qualité des services.

La mission première du SQETGC

- Pour ce faire, le SQETGC a choisi de privilégier :
 - Le soutien et la supervision des équipes locales des CRDITED;
 - **Le rehaussement des compétences et de l'expertise;**
 - Le réseautage de spécialistes;
 - L'élaboration et la diffusion d'outils.

La mission première du SQETGC (suite)

- Ultimentement, le SQETGC devrait permettre :
 - De prévenir l'apparition des TGC;
 - De **réduire l'impact des troubles graves du comportement;**
 - D'améliorer la qualité de vie des usagers et de leurs proches.
- Cette mission sera réalisée en **favorisant l'autonomie des CRDITED face à la problématique des TGC.**

Plan de la conférence

1. Lignes directrices dans l'organisation d'un projet de développement de l'expertise (PDE) (Guy Sabourin)
2. Illustration concrète d'un processus type de PDE et évaluation des résultats (André Lapointe)
3. Présentation d'un nouveau paradigme de travail SQETGC - Établissements (Diane Bégin)



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION

EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CONGRÈS DE L'AIRHM

Historique et principes directeurs des PDE-TGC

Présenté par **Guy Sabourin, Ph. D.**
Expert-conseil au SQETGC



Dimanche 26 août 2012

PDE - Définition

- Un plan de développement de l'expertise (PDE) est essentiellement un document de planification.
Il vise :
 - L'amélioration continue de l'expertise clinique et organisationnelle relative aux TGC;
 - L'amélioration de la qualité des services en TC/TGC;
 - La réduction des TGC des usagers du CRDITED.
- Ce plan devrait s'inspirer de pratiques exemplaires ou des meilleures pratiques cliniques et en gestion du changement.

Grandes étapes historiques du programme en TGC

- **1995-1998** : importantes pressions politiques de la part de diverses associations de parents pour que soit reconnu le besoin de développement de diverses expertises professionnelles en TGC et qu'un financement spécifique y soit consacré dans la région de Montréal.
- **1998-2000** : expérimentation d'une variété de petits projets centralisés et décentralisés dans la région à partir d'un financement régional substantiel.*

* Roberge et Rondeau (1991) Conseil régional SSS Mtl

Grandes étapes historiques du programme en TGC (suite)

- **2000-2005** : création d'un programme expérimental d'équipe multidisciplinaire d'expertise en troubles graves du comportement pour une période de 4 ans, associé à une évaluation de programme indépendante (PREM-TGC).
- **2006-2009** : le programme change légèrement de mission et doit se centrer exclusivement sur le développement de l'expertise et sur la supervision des CRDITED et sur les CH psychiatriques (CEMTGC). Des services peuvent être offerts aux autres régions par entente de services.

Grandes étapes historiques du programme en TGC

- **De janvier 2009 à nos jours** : création du SQETGC avec un mandat de services-conseil, d'expertises et de développement de guides de pratique pour tous les CRDITED de la province via un rattachement administratif à la Fédération québécoise des CRDITED.

Évolution théorique - 1. Le modèle initial



PDE-101

- 1^e modèle – 2000 à ±2005
 - Concept initial :
 - Une équipe régionale (Montréal)
 - Regroupant les cliniciens les plus spécialisés en TC/TGC
 - Dans un travail transdisciplinaire
 - Se concentrant seulement sur les TC/TGC
 - Offrant de la consultation aux CRDI et départements psychiatriques.
 - S’enrichissant auprès d’experts internationaux
 - DONC, un notion de « locomotive » visant l’amélioration de l’expertise clinique en TC/TGC

Description du PDE-101 associé (2000 - 2005)

- Analyse clinique approfondie par l'équipe professionnelle du PREMTGC de type AIMM, souvent avec l'aide de d'experts internationaux (mais plein d'embûches clinico-administratives : résistances au changement).
- Nomination d'un agent de liaison pour négocier des arrangements clinico-administratifs et des subventions ciblées pour amélioration de l'offre de services dans le PI de l'utilisateur (ex. : formation, services 1/1, accompagnement, etc.).

Description du PDE-101 associé (2000 - 2005) (suite)

- Entente écrite par l'agent du PREMTGC sur les services offerts et le financement associé (buts, activités à réaliser, échéancier, financement associé, etc.).

Résultats du modèle initial

- Des succès significatifs (*4 évaluations de progr.*) :
 - Chez le personnel clinique :
 - Du transfert d'expertise;
 - De la satisfaction chez le personnel.
 - Chez les usagers :
 - Une diminution significative des TC/TGC;
 - Des impacts divers positifs pour les usagers.
 - Chez l'équipe régionale :
 - Perfectionnement de l'expertise et mobilisation.

Résultats du modèle initial (suite)

- MAIS, plusieurs obstacles avec ce modèle initial :
 - Les pratiques organisationnelles changent difficilement;
 - Les bonnes pratiques tendent à cesser après la crise;
 - De multiples obstacles organisationnels.

Évolution théorique -

2. Le modèle s'enrichit

PDE-201

- 2^e modèle – 2005 à 2011
 - Progressivement, des éléments clinico-organisationnels s'ajoutent, par exemple
 - *L'évaluation des pratiques*
 - Les cohortes d'usagers TGC et projets-pilotes
 - Les formations sur les enjeux organisationnels
 - Le suivi des interventions (*monitorage*)
 - Le *Guide de pratique en TGC* (Fédé)
 - Les PDE (l'accent est mis sur les cohortes), etc.

- CEM-TGC
2005-2008
- SQE 2009...
(national)

Description d'un PDE-type 201

- Élaboré par un agent conseil du CEMTGC (mandat de services élargi à la grandeur du Québec, particulièrement pour le CRDITED : par entente de services).
- Centré sur l'implantation de certains éléments du Guide de pratique du PREMTGC et de la Fédération.
- Arrêt du soutien financier aux établissements de Montréal et paiement à la carte de tous les services pour tous les autres établissements à l'extérieur de Montréal.
- André Lapointe présentera le contenu détaillé du PDE 201 et ses résultats.

Évolution théorique -

3. Le modèle des PDE-TGC.

PDE-301

- 3^e modèle - 2012 à ...
 - Maintien des approches cliniques (ex. : AIMM)
 - Consolidation des éléments clinico-organisationnels (ex. : cohortes) + futurs développements
 - **Éléments organisationnels**
 - Approche organisationnelle plus globale, systématique et intégrée
 - Meilleures pratiques organisationnelles
 - Changements de pratique, gestion de projet, « Analyse d'affaires », système d'évaluation (ex. : tableau de bord)...
 - Organisations apprenantes
 - Réseautage national (QC)

Vers un modèle de PDE pour la communauté de pratique

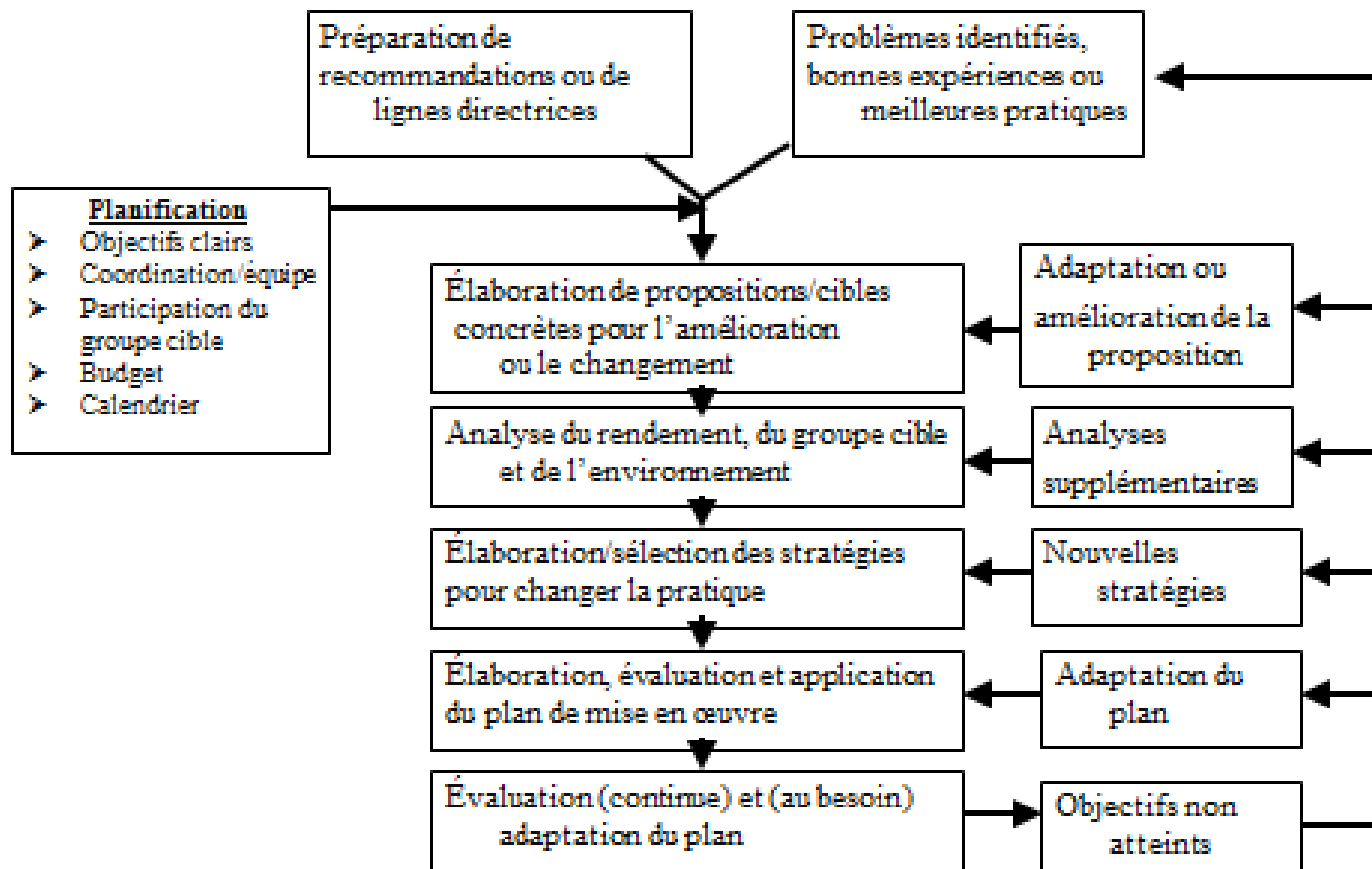
- Le modèle de PDE proposé s'inspire :
 - Des théories de changements de pratique en santé et en gestion qui recommandent entre autres :
 - L'utilisation de méthodes de diagnostic organisationnel;
 - Des guides de pratiques;
 - Des méthodes de planification;
 - Et de gestion des changements de pratiques reconnus dans le domaine (Grol et al., 2005).

Vers un modèle de PDE pour la communauté de pratique (suite)

- Tous les outils et méthodes du modèle sous-tendent des processus systématiques de travail de groupe associés à des prises de décision fondées sur:
 - Des données empiriques;
 - Des savoirs d'expérience;
 - Et des processus de rétroaction (continus et globaux) permettant d'ajuster les plans d'action pour atteindre les buts souhaités.

Vers un modèle de PDE pour la communauté de pratique (suite)

Modèle de CP de Grol et al., (2005)



Présentation CEMTGC

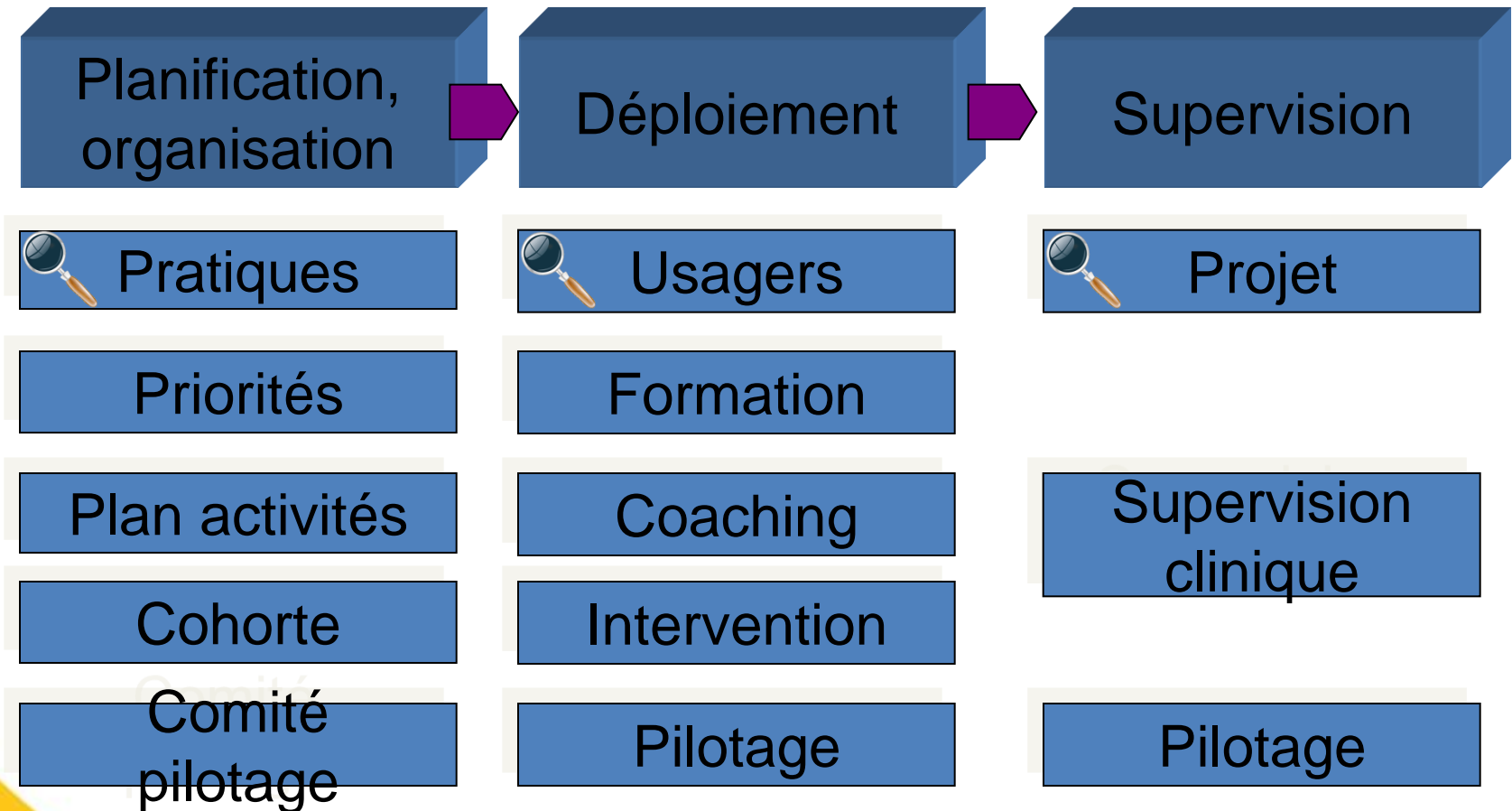
Vers un modèle de PDE pour la communauté de pratique (suite)

Étapes / sous-étapes	Enjeux
1. Ancrage organisationnel	- Coord. nommé, mandaté? - Comité pilotage l'appuie?
2. Évaluation de la situation	- Vision claire de l'organisation? - Écarts versus Guide de pratiques?
3. PDE - 3.1 Stratégie	- Approche stratégique + cibles? - Faisable et mobilisant?
3. PDE - 3.2 Plan(s) d'action	- Projets (G.P.)?
4. Implant. - 4.1 Org. ress.	- Ress. implantées? Mobilisées?
4. Implant. - 4.2 Chang. prat.	- Conditions vs. nouvelles pratiques?
5. Éval. - 5.1 Suivi / contrôle	- Avancement projets? - Suivi des interventions vs. usagers?
5. Éval. - 5.2 Évaluations	- Système de suivi et indicateurs?
6. Consolid. - 6.1 Maintien	- Contingences de maintien et mesure?
6. Consolid. - 6.2 Généralis.	- Contingences de généralisation et mesure?

Exemples d'autres principes directeurs de prise de décision dans le PDE

- Augmenter l'intensité des services autour de l'utilisateur
- Rapprocher l'expertise de l'utilisateur et de son entourage (induire des changements durables et à moyen terme).
- Choisir des pratiques fondées sur les meilleures pratiques et sur des savoirs d'expériences solides et décidées par un comité de pilotage efficace (Top-Down et Bottom-Up).
- Intervenir à des niveaux multiples de l'organisation et bien intégrés dans une vision globale du changement (Formation vs. intégration; ajustements organisationnels, etc.).

Démarche générale



Planification, organisation

Planification,
organisation

 Pratiques

Priorités

Plan activités

Cohorte

Comité
pilotage

Standards de pratique

Valeurs

Services

Gamme

Coordination-intégration

Évaluation

Approche multimodale

Suivi des interventions

Planification, organisation

Planification,
organisation

 Pratiques

Priorités

Plan activités

Cohorte

Comité
pilotage

Sur mesure
Utilisation des ressources internes

Planification, organisation

Planification,
organisation

 Pratiques

Priorités

Plan activités

Cohorte

Comité
pilotage

Formation

Enjeux organisationnels

Analyse et intervention

Suivi des interventions

Organisation

Monitoring terrain

Analyse

Application soutenue

Elaboration d'un PI

Observations

Monitoring

Planification, organisation

Planification,
organisation

 Pratiques

Priorités

Plan activités

Cohorte

Comité
pilotage

Entre 4 et 12 personnes
Répartition des efforts
Pas que des « cas désespérés »

Monitoring

Planification, organisation

Planification,
organisation

 Pratiques

Priorités

Plan activités

Cohorte

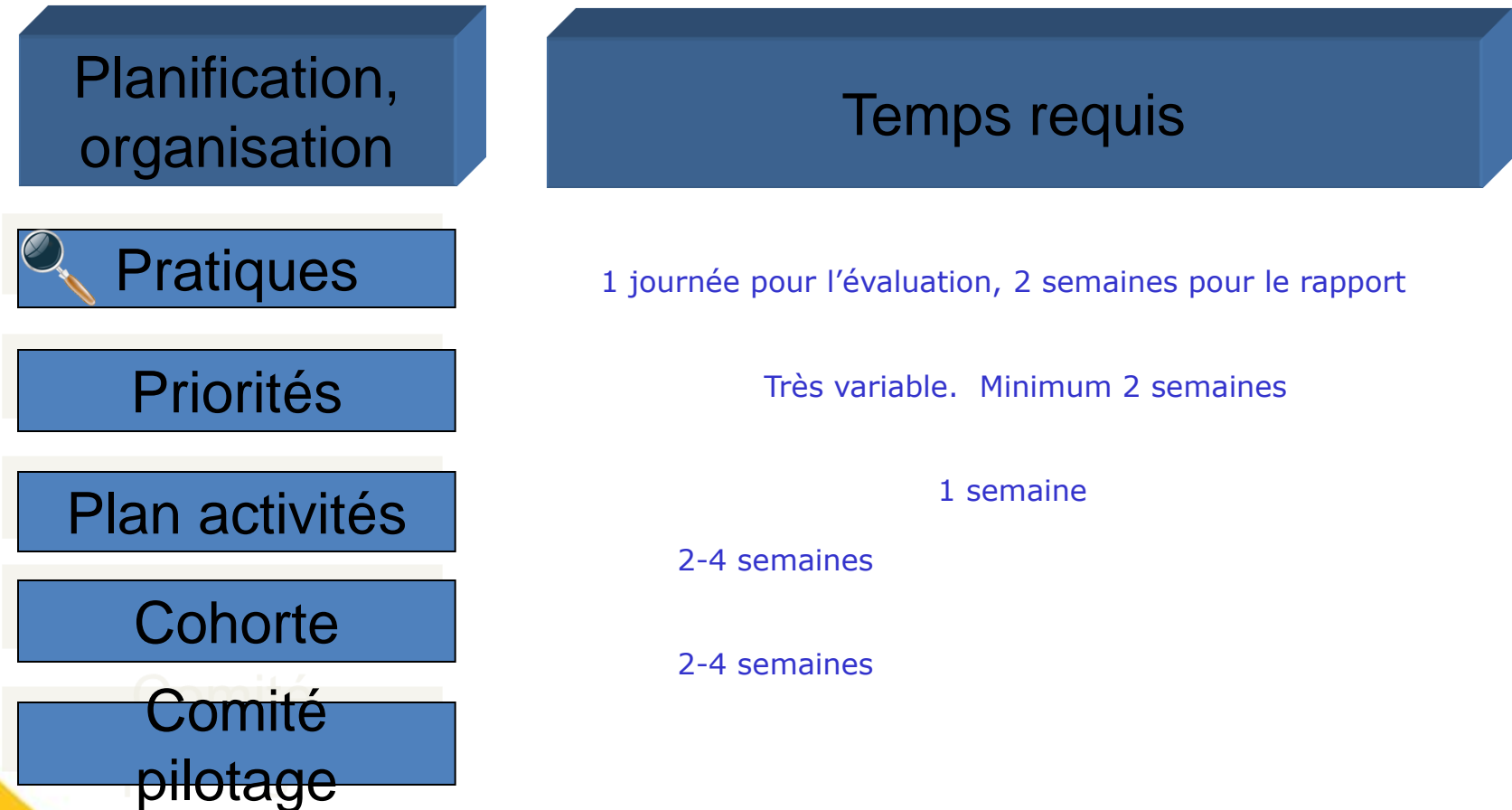
Comité
pilotage

Assure la gestion du projet
Peut comprendre

- Clinique
- Services
- Ressources humaines
- Ressources matérielles
- Participants
- Usagers

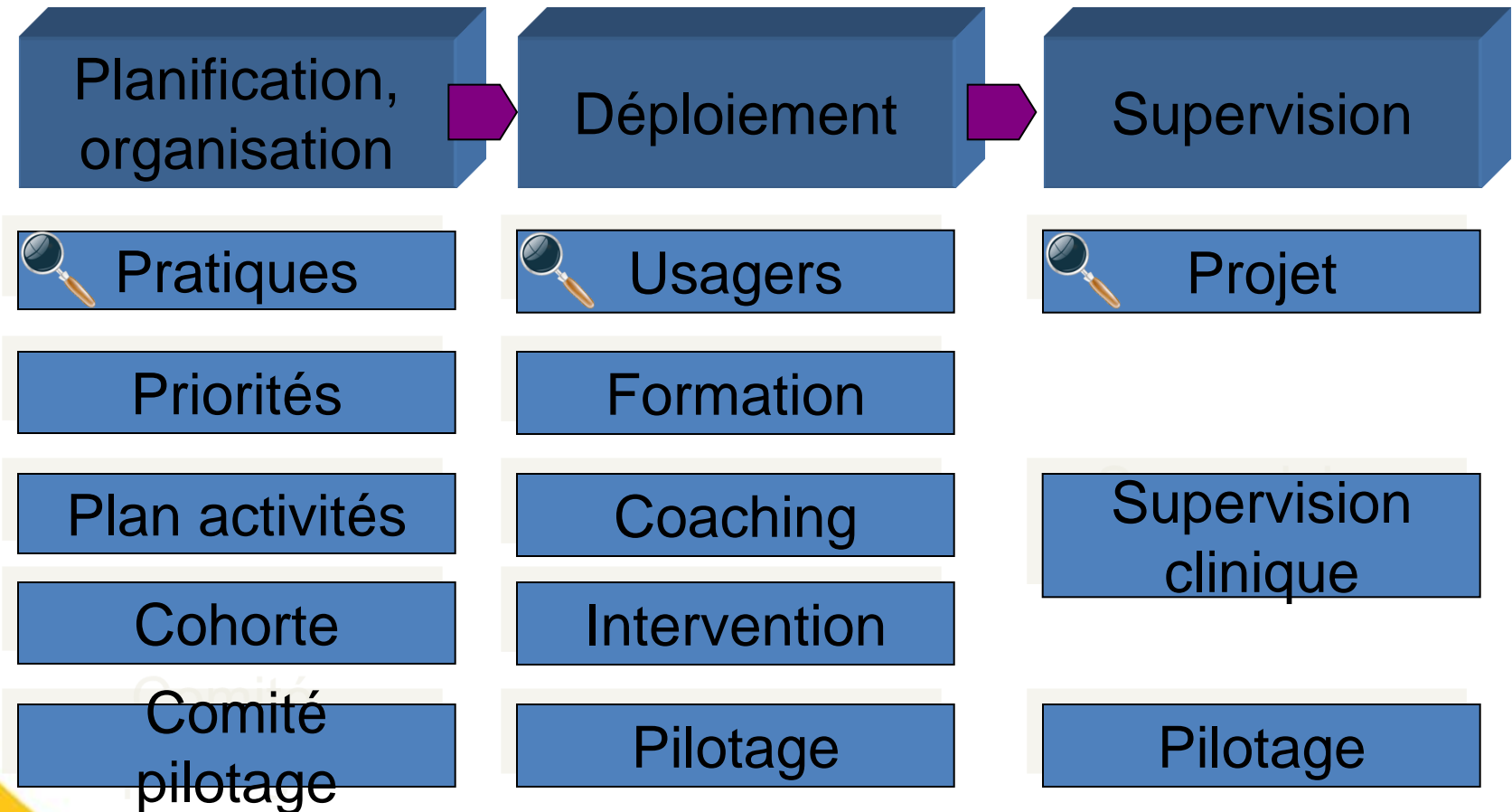
Monitoring

Planification, organisation (suite)



La position de la durée dans le calendrier indique les activités qui peuvent se dérouler en même temps et celles qui sont nécessairement en séquence.

Déploiement



Déploiement (suite)

Déploiement

 Usagers

Formation 

Coaching

Intervention

Pilotage

But : favoriser une meilleure santé
chez l'utilisateur

Instruments habituels

EGTC

Observations sur les TGC

Instruments en cours dans
l'établissement s'il y a lieu

Les mêmes instruments seront
administrés de nouveau après
12 mois.

Déploiement (suite)

Déploiement

 Usagers

Formation

Coaching

Intervention

Pilotage

Vise

L'ensemble des intervenants touchés par le projet

La direction de l'établissement

Les RNI, les parents touchés

Couvre

Habiletés cliniques

Enjeux organisationnels

Partager un vocabulaire, une vision

Se familiariser avec des processus

Déploiement (suite)

Déploiement

 Usagers

Formation 

Coaching

Intervention

Pilotage

Complément à la formation

Porte sur :

L'animation et la participation au monitoring

Le soutien à l'équipe conseil s'il y a lieu

Optique :

Rendre les participants et l'organisation indépendants

Pendant quelques mois après le début de l'intervention

Déploiement (suite)

Déploiement

 Usagers

Formation 

Coaching

Intervention

Pilotage

Mise en pratique des nouveaux processus
Environ 8-10 semaines après la formation à l'analyse et l'intervention
Autres démarches
Réseautage
Ajustements à la supervision
Processus clinique
etc.

Déploiement (suite)

Déploiement

 Usagers

Formation 

Coaching

Intervention

Pilotage

Commence avec le début du déploiement

Rencontres mensuelles

Permet de suivre le travail sur les objectifs non-cliniques (ex. : réseautage)

Déploiement (suite)

Déploiement

Temps requis



Usagers

1 mois

Formation

2-3 mois

Coaching

2 mois

Intervention

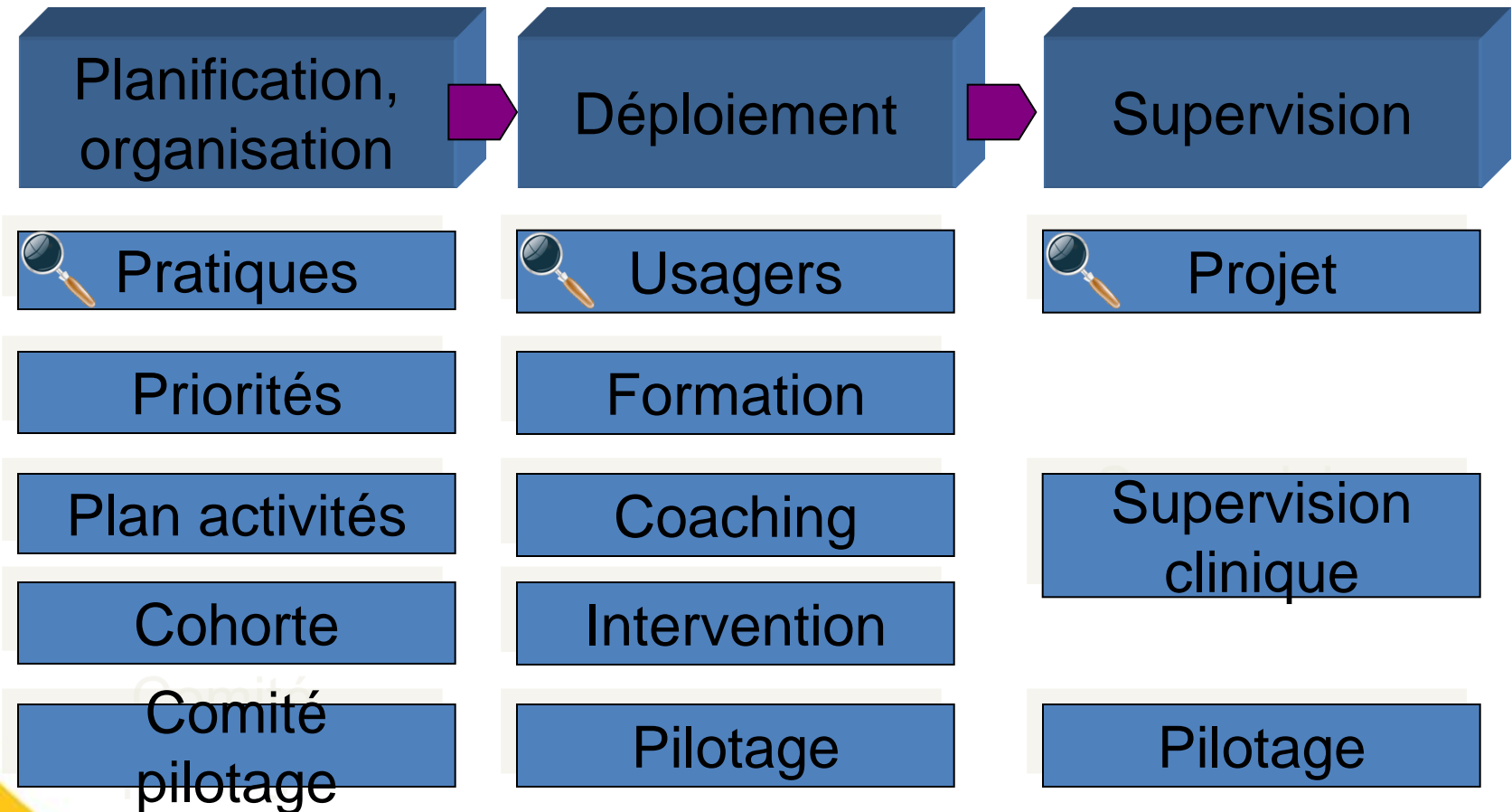
Permanent

Pilotage

1-3 ans

La position de la durée dans le calendrier indique les activités qui peuvent se dérouler en même temps et celles qui sont nécessairement en séquence.

Supervision



Supervision (suite)

Supervision



Projet

Supervision
clinique

Pilotage

Aux 12 mois

Porte sur :

Évolution des usagers

Satisfaction des participants

Données sur le processus de suivi

Supervision (suite)

Supervision



Projet

Supervision
clinique

Pilotage

Rencontres mensuelles
Agenda fait par les participants
Discussion de cas
Fonctionnement du suivi
Aspects techniques
Supervision à chaud

Supervision (suite)

Supervision



Projet

Supervision
clinique

Pilotage

Rythme maintenu
Suivi des aspects cliniques
Suivi des autres démarches
Analyse des résultats d'évaluation de
projet

Supervision (suite)

Supervision

Temps requis



Projet

Après un an, étalé sur 2 semaines, prend environ 60 min par usager

Supervision
clinique

Après le déploiement, 1 demi journée aux 4 semaines

Pilotage

1-3 ans poursuite des activités



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION

EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CONGRÈS DE L'AIRHM

Évaluation du suivi des interventions en TGC

Présenté par **André Lapointe, Ph. D.**
Expert-conseil au SQETGC
andre.lapointe.sqetgc@ssss.gouv.qc.ca

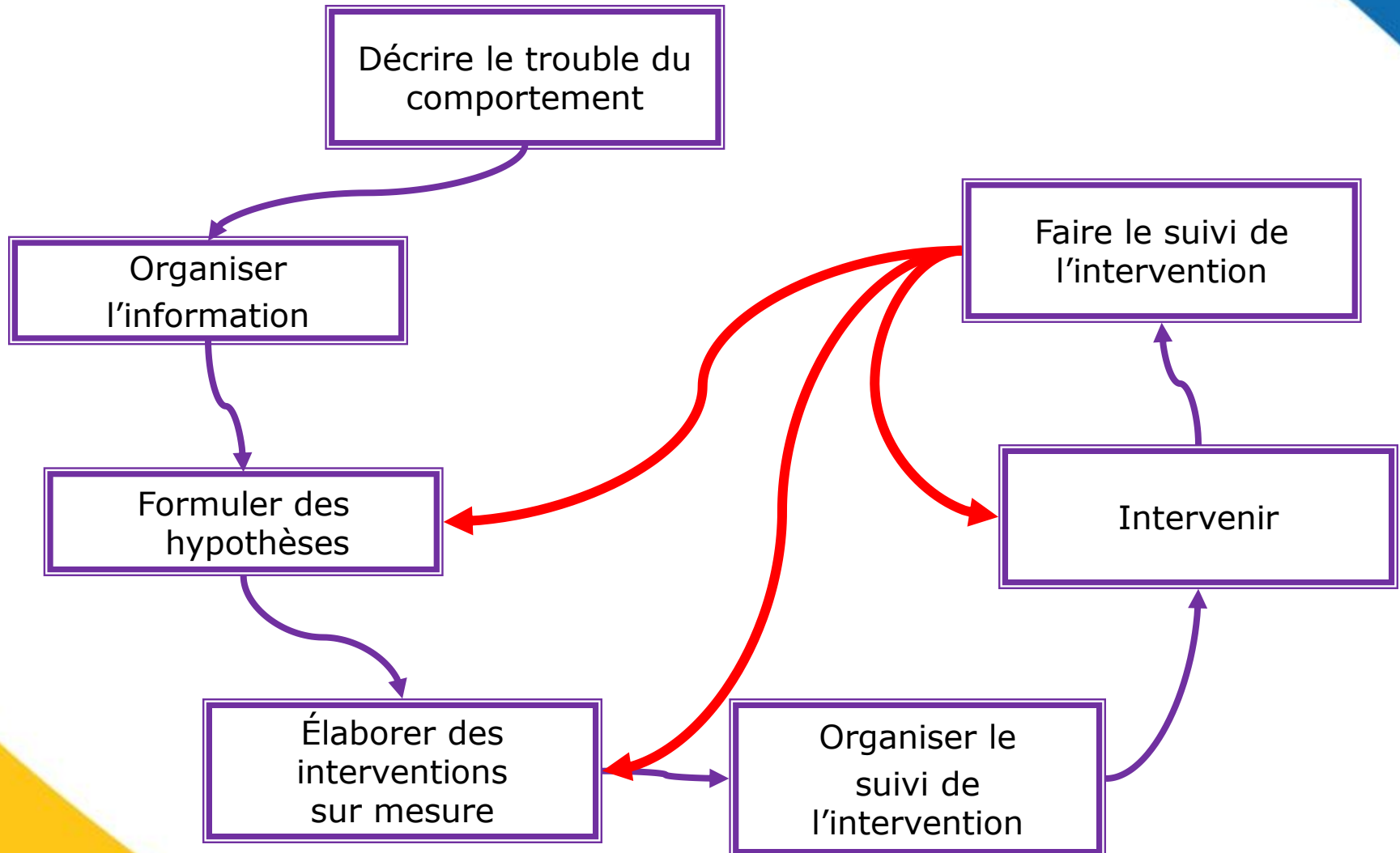


Dimanche 26 août 2012

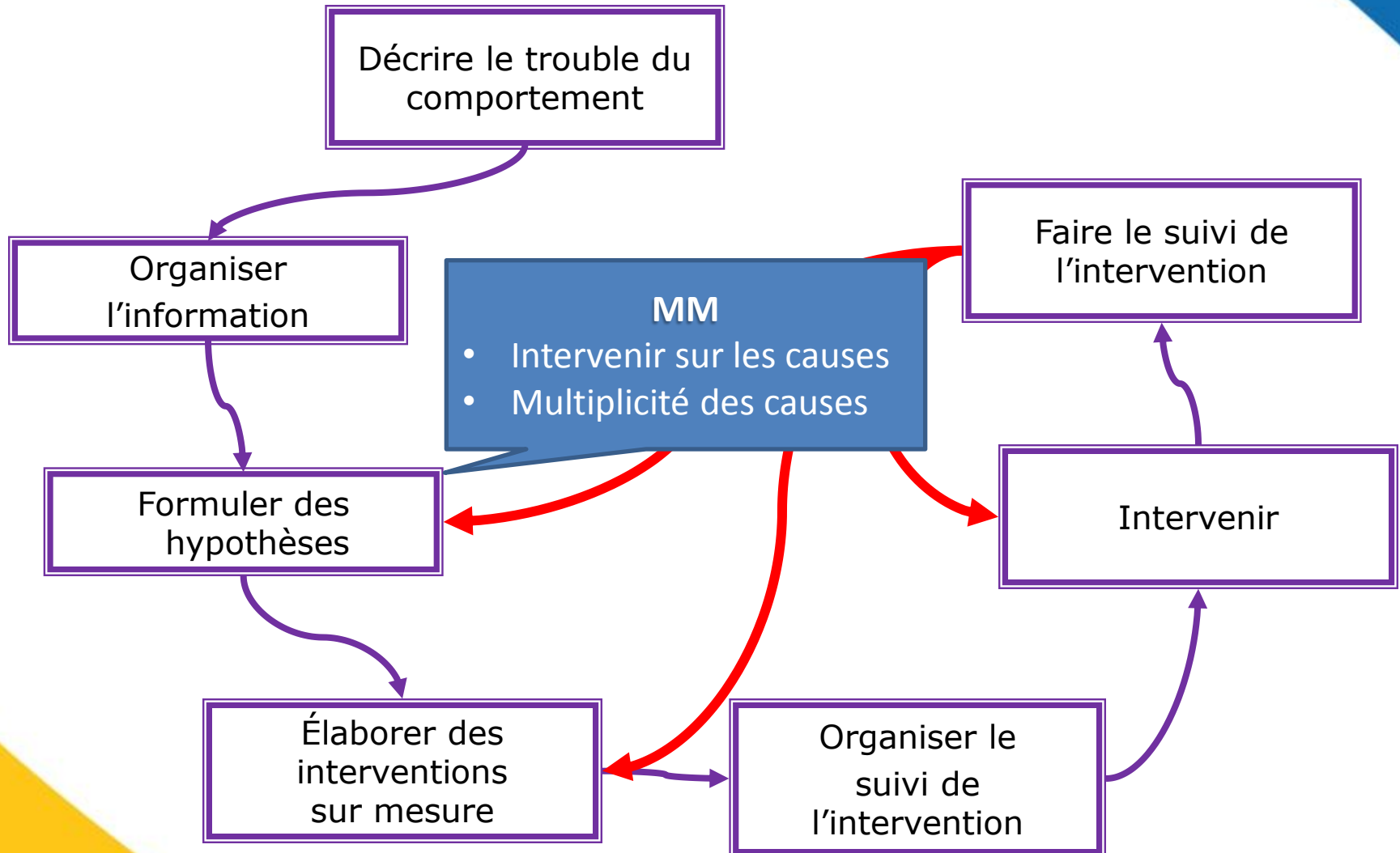
Caractéristiques des équipes ayant participé à l'évaluation

- Formées à l'approche MM (3 jours)
 - Travaillent sur plan (PA-TGC)
- Caractéristiques du processus de suivi (9-15 heures)
 - Processus
 - Mesures-observation
 - Traitement des données
 - Rencontres de suivi (14 jours, 30 min.)
 - Suivi systématique des actions correctrices

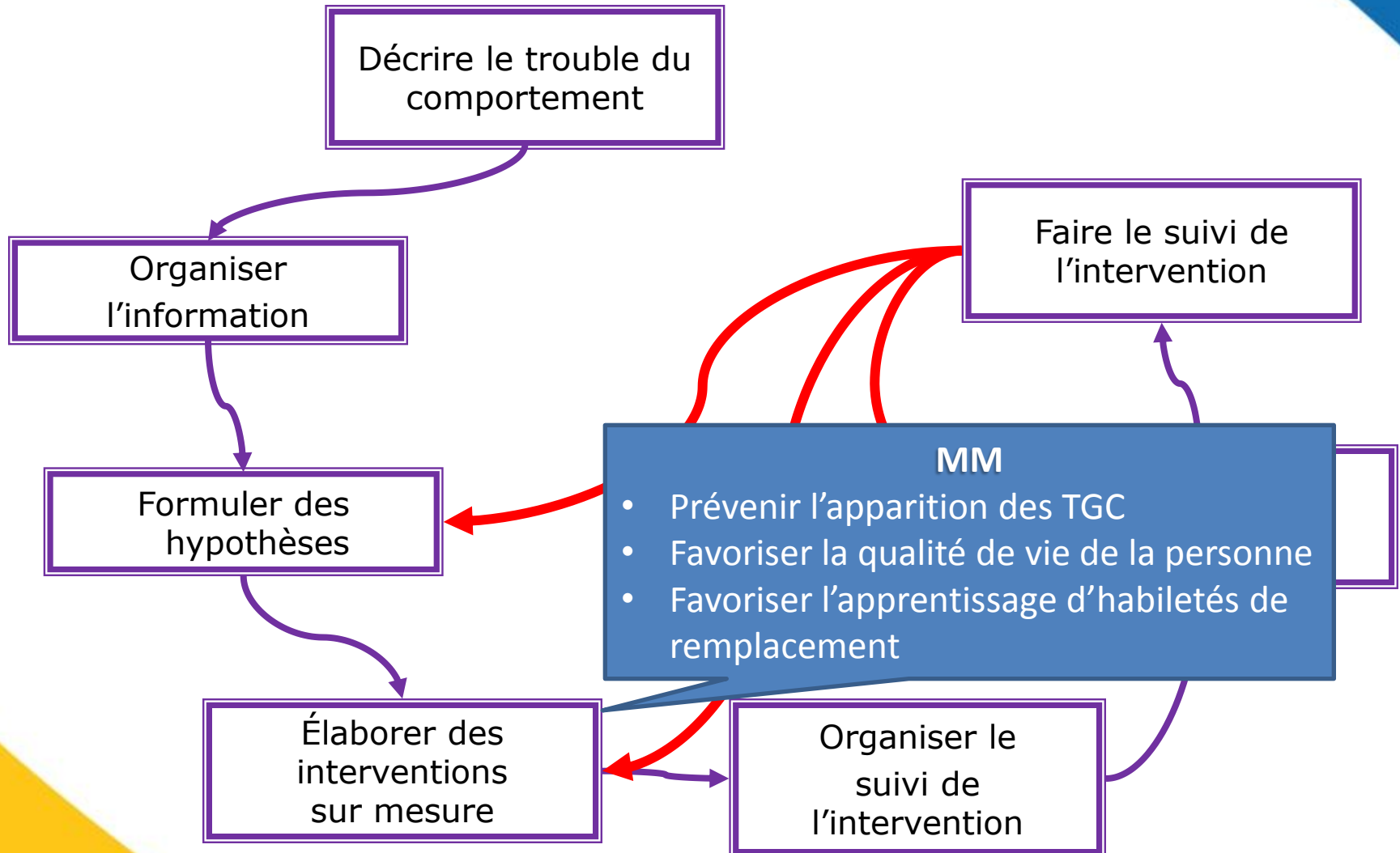
Processus



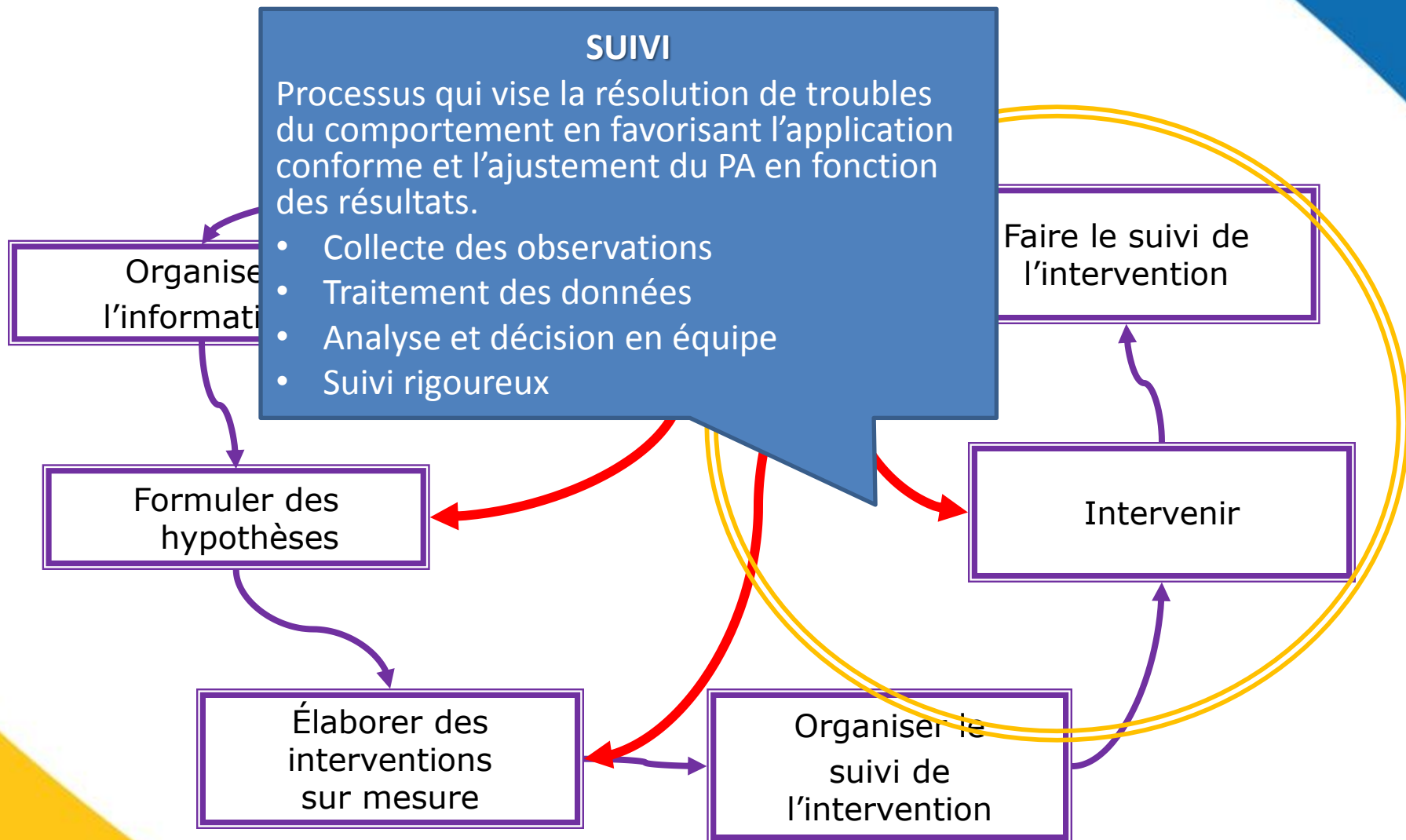
Processus



Processus



Processus

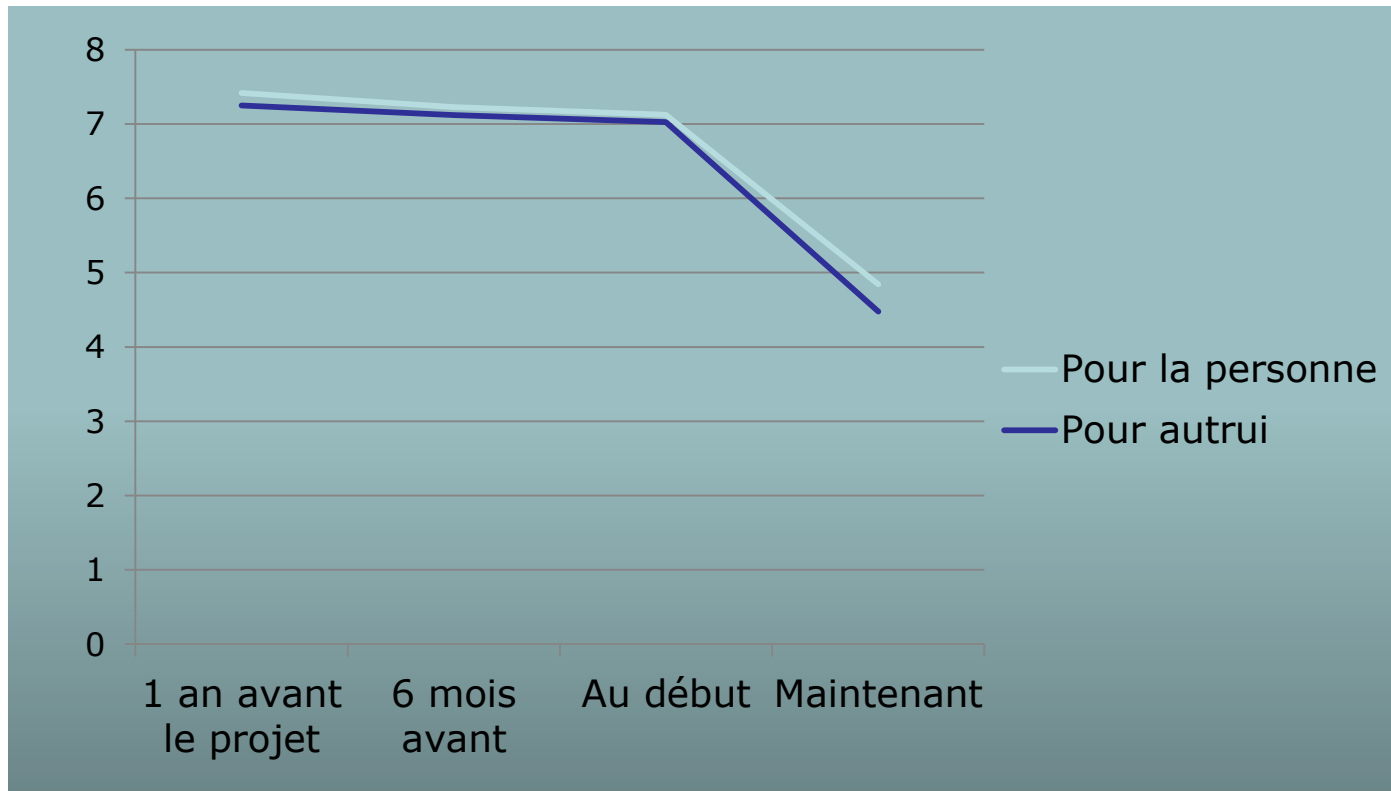


RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

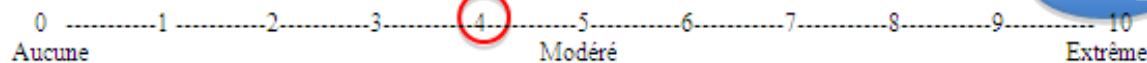
Données recueillies

- EGCP-II
 - Évaluation de la gravité du TGC :
 - En début de projet;
 - Au moment de l'évaluation du projet.
- Satisfaction des utilisateurs :
 - Au moment de l'évaluation du projet.
- Données d'observation des comportements : base de données « Sommaire »
 - Au quotidien

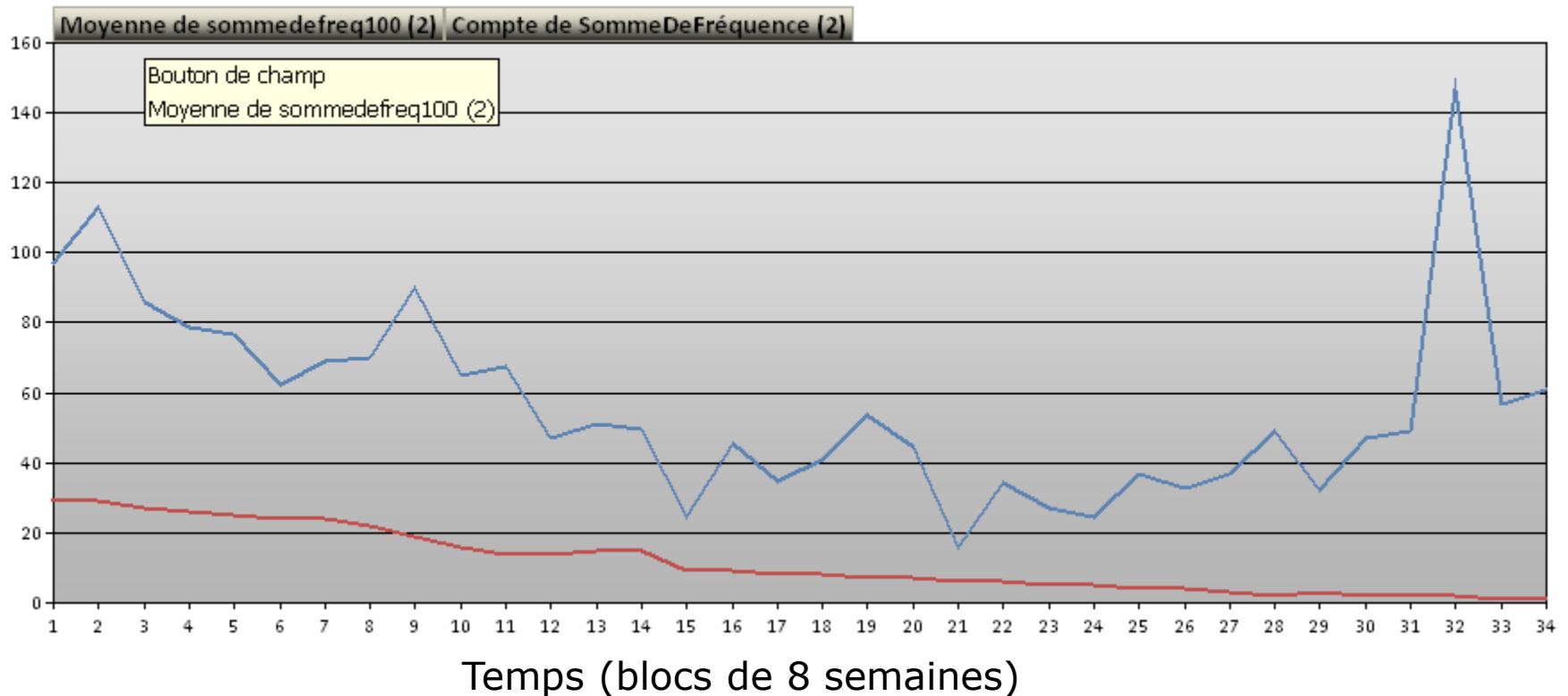
Évolution du TGC



15- Gravité des comportements 1 an avant le projet

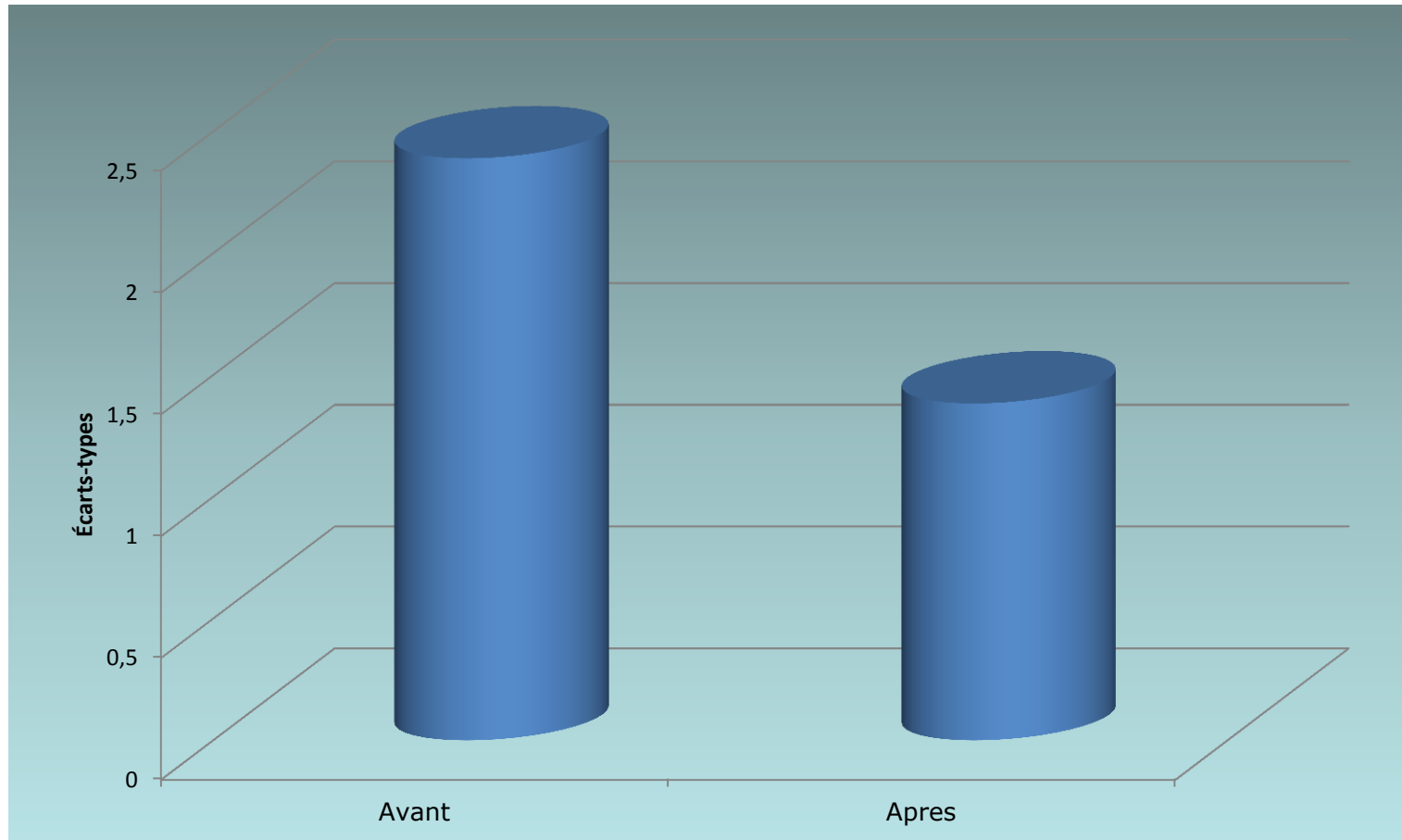


Évolution globale des TGC



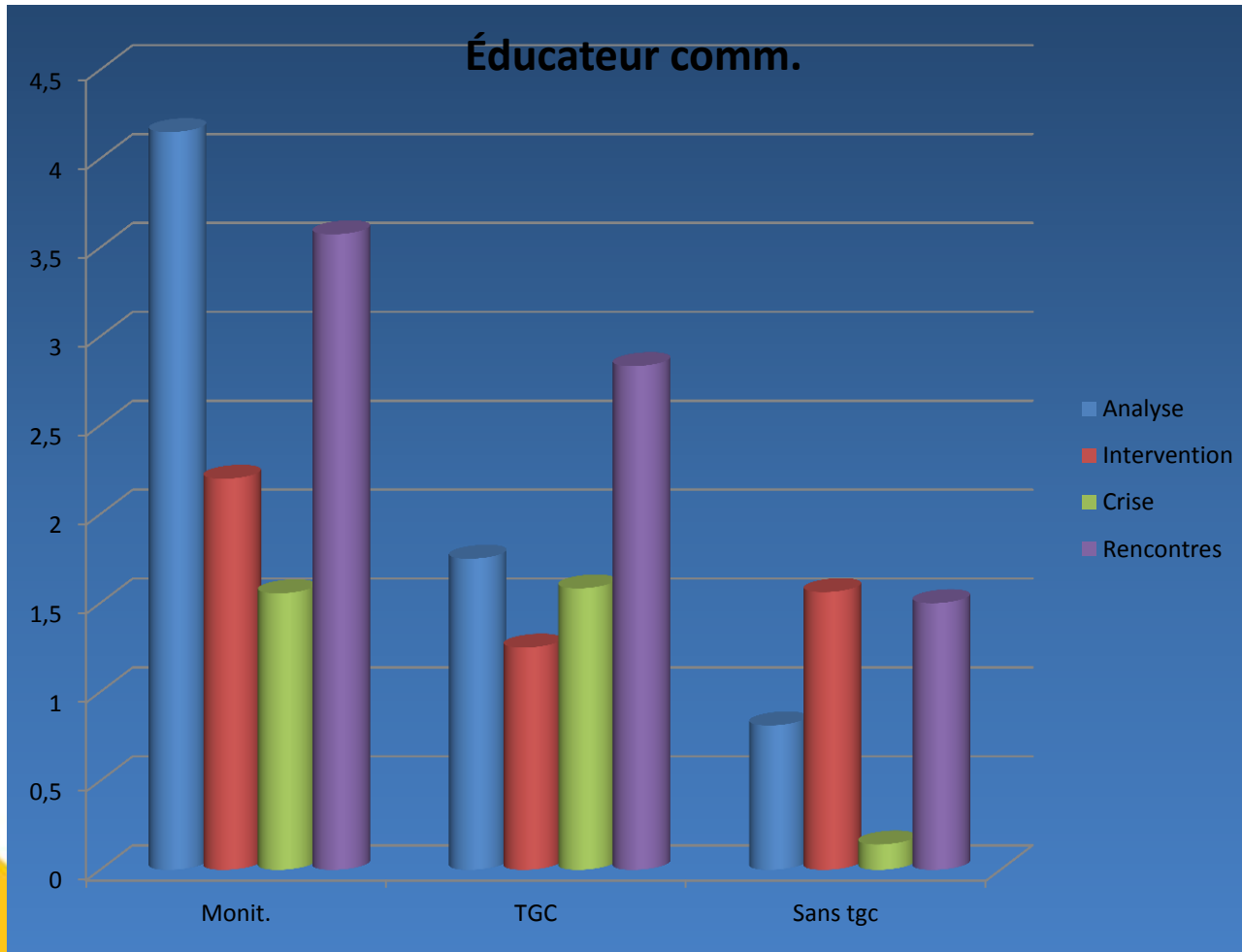
Niveaux 3 et 4, 29 sujets. Pourcentage du taux initial, périodes de 8 semaines.

Problème principal EGCP-II



TEMPS REQUIS

Temps requis pour le suivi



Entrez, pour la **période de deux semaines la plus récente** (70 heures), le **nombre d'heures** consacrées à chacune des tâches suivantes.

Temps chef de service/SAC

	Heures d'activités par 2 semaines		Nombre d'utilisateurs		Temps moyen par utilisateur	
	Chef	SAC	Chef	SAC	Chef	SAC
Utilisateurs qui ne présentent pas de TGC ou de TC	12	23,5	141	103	0,09	0,23
Utilisateurs en service TGC (en monitoring)	5,8	9,5	2,6	2,7	2,23	3,52
Utilisateurs présentant des TC mais qui ne sont pas en service TGC (ne sont pas en monitoring)	15	23,6	16	23	0,94	1,03
Total des heures non rattachées à un utilisateur en particulier (ex. : rencontres administratives)	39,8	10,1	160	129		

APPLICATION DES RECOMMANDATIONS ISSUES DES GUIDES DE PRATIQUE

Application des recommandations

Cibles d'amélioration

- **Services-TGC**

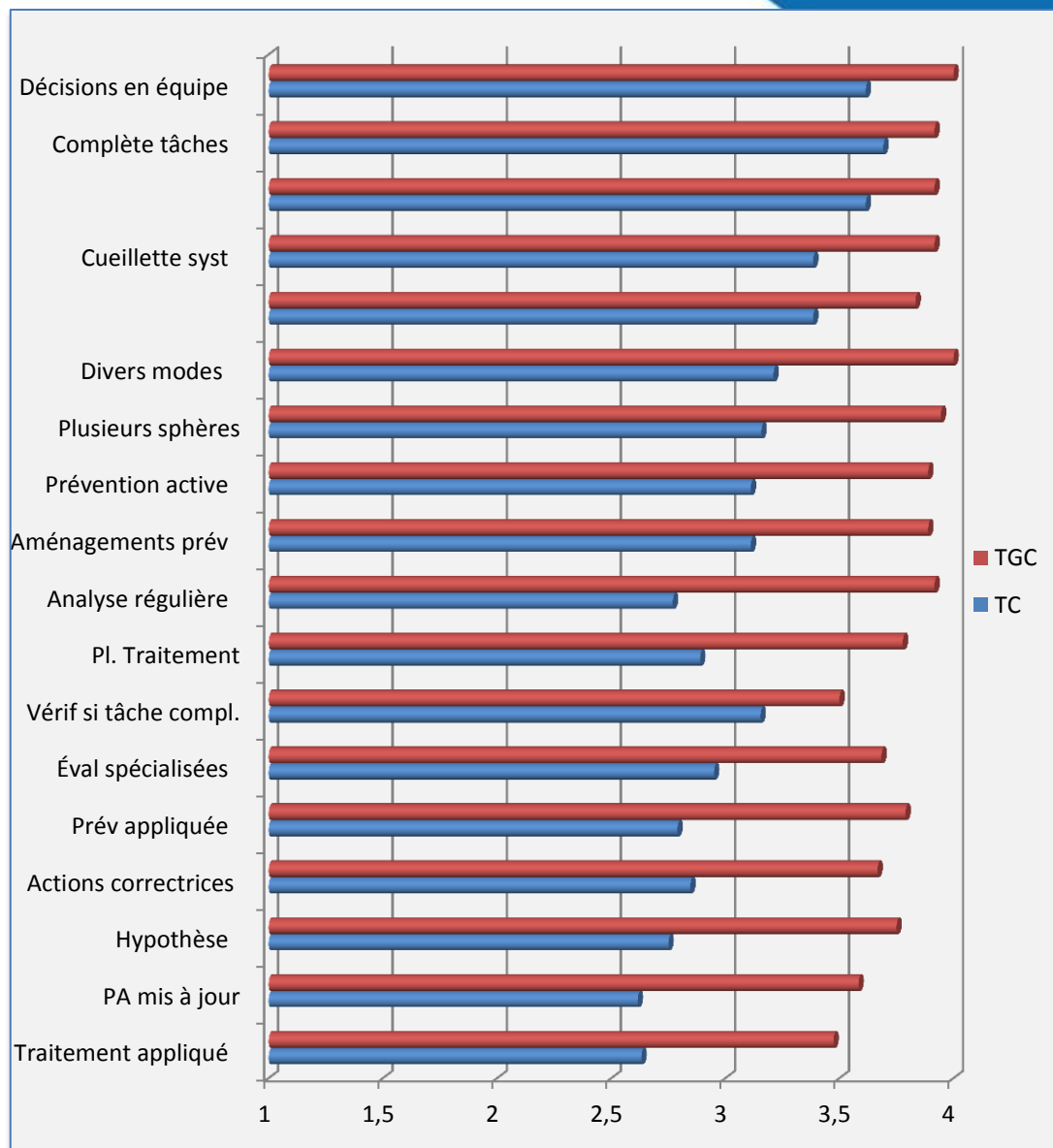
- Appliquer le traitement
- Vérifier si tâche complétée
- Mettre à jour le plan d'action

- **Services-TC**

- Appliquer traitement
- Mettre à jour le PATGC
- Dégager des hypothèses

Constats

- Forte adhésion en services-TGC
- Généralisation aux services TC

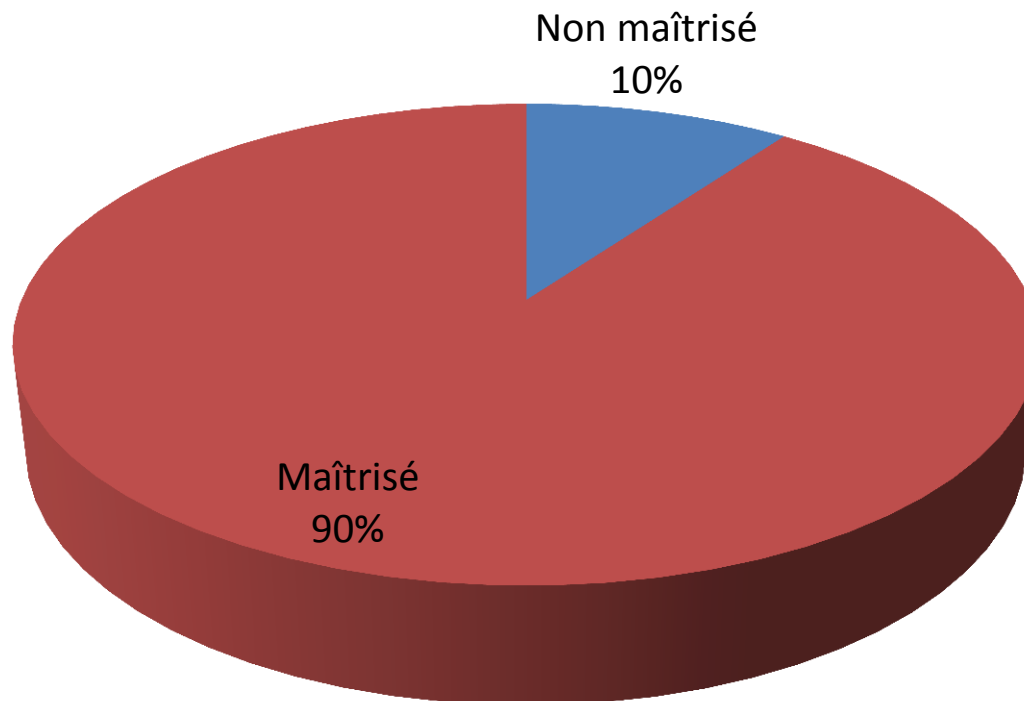


1 = jamais, 2 = rarement (25%), 3 = à l'occasion et 4 = habituellement (75%)

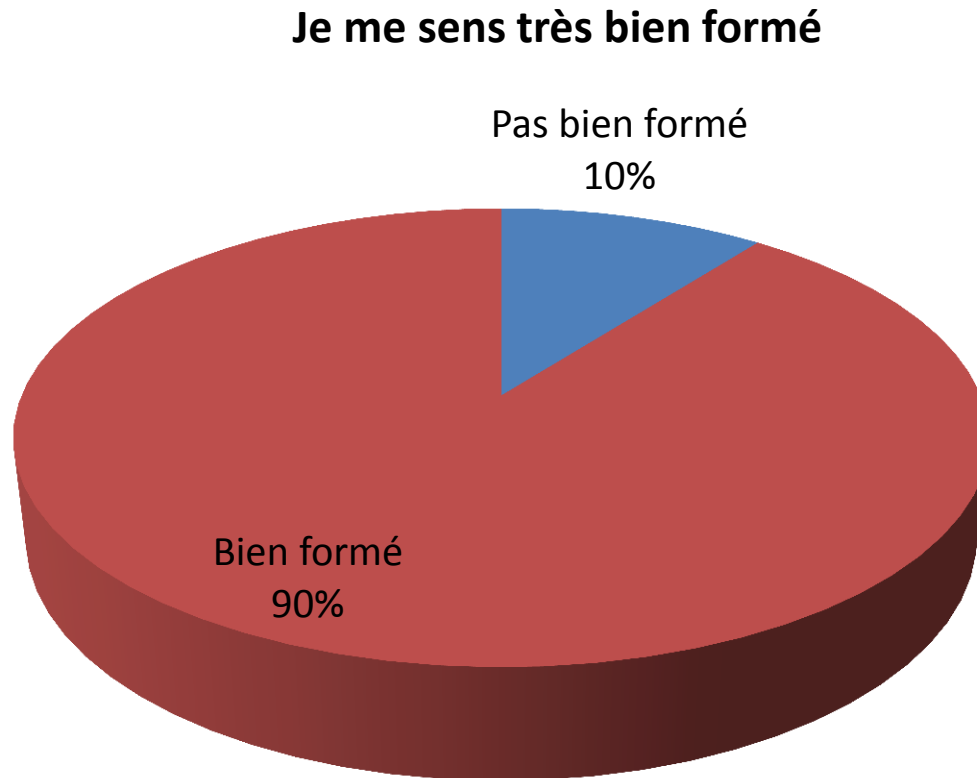
SATISFACTION

Maîtrise de l'approche

Niveau estimé de maîtrise de l'approche MM

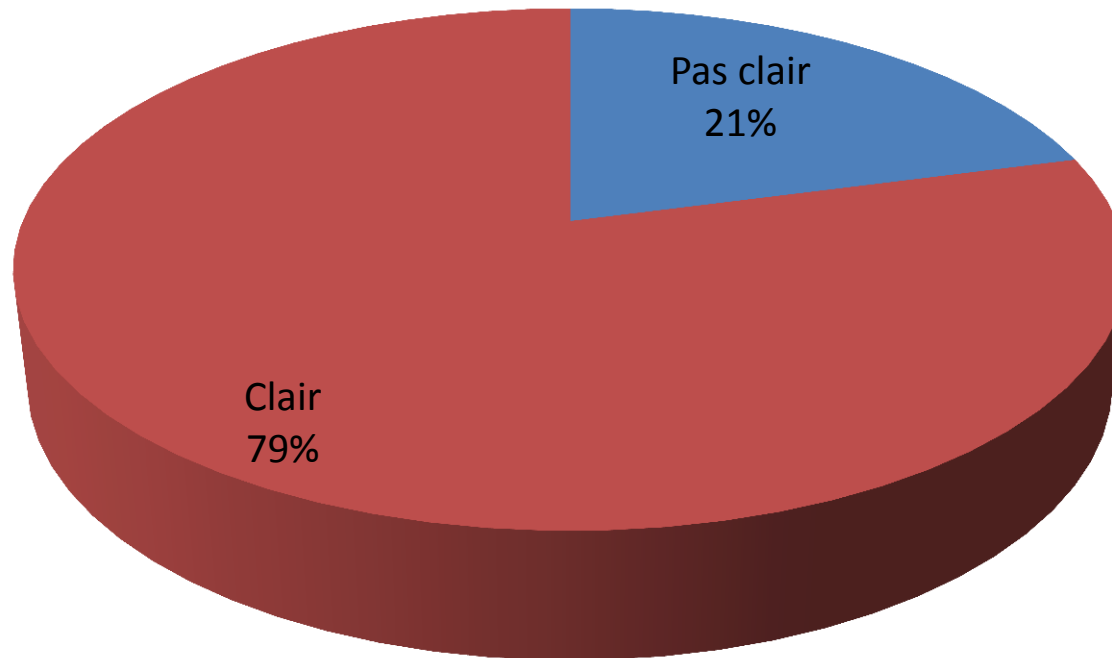


Biens formés



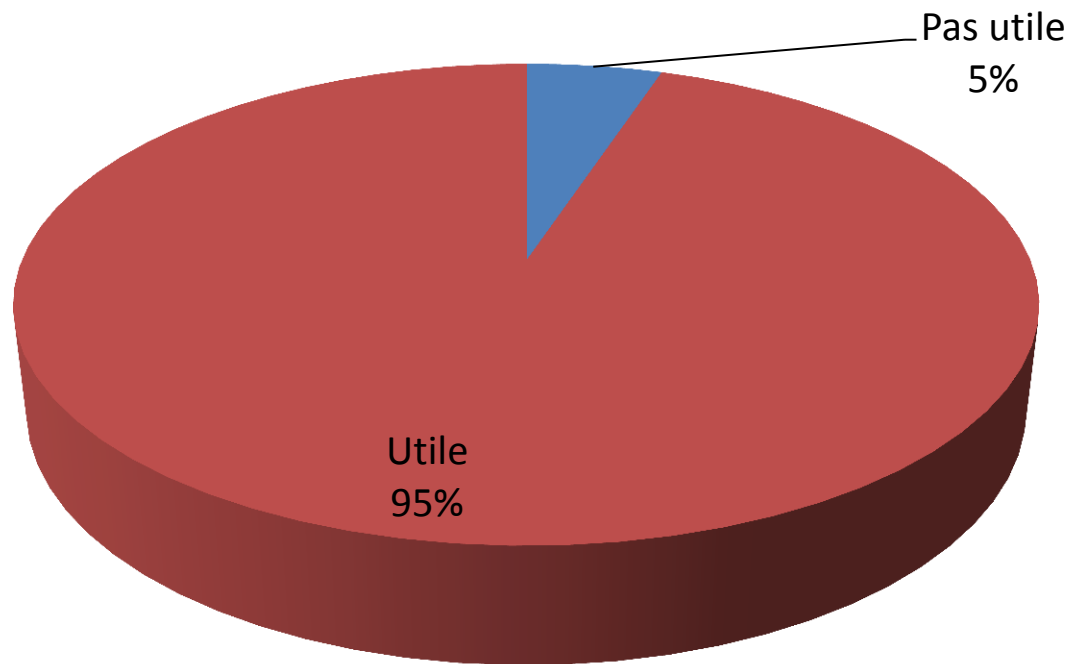
Clarté des concepts

Clarté des concepts

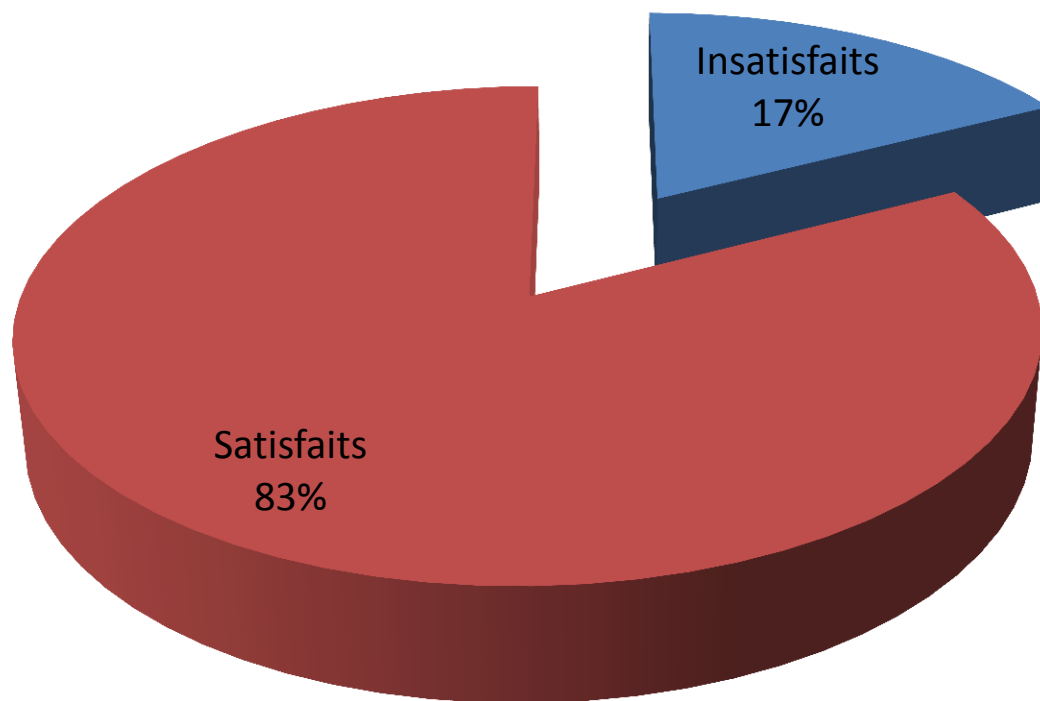


Utilité perçue

Utilité globale de l'approche MM



Satisfaction : suivi des interventions



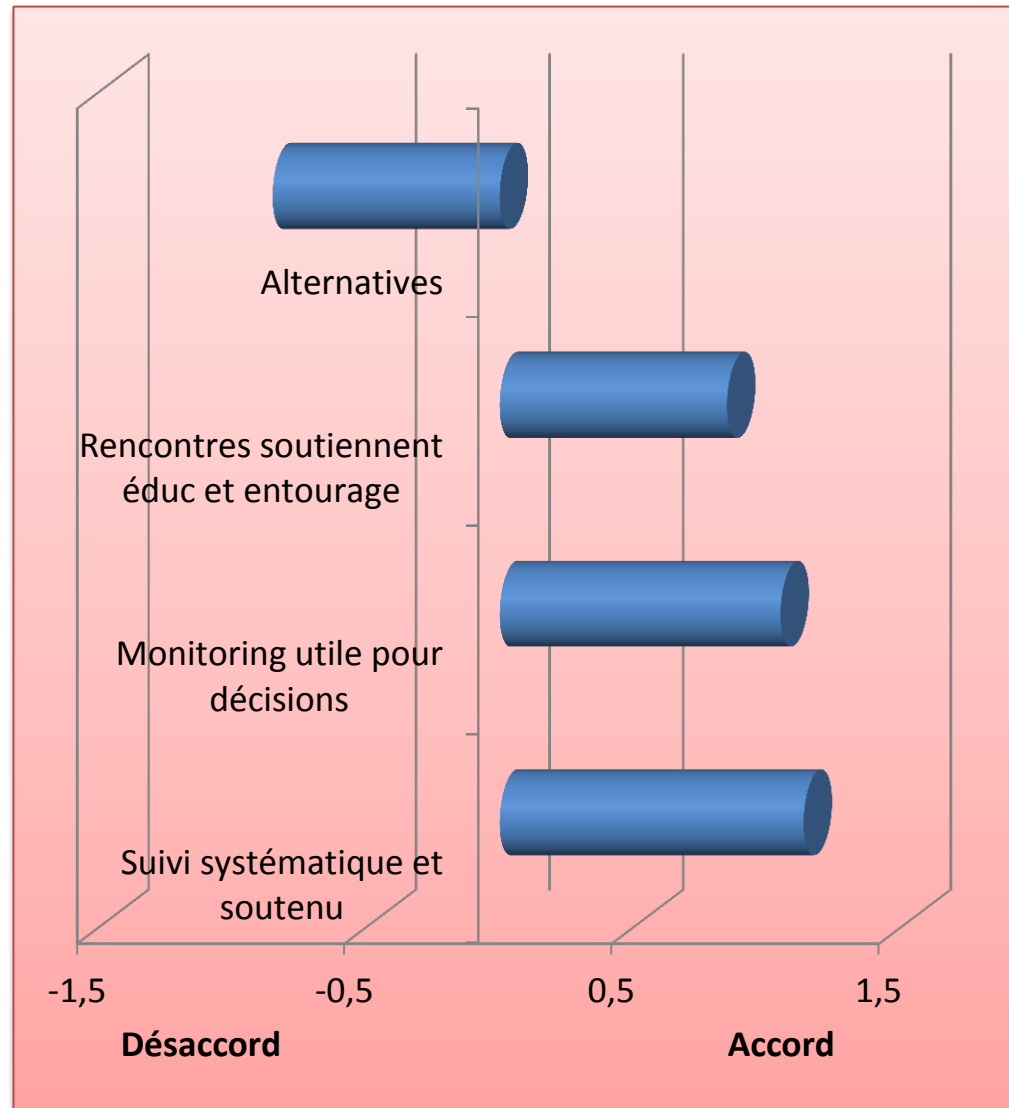
Utilité du suivi : appréciation

4) Je connais une **autre** manière plus rapide ou plus facile d'assurer le suivi des interventions en TGC.

3) Les rencontres de monitoring **soutiennent** l'éducateur et l'entourage de la personne.

2) Le monitoring tel qu'on le pratique est utile pour prendre les **décisions cliniques** pertinentes dans un dossier de TGC.

1) Pour avoir des résultats, on doit assurer un suivi en équipe, **systematique et soutenu** dans le temps dans le cas des TGC.



Conclusion

- Une méthode qui donne des résultats.
- Dans des cas graves et complexes.
- Importance de maintenir le suivi dans le temps.
- Un programme de formation :
 - Sentiment de maîtrise de l'approche.
- Une méthode utile.

Résultats du PDE 201

- Implantation progressive de l'AIMM et de divers éléments des meilleures pratiques identifiées par les experts consultés et concertés.
- Très bons résultats cliniques et grande satisfaction des établissements.

Résultats du PDE 201 (suite)

Mais :

- Grande variabilité des cibles et des interventions (principe de gestion à géométrie variable).
- Isolement (relatif) des équipes TGC locales.
- Le SQE demeure la « locomotive » (et les initiatives, la responsabilité, sans permanence ou presque).
- Existence d'un « mythe résistant » en TGC : besoin de cliniciens experts sans besoin de transformation organisationnelle majeure.

CONGRÈS DE L'AIRHM

Créer une synergie nationale pour favoriser une évolution constante des pratiques en TGC

**Présentation de Diane Bégin
Directrice générale de la FQCRDITED**

Dimanche 26 août 2012

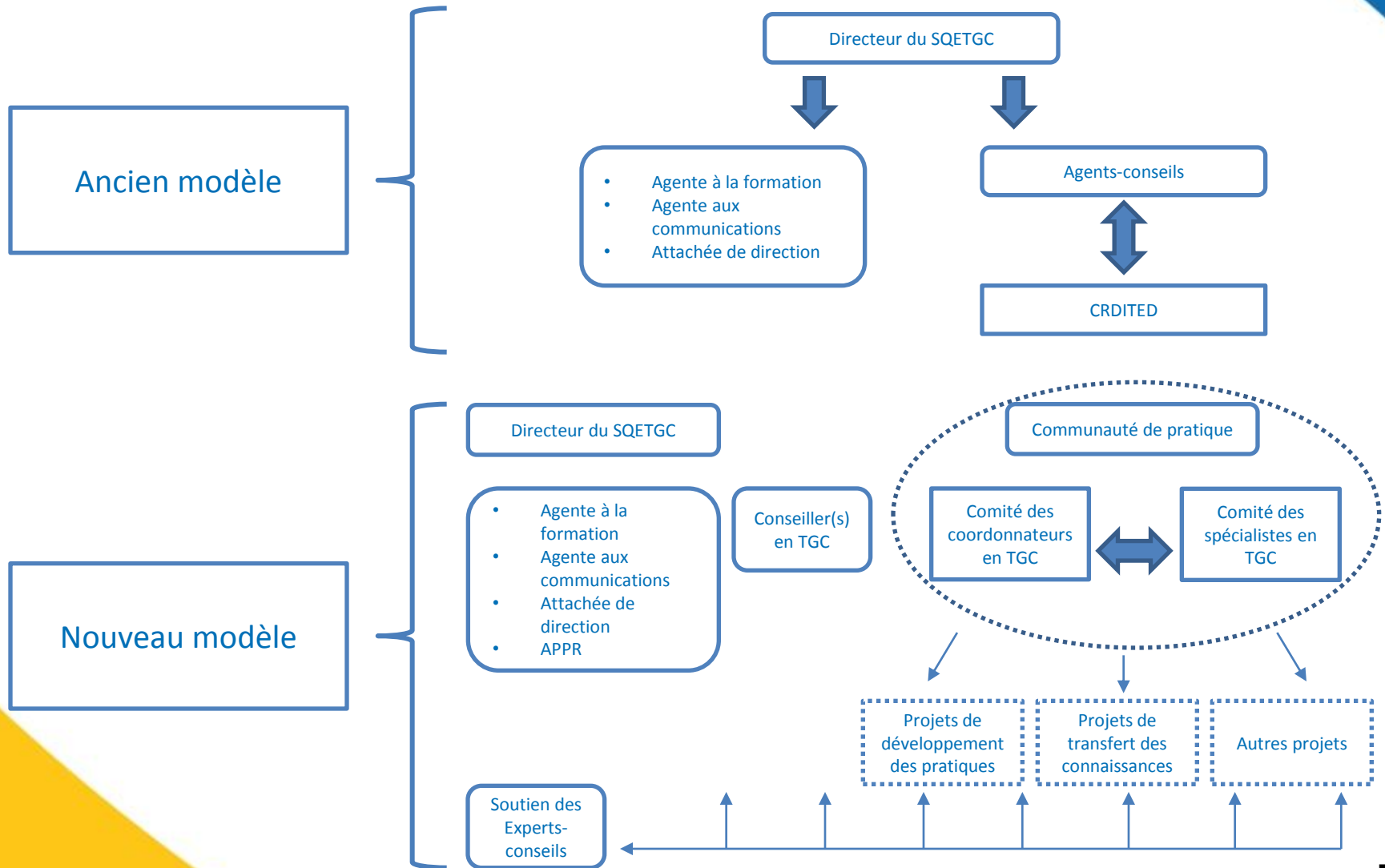


Nouveau fonctionnement du SQETGC : gage de transfert des connaissances

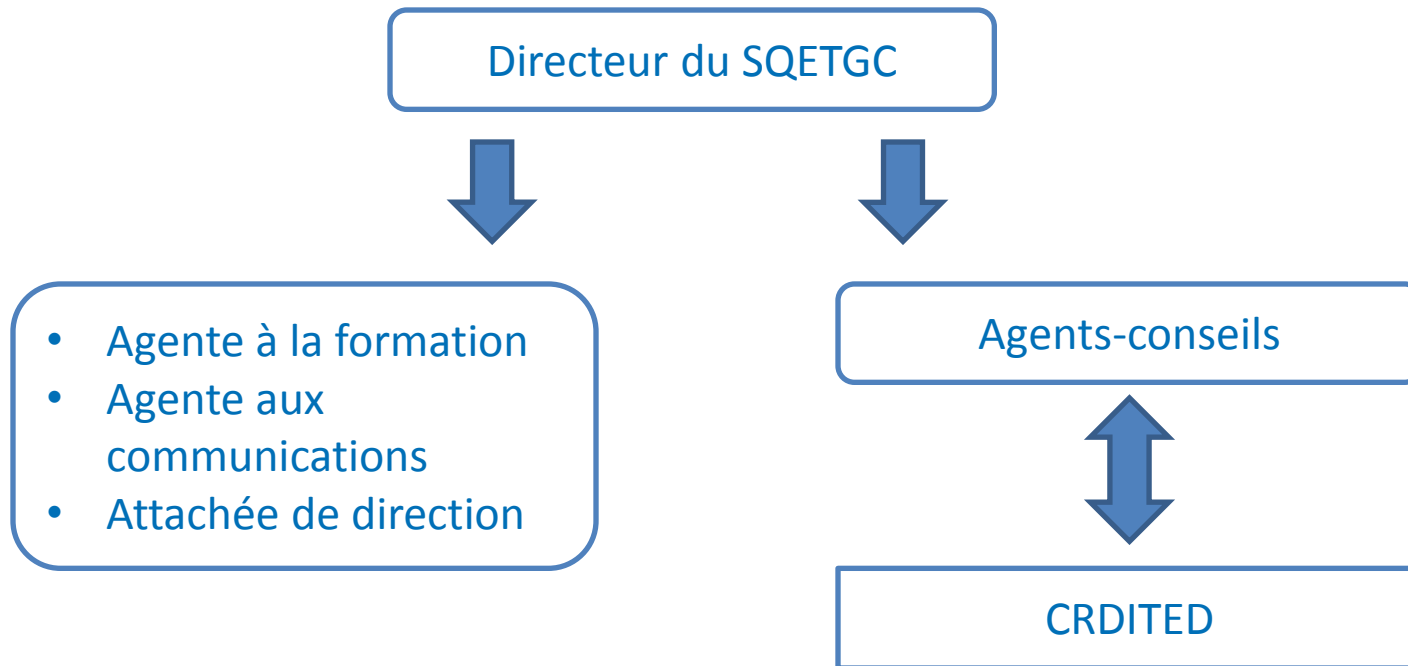
Buts

1. Développer l'expertise en mode co-construction et augmenter l'appropriation (*empowerment*);
2. Créer la synergie entre le transfert des connaissances et le développement des pratiques sur le terrain;
3. Soutenir la relève des experts;
4. Développer un leadership d'amélioration continue des services en TGC.

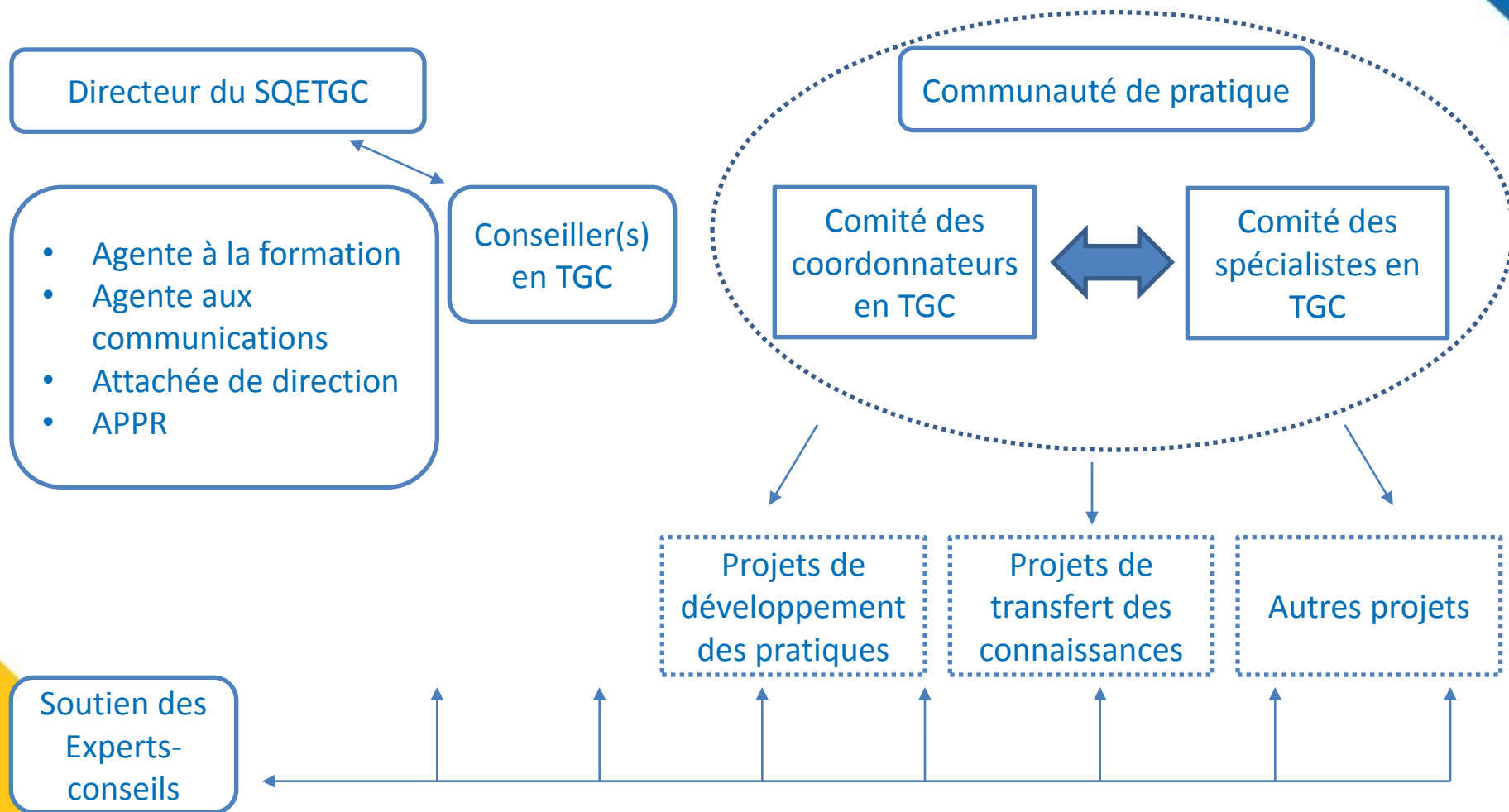
Modèles du SQETGC



Ancien modèle du SQETGC



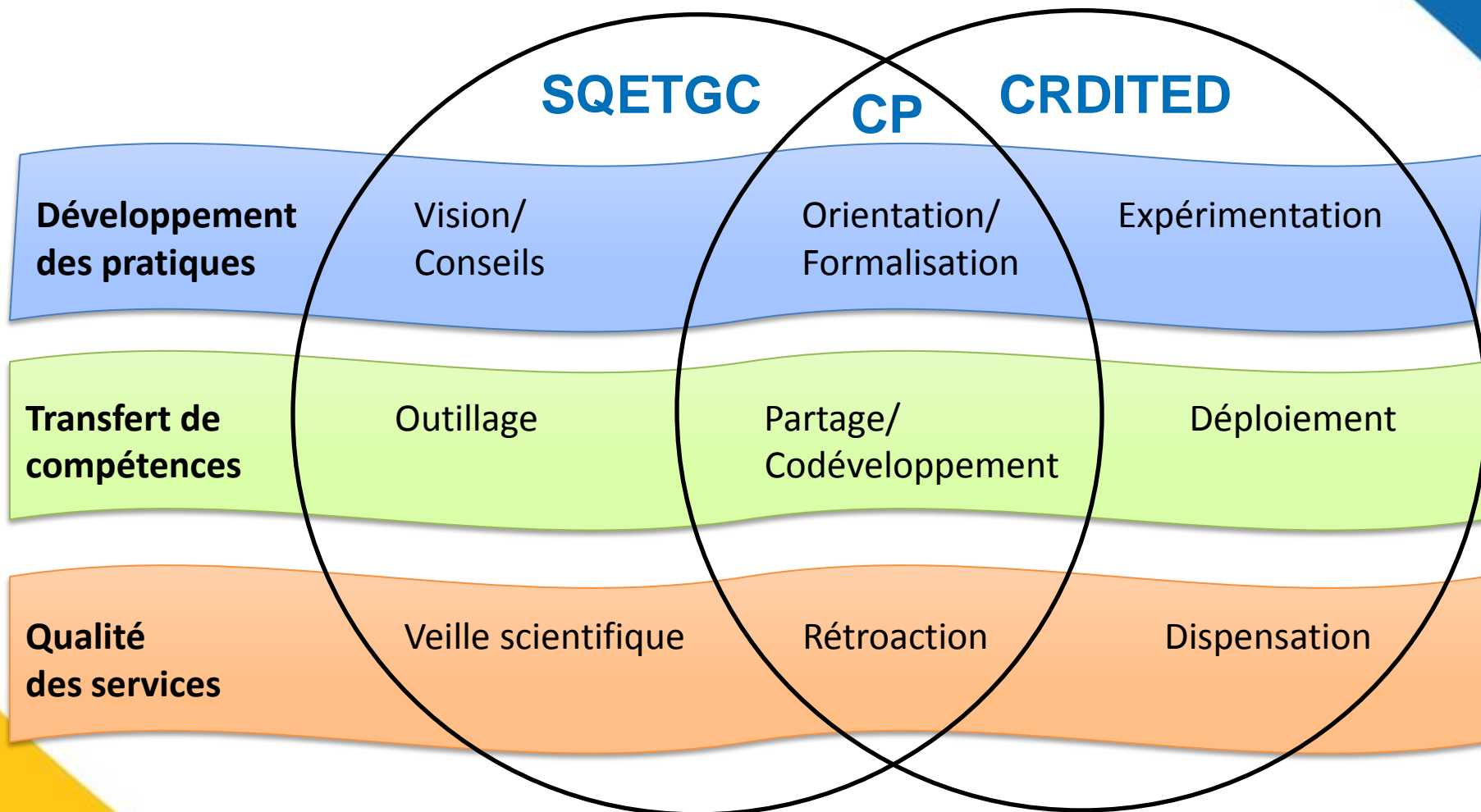
Nouveau modèle du SQETGC



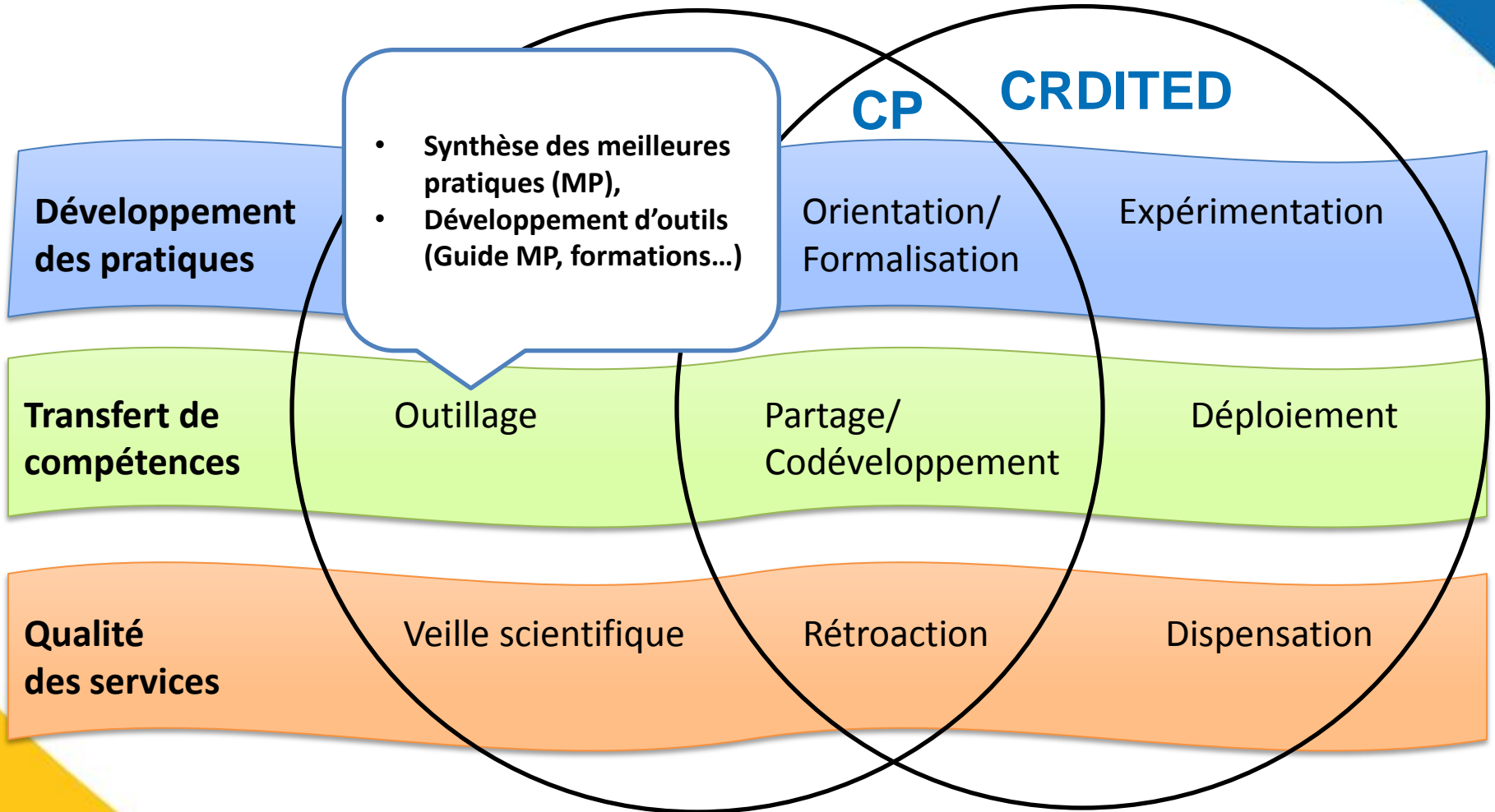
Objectifs de la CoP

- Réseautage
- Transfert des connaissances
- Codéveloppement
- Développement organisationnel

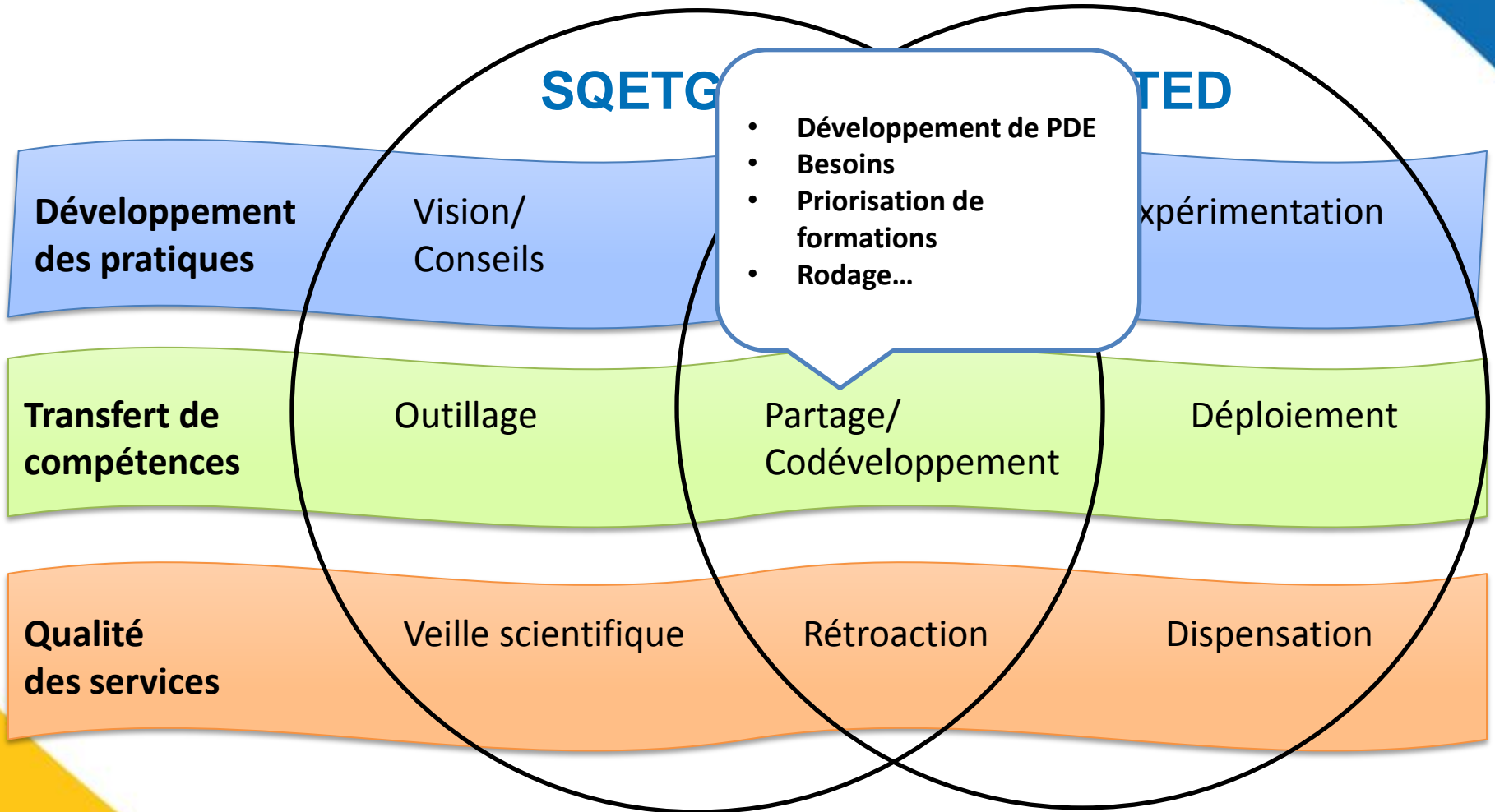
Nouvelle orientation



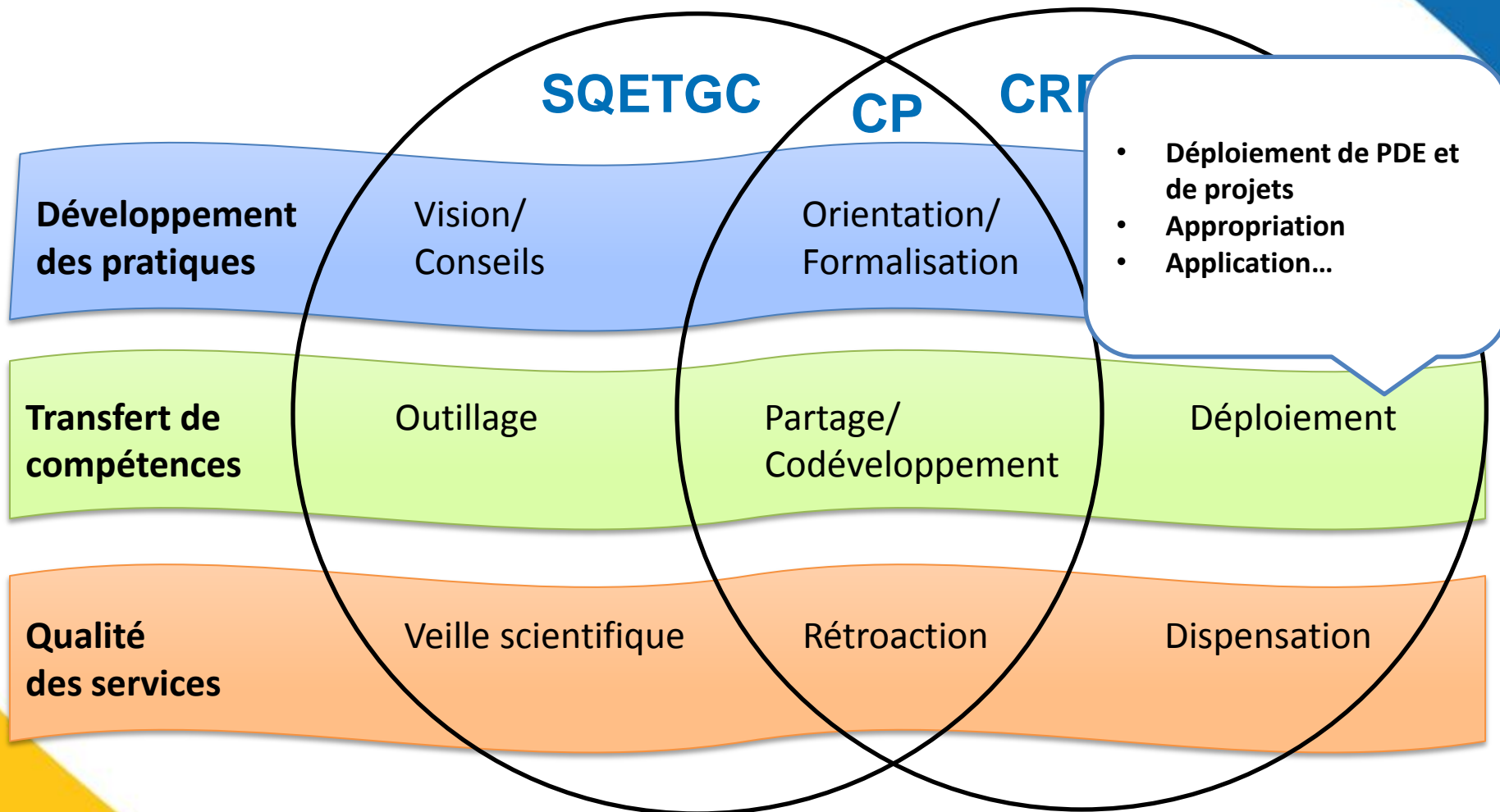
Nouvelle orientation



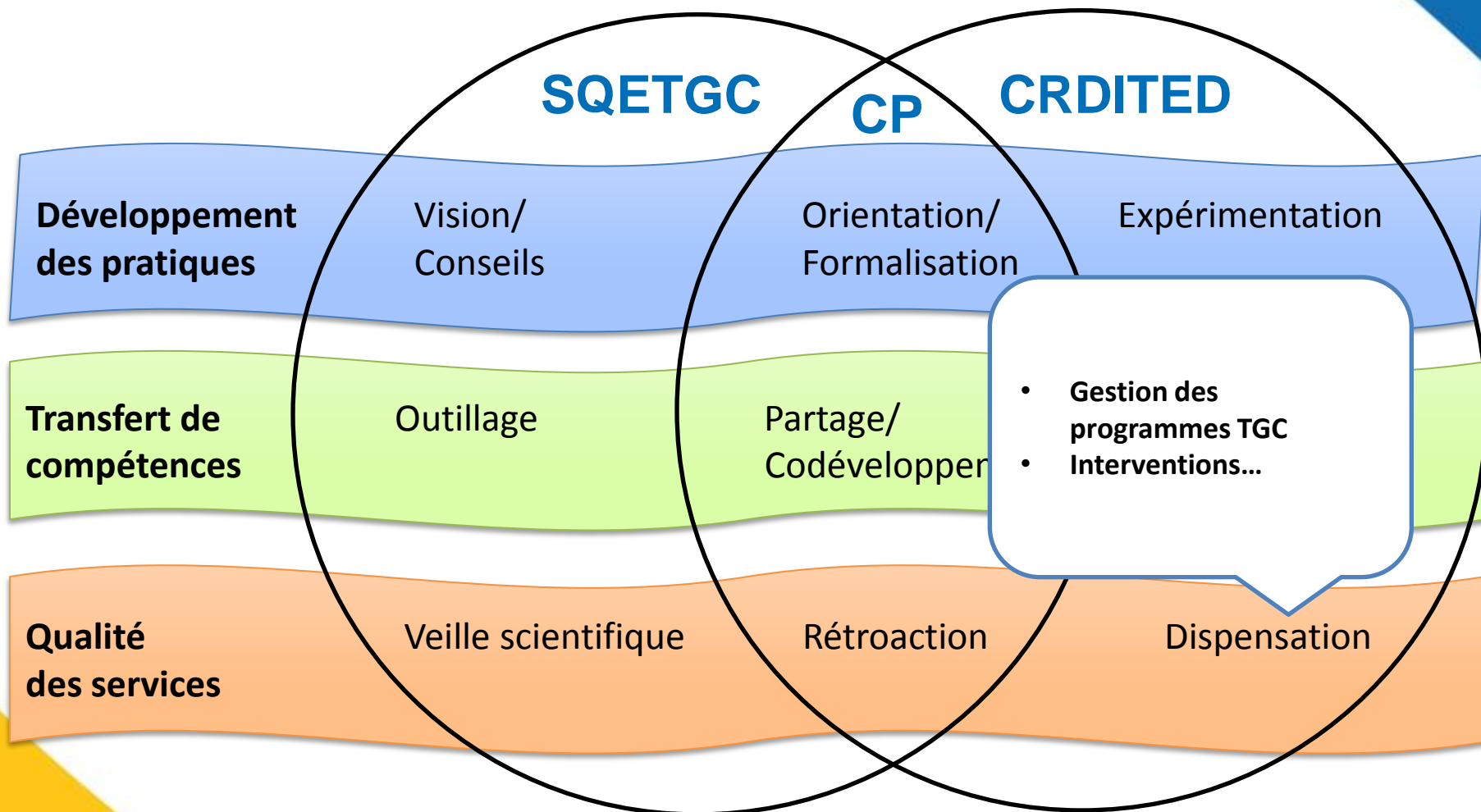
Nouvelle orientation



Nouvelle orientation



Nouvelle orientation



Merci de votre attention

**Retrouvez cette présentation
sur le site internet du SQETGC dans la section
« Développement de l'expertise »
puis « Diffusions et publications ».**



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION

EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

**1001, rue Sherbrooke Est
Bureau 510
Montréal (Québec) H2L 1L3**

**Téléphone : 514-525-2734
Télécopieur : 514-525-7075**

www.fqcrdited.org/sqetgc