

Le suivi des interventions en troubles graves du comportement (TGC) pour les personnes ayant une DI ou un TED

Diane Buisson, Monique Rondeau et Guy Sabourin



**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**

GUIDE TECHNIQUE

Le suivi des interventions en troubles graves du comportement (TGC) pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Diane Buisson

Monique Rondeau

Guy Sabourin



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

Publié au Québec en mars 2012

Par le 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.

ISBN 2-921627-21-3

© FQCRDITED | SQETGC (2012)

Tous droits de reproduction, d'adaptation intégrale ou partielle sont strictement réservés et protégés pour tous pays.

Écrit par Diane Buisson, Monique Rondeau et Guy Sabourin.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
1001, rue Sherbrooke Est, bureau 510
Montréal (Québec)
H2L 1L3

Téléphone : 514 525-2734

Télécopie : 514 525-7075

www.fqcrdited.org/sqetgc

Ce guide devrait être cité comme suit : Buisson, D., M. Rondeau et G. Sabourin (2012) « Guide technique - Le suivi des interventions en TGC ». © FQCRDITED | SQETGC.

Remerciements

Le contenu de ce document est inspiré des travaux d'André Lapointe, Ph. D., qui a développé et raffiné plusieurs des méthodologies décrites dans ce guide technique.

Le SQETGC remercie les trois auteurs, Madame Diane Buisson, Madame Monique Rondeau et Monsieur Guy Sabourin, qui ont relevé le défi de rédiger ce guide et de formaliser les diverses méthodologies utilisées au cours des dix dernières années pour en faciliter la diffusion au plus grand nombre et au bénéfice, nous le souhaitons, des personnes ayant des épisodes de TGC (troubles graves du comportement).

Le SQETGC remercie également les divers collaborateurs qui ont contribué à la bonification de ce guide en en faisant une lecture critique et en fournissant des recommandations d'amélioration, soit : Christine Caron, Lucien Labbé, Johanne Mainville, Isabelle Morin, Michel Roberge, Duncan Sanderson et Nicole Veilleux.

Enfin, nous tenons aussi à remercier plusieurs collègues qui ont contribué, avec André Lapointe, à implanter, à expérimenter et à faire une validation terrain des méthodologies décrites dans le présent guide technique. La liste de ces personnes serait trop longue à énumérer ici; nous espérons qu'ils sauront se reconnaître et nous excuser de ne pas les citer tous. Nous désirons toutefois nommer les plus importants : Mylène Gagné du CRDITED de Montréal, site L'Intégrale, Daniel Morin du CRDITED de Montréal, site Gabrielle-Major, Marie-Josée Turgeon du Centre de réadaptation La Myriade et Dalhia Waisgrus du Centre Miriam.

Signalons, en terminant, le travail des employés du SQETGC, notamment Marianne Reux, Diane Touten et Jean-Michel Bigou pour leur précieuse collaboration dans l'édition finale de ce guide, ainsi qu'Éric Beauchesne pour la révision des grilles d'autoévaluation présentées en annexe.

Diane Bégin
Directrice générale de la FQCRDITED

Auteurs

Diane Buisson, B. Ps.



Madame Buisson a fait carrière dans le réseau des CRDITED à titre de conseillère clinique, chef de service, coordonnatrice, directrice des services professionnels et directrice des services de réadaptation par intérim.

Elle s'est démarquée tant au niveau administratif (fusion d'établissements, réorganisation et création des services à l'enfance et aux adultes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) qu'au niveau clinique (développement d'une expertise de supervision auprès des intervenants et des professionnels, formatrice, mise en place de partenariats auprès de CSSS et de commissions scolaires).

La qualité de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, la collaboration et l'implication des familles ainsi que le rehaussement des compétences professionnelles du personnel ont toujours guidé ses actions.

Intéressée à poursuivre le développement de l'expertise dans ce milieu, Madame Buisson a été, de 2008 à 2011, consultante au SQETGC. Elle a notamment agi à titre d'agente-conseil auprès de plusieurs CRDITED et a collaboré à de nombreux projets en troubles graves du comportement (TGC) au sein de cette équipe.

Madame Buisson détient un DEC en éducation spécialisée et un baccalauréat en psychologie.

Monique Rondeau, M. Ps.



Madame Rondeau a été directrice des services professionnels en centres de réadaptation durant plus de dix ans. Elle a été responsable de l'implantation du Certificat d'intervention en déficience intellectuelle à l'Université de Montréal.

Par ailleurs au cours de sa carrière, Madame Rondeau a travaillé comme consultante externe en planification de services, mais aussi comme formatrice auprès d'une quinzaine de centres de réadaptation et de commissions scolaires tout en assumant des charges de cours tant au niveau universitaire que collégial.

Consultante pour le SQETGC de 2008 à 2010, elle a pu mettre à profit son expertise et ses connaissances, en collaborant à divers projets en TGC, et en agissant, notamment, à titre d'agente-conseil auprès de plusieurs CRDITED.

Madame Rondeau a une scolarité de doctorat en psychologie organisationnelle et un diplôme de deuxième cycle en administration publique.

Guy Sabourin, Ph. D.



Psychologue depuis 1979, Monsieur Sabourin est titulaire d'un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal (2004).

Monsieur Sabourin a d'abord œuvré six ans en psychiatrie avant de poursuivre dans le domaine de la réadaptation en déficience intellectuelle. Il a occupé divers postes de cadre-conseil ou de gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux et a également été psychologue consultant en pratique privée dans les années 1990. Il s'est spécialisé dans l'évaluation et l'intervention auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) et des troubles de santé mentale ou des troubles graves du comportement (TGC).

Monsieur Sabourin a développé divers outils d'évaluation des troubles du comportement et de motivation des personnes ayant une DI, et divers outils d'identification des troubles neuropsychologiques présents chez cette clientèle.

Nommé directeur du développement, de l'évaluation et de la recherche du Centre Miriam en 2000, il a, à ce titre, dirigé le Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement (PREM-TGC). Il fut également le directeur du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEMTGC), centre qui a succédé au PREM-TGC en avril 2006.

Il a été, au sein de la Fédération québécoise des CRDITED, le directeur du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) jusqu'en octobre 2011, et ce, depuis sa création en janvier 2009. Monsieur Sabourin demeure expert-conseil au SQETGC et est également chercheur au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ - IU).

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction
3	Objet du guide technique
4	Public cible
5	1. Pratiques recommandées
9	2. Définition du suivi des interventions en TGC
11	3. Tâches préalables au suivi des interventions
15	4. Tâches et fonctions dans l'analyse et l'intervention multimodales et dans le suivi des interventions
21	5. Rencontres de suivi des interventions
21	5.1 Organisation
22	5.2 Ordre du jour
23	5.3 Prise de décision
23	5.4 Suivi des tâches
24	5.5 Identification des sources de pertes de temps durant la rencontre
24	5.6 Causes possibles des problèmes relevés lors du suivi des interventions
27	5.7 Suites à donner aux rencontres de suivi
29	6. Évolution du suivi des interventions dans le temps
33	7. Types de réunions complémentaires au suivi des interventions
35	8. Listes de vérification et grilles d'autoévaluation

TABLE DES MATIÈRES

37	Bibliographie
39	Annexe I - Suivi des interventions en TGC
40	Compte rendu de rencontre - aspects cliniques
44	Compte rendu de rencontre - aspects organisationnels
47	Annexe II - Causes organisationnelles possibles des problèmes relevés lors du suivi des interventions
48	Grille à l'usage du gestionnaire et du professionnel de l'équipe de base
49	Annexe III - Listes de vérification
50	Tâches pour l'intervenant pivot
51	Tâches pour le professionnel
52	Tâches pour le gestionnaire
53	Tâches pour l'animateur
53	Tâches pour le secrétaire
55	Annexe IV - Autoévaluation qualitative des changements de pratiques en lien avec le suivi des interventions en TGC
56	Pour l'intervenant pivot
58	Pour le professionnel
60	Pour le gestionnaire
61	Annexe V - Autoévaluation des changements de pratiques dans un service en lien avec le suivi des interventions en TGC
62	Pour le gestionnaire de service
65	Lexique

INTRODUCTION

Le présent guide technique est le premier d'une série de publications à venir du **Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement** (SQETGC) qui vise à diffuser les savoirs et les savoir-faire développés au cours des dix dernières années en troubles graves du comportement (TGC). Ces travaux, débutés en 2000 dans le cadre du programme montréalais en TGC, se poursuivent aujourd'hui en collaboration avec l'ensemble des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) du Québec via la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED).

La rédaction d'un guide technique sur le suivi des interventions en TGC découle d'une démarche clinique et organisationnelle visant à développer l'expertise en TGC dans divers établissements offrant des services à des personnes ayant une DI (déficience intellectuelle) ou un TED (trouble envahissant du développement) et présentant des TGC.

Cette démarche de développement de l'expertise a débuté par la réalisation de multiples consultations cliniques auprès d'experts canadiens et américains pour des usagers de la région montréalaise présentant des TGC. Parmi ces experts, nommons Madame Dorothy Griffiths, Ph. D., le docteur Ruth Ryan, M.D. ou encore M. William I. Gardner, Ph. D. Ces spécialistes ont fourni un cadre général d'analyse et d'intervention cliniques très intéressant pour comprendre et intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une DI ou un TED. Le SQETGC a par la suite adopté et raffiné ce cadre théorique pour en

Note : l'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

faire une formation de base à l'intention des intervenants des CRDITED qui travaillent auprès de personnes ayant des TGC intitulée « Analyse et intervention multimodales en TGC » (communément appelée AIMM).

Le SQETGC a ensuite soutenu divers établissements montréalais dans l'implantation des recommandations cliniques des experts, en utilisant notamment les diverses méthodologies découlant de l'AIMM. Bien que ces démarches aient permis d'obtenir des améliorations cliniques chez la plupart des usagers concernés (Caron, 2004), nous avons rencontré de nombreuses difficultés d'implantation et, plus particulièrement, en ce qui a trait au maintien des résultats cliniques obtenus chez les cohortes d'usagers qui nous ont été référés.

Les constats qui se sont dégagés de l'analyse de ces difficultés nous ont permis d'expliquer et d'ajuster nos méthodes d'analyse et d'intervention dans ces divers contextes.

Premièrement, dans un très grand nombre d'établissements, il existait une importante culture de l'urgence et de la réactivité face aux comportements problématiques des usagers. Le milieu d'intervention avait tendance à réagir et à se mobiliser, seulement ou presque, lorsque les comportements d'un usager devenaient sérieux ou très perturbateurs. En outre, pour faire face à l'urgence, le milieu avait tendance à se mobiliser seulement à court terme. Trop souvent les mesures prises pour parer à un épisode spécifique de TGC ne prévoyaient que peu ou pas de moyens pour induire des changements durables chez l'usager ou dans son environnement. Comble de malheur, lorsque les mesures mises en place résultaient en des changements positifs dans la crise psychosociale associée à cette urgence, elles étaient très souvent estompées ou retirées à plus ou moins brève échéance. Les comportements problématiques finissaient alors par réapparaître, leurs causes n'ayant pas été clairement identifiées ou les interventions pour les modifier n'ayant pas été réalisées de façon à induire des changements durables.

Deuxièmement, il existait trop souvent un manque évident de systématisation des processus cliniques pour permettre l'application conforme du cadre conceptuel recommandé par les experts consultés. Il y avait ainsi peu ou pas de données objectives d'observation des comportements ou d'indices cliniques permettant de prendre des décisions éclairées quant aux interventions à faire ou à ajuster. En outre, lorsque ces données d'observation existaient, elles n'étaient pas toujours analysées de façon régulière ou adéquate, ce qui aurait permis d'aider à la prise de décision clinique. Les décisions cliniques n'étaient ainsi pas nécessairement prises en fonction d'hypothèses causales précises, en plus de ne pas être toujours écrites et révisées avec régularité. Il y avait donc un manque de rigueur dans les méthodes de prise de décision clinique ainsi que dans leur suivi pour les usagers présentant des TGC.

Troisièmement, et peut-être le plus important, il semblait y avoir un manque de volonté organisationnelle pour changer la culture de l'urgence et de la réactivité existante dans les différents établissements. Ce manque de volonté organisationnelle nous a semblé très souvent lié à la méconnaissance des changements de pratiques nécessaires au niveau des processus cliniques en jeu. En outre, les organisations ne connaissaient pas exactement l'ampleur des multiples problèmes organisationnels à résoudre pour induire des

changements significatifs et durables chez les usagers présentant des TGC, ce qui alimentait la résistance aux changements. À titre d'exemple, nous pouvons mentionner le peu de temps consacré à la supervision administrative et clinique (soutien sur le terrain) subséquente à des décisions cliniques découlant des discussions de cas plus traditionnelles¹. Cette façon de procéder amène généralement une diminution importante de l'efficacité des interventions proposées, et surtout de l'incertitude quant à l'application conforme des décisions cliniques.

En fait, nous avons pris conscience peu à peu que, même avec les meilleures hypothèses explicatives des TGC d'un usager et avec les meilleures propositions de pistes d'intervention en provenance d'experts, il fallait développer et raffiner diverses méthodologies de prise de décision et de suivi de ces processus pour réussir à induire des changements de pratiques significatifs et durables pour un usager présentant un TGC. Ce faisant, nous pouvions mieux sensibiliser les gestionnaires et mieux former les cliniciens aux savoir-faire nécessaires pour réaliser plus efficacement une analyse et des interventions multimodales des TGC d'un usager.

Plusieurs des éléments que nous avons élaborés au fil des années avec nos différents collaborateurs ont été intégrés au *Guide de pratique en TGC*² de la FQCRDITED, publié et adopté en 2010. Toutefois, plusieurs des méthodologies et des processus que nous avons développés et raffinés sur le terrain ont été diffusés uniquement lors de nos formations ou par le biais de nos services-conseils, d'où l'idée de les rendre disponibles sous forme de guides techniques. Le premier de la série porte donc sur les savoir-faire spécifiques entourant l'implantation de notre modèle de **Suivi des interventions en TGC**, antérieurement appelé *monitoring*.

Objet du guide technique

Le « Suivi des interventions en troubles graves du comportement (TGC) » constitue une part essentielle d'une démarche d'analyse et d'intervention multimodales. L'objet de ce guide technique est d'en faciliter la compréhension et de fournir un cadre pour en simplifier l'actualisation.

Plus spécifiquement, il vise à :

- fournir aux gestionnaires et aux professionnels des équipes spécialisées en TGC, des jalons et des outils pour encadrer, soutenir et évaluer le travail clinique d'analyse et d'intervention réalisé auprès des personnes présentant un TGC, à l'aide de rencontres de suivi systématiques;
- définir les tâches spécifiques attribuées à chacun des acteurs impliqués dans la démarche pour en faciliter l'appropriation;
- accroître l'efficacité des rencontres de suivi des interventions en déterminant les préalables et en en balisant le déroulement.

1. Réunion au cours de laquelle chaque participant exprime son opinion sans que les mandats ne soient clarifiés et sans faire le suivi de certaines décisions cliniques.

2. *Guides de pratique - Coffre à outils*, FQCRDITED (2010). Montréal.

On trouvera en annexe divers outils dont des listes de vérification et des grilles d'autoévaluation à l'intention de la direction, des gestionnaires de service, des professionnels et des éducateurs ou des psychoéducateurs. Selon Grol, Wensing et Eccles (2005), il est essentiel dans un processus de changement de pratiques de fournir des outils simples de rétroaction (*feedback*) et d'évaluation continue aux participants afin de les aider à ajuster leurs actions en fonction des résultats obtenus.

Public cible

Ce guide s'adresse de façon générale aux intervenants pivots, aux éducateurs, aux psychoéducateurs, aux gestionnaires de service et à l'ensemble des professionnels des établissements (incluant les professionnels des équipes de base et ceux des équipes professionnelles spécialisées en TGC).

Par ailleurs, certains extraits ou tableaux du guide peuvent s'avérer utiles pour faciliter la compréhension du processus par les assistants en réadaptation, les auxiliaires en santé et services sociaux, les parents ou les ressources contractuelles (ressources de type familial [RTF] et ressources intermédiaires [RI]).

1. PRATIQUES RECOMMANDÉES

Les auteurs en déficience intellectuelle ou en troubles envahissants du développement reconnus à l'échelle internationale insistent sur la nécessité d'avoir des mesures objectives régulières pour juger de la pertinence des hypothèses posées quant aux causes du trouble du comportement et quant à l'efficacité des interventions mises en place. De plus, ces données pourraient faciliter la concertation entre l'ensemble des acteurs impliqués auprès de l'utilisateur.

Selon Pfadt et Wheeler (2006), les résultats des traitements sont encore trop souvent évalués à partir d'impressions subjectives fondées sur une revue rapide des problèmes présentés par l'utilisateur. Or, les cliniciens ont l'obligation éthique de mesurer l'efficacité de leurs interventions. Les études démontrent d'ailleurs que les interventions évaluées tout au long du processus ont davantage de résultats positifs (voir les travaux de Scotti et coll., (1991) ainsi que de Didden et coll. (1997) dans Banks, Bush et coll. (2007)).

Une fois qu'on a formulé, à partir d'entrevues et d'une observation directe de l'utilisateur, quelques hypothèses sur ce qui provoque ou ce qui maintient le trouble du comportement, il est nécessaire de recueillir des données d'observation pour confirmer ces hypothèses. L'idée de base est de vérifier si les stimuli antécédents ou conséquents qui, selon nous, sont susceptibles de provoquer les troubles du comportement, sont effectivement liés à ces stimuli et si les contextes dans lesquels nous croyons que le comportement ne se manifesterait pas sont liés à des taux peu élevés de troubles du comportement. Concrètement : est-ce que le fait de retirer des déclencheurs ou des facteurs de

renforcement identifiés ou de les modifier occasionne une diminution des manifestations comportementales? (O'Neill, Horner, Albin, Sprague, Storey et Newton, 1997).

Pfadt et Wheeler (2006) suggèrent de se poser trois questions cruciales :

- 1) Quels objectifs pensons-nous atteindre par l'intervention proposée?
- 2) Quelles méthodes ou interventions seront utilisées pour atteindre ces objectifs?
- 3) Quels critères explicites seront utilisés pour déterminer si les objectifs ont été atteints et quand ils auront été atteints?

Selon les auteurs, on ne devrait pas ici se limiter à mesurer la fréquence et l'intensité du comportement problématique. Banks, Bush et coll. (2007) recommandent aussi d'inclure des mesures du style de vie, des habiletés de l'utilisateur, etc.

Selon Griffiths, Gardner, Nugent (1999) et Gardner (2002), même si l'évaluation de l'efficacité des interventions spécifiques mises en place peut se faire à l'aide d'échelles standardisées ou d'inventaires, cela sera effectué, dans la plupart des cas, par le biais d'une procédure individualisée. Il s'agira souvent d'une mesure du changement comparant les données d'observation recueillies en cours d'intervention à un niveau de base pris avant l'intervention (Pfadt et Wheeler, 2006; Banks, Bush et coll., 2007). Cependant, il faudra vérifier si une intervention sur un facteur de l'environnement externe ou sur les caractéristiques de l'utilisateur est liée positivement à une diminution des manifestations du trouble du comportement.

L'évaluation des effets des interventions permet donc de confirmer une hypothèse et l'efficacité des interventions mises en place, et de soutenir le processus de décision clinique en cours. Avant de rejeter une hypothèse, il faut toutefois s'assurer que les interventions ont été appliquées avec constance et cohérence et que les données recueillies sont fiables (Griffiths, Gardner, Nugent, 1999; Gardner, 2002; Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006; Dosen, Gardner, Griffiths et Lapointe, 2007).

Ce système objectif d'observation, d'enregistrement de données et d'évaluation devrait débuter avec la première intervention et se poursuivre jusqu'à ce que les objectifs de traitement soient atteints et jusqu'à ce que le programme de soutien soit terminé (Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006; Dosen, Gardner, Griffiths et Lapointe, 2007). En outre, comme les troubles du comportement ont souvent tendance à persister dans le temps, Banks, Bush et coll. (2007) recommandent aussi de prendre des mesures de façon régulière, et sur une longue période de temps, pour détecter rapidement une détérioration de l'état de la personne ou de son comportement.

Sur un autre plan, Banks, Bush et coll. (2007) définissent la communication et la rétroaction entre professionnels, intervenants, proches et usager comme une composante essentielle de l'intervention. Ils établissent des moments cruciaux pour le faire, soit à la fin de la période d'évaluation, lorsque les hypothèses sont formulées, soit à la suite d'une intervention, qu'elle ait été fructueuse ou non, soit lorsqu'il y a changement dans les hypothèses ou dans le plan d'action en TGC (PA-TGC), et à la fin du travail auprès de l'utilisateur, de ses proches ou de l'équipe d'intervenants. De plus, une rétroaction régulière,

sur une base routinière, doit être donnée aux personnes impliquées dans l'évaluation et l'intervention.

Griffiths, Gardner, Nugent (1999) soulignent que le fait de disposer de données systématiques sur les cibles d'intervention facilite la communication entre les intervenants, permet des échanges plus efficaces lors des discussions d'équipe et confère une crédibilité au PA-TGC préconisé.

Ces auteurs insistent aussi sur l'importance de rencontres régulières de suivi du dossier pour maintenir l'engagement de tous les acteurs impliqués et pour permettre une communication continue entre eux. La fréquence des rencontres peut diminuer à mesure que les interventions s'avèrent de plus en plus efficaces. Finalement, il leur semble nécessaire de souligner également les succès afin, notamment, de nourrir l'espoir et l'enthousiasme des membres de l'équipe et d'accroître leur stabilité.

2. DÉFINITION DU SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC

Le suivi des interventions est un processus systématique de gestion clinique et organisationnelle qui vise à maximiser les effets des interventions pour réduire les manifestations des TGC par :

- l'application conforme du PA-TGC;
- son ajustement (aménagements préventifs, plan de prévention active et interventions d'adaptation/traitement) en fonction des résultats obtenus (Griffiths, Gardner, Nugent, 1999; Gardner, 2002; Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006; Dosen, Gardner, Griffiths et Lapointe, 2007);
- la recherche d'autres causes potentielles des troubles, lorsque c'est nécessaire;
- le recours à des évaluations spécialisées³ pour confirmer ou infirmer une hypothèse, au besoin;
- la concertation de tous les acteurs gravitant autour de l'utilisateur (Banks, Bush et coll., 2007);
- l'ajustement des processus cliniques et administratifs.

Pour chaque dossier d'utilisateur, le suivi des interventions :

- est systématique, c'est-à-dire régulier et soutenu. Il s'amorce aussitôt qu'un premier PA-TGC est mis en application;

3. En médecine, psychiatrie, neuropsychologie, psychologie, orthophonie, ergothérapie, sexologie, etc.

- s'appuie sur la mesure des résultats de l'intervention (Gardner, Dosen, Griffiths et King, 2006; Dosen, Gardner, Griffiths et Lapointe, 2007).

L'efficacité du suivi clinique de l'utilisateur dépend de la rigueur apportée à la présentation de données objectives appuyant des hypothèses et permettant de les confirmer ou de les infirmer. Le PA-TGC se raffine ainsi graduellement.

Participant à ces rencontres de suivi des interventions :

- L'intervenant pivot⁴;
- Le professionnel de l'équipe de base⁵;
- Le gestionnaire du service;
- Les professionnels de l'équipe spécialisée en TGC⁶;
- Les partenaires, si requis (par exemple, milieu scolaire);
- Les parents, RTF ou RI, au besoin.

Le suivi des interventions est un processus dynamique, évolutif à l'intérieur duquel sont prises les décisions concernant la personne et son PA-TGC.

4. Conformément au *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* (2008), nous utilisons dans ce guide le terme « intervenant pivot ». Dans les établissements, cette fonction est généralement occupée par un éducateur ou un psychoéducateur et parfois même par un agent de ressources humaines (ARH).

5. Selon l'établissement, un spécialiste aux activités cliniques, un conseiller à l'intervention ou un psychoéducateur.

6. Psychologue, spécialiste TED, infirmier, ergothérapeute, travailleur social, etc., selon l'établissement.

3. TÂCHES PRÉALABLES AU SUIVI DES INTERVENTIONS

Tel que mentionné en introduction, plusieurs éléments organisationnels sont essentiels à l'adoption de nouvelles pratiques. Parmi eux, on trouve la révision des tâches et des rôles de chacun des acteurs dans un processus clinique fondé sur les meilleures pratiques.

Ainsi, plusieurs activités doivent avoir été réalisées et plusieurs décisions doivent avoir été prises avant que le suivi des interventions ne soit amorcé. Tous les acteurs impliqués doivent avoir été informés du processus et de leur rôle; on doit également avoir ciblé certains usagers présentant un TGC et ressorti de leur dossier les éléments essentiels, puis fait une première analyse multimodale (identification des causes probables du trouble) et élaboré un PA-TGC initial.

Dans notre pratique, nous avons demandé à chacune des directions d'établissement de mandater un chargé de projet⁷ pour réaliser l'implantation de ce processus⁸. L'implantation d'un processus de suivi des interventions est un changement de pratiques complexe qui nécessite de nombreuses étapes qui doivent être bien coordonnées pour fonctionner de façon adéquate. La complexité relève, entre autres, de l'ajustement ou même de la création de fonctions dans l'organisation, ce qui va bousculer tous les acteurs à l'interne, incluant certaines directions plus administratives telles que les ressources matérielles et financières. Nous recommandons donc la création d'un comité de pilotage composé de représentants des différentes directions de l'organisation. Ce comité aura pour mandat de résoudre tous les problèmes ou tous les obstacles découlant de l'implantation de ce nouveau processus de suivi des interventions.

7. Voir « Points de repère pour l'implantation des guides de pratique » dans *Guides de pratique - Coffre à outils*, FQCRDITED (2010). Montréal.

8. Ce mandat était antérieurement confié à un agent-conseil en provenance du SQETGC.

Le tableau 1 (page 13) présente les quatorze étapes essentielles à franchir avant d'amorcer le processus de suivi des interventions comme tel.

On y retrouve notamment la sensibilisation et la formation des acteurs concernés ainsi que le choix d'usagers cibles pour initier les processus. De façon plus spécifique, l'étape n°2 permet d'identifier les usagers cibles, mais surtout les membres du personnel qui auront à réaliser le processus d'analyse et d'intervention multimodales (AIMM); pour ce faire, il faudra s'assurer de leurs connaissances de l'AIMM et de leur capacité à réaliser l'ensemble de la démarche. Il conviendra ensuite de procéder à l'évaluation de l'utilisateur et à l'élaboration d'un PA-TGC, puis de fixer les dates de rencontres de suivi (étape n° 13).

Un délai de deux semaines est retenu entre chacune des rencontres; cet intervalle s'est révélé être le plus optimal pour permettre l'implantation de nouvelles stratégies d'intervention, d'en évaluer les effets et de faire les ajustements pertinents (Sabourin et Lapointe, 2007). Un délai trop long est contreproductif, car il ne permet pas de fournir de rétroaction assez rapide pour prendre des décisions éclairées et risque de décourager les intervenants ou de nuire au progrès des interventions. Un délai plus court est inefficace, car il ne permet pas d'implanter de nouvelles interventions et d'en évaluer les effets.

Enfin, tout problème dans les activités préalables au suivi des interventions doit être soumis au comité de pilotage afin que celui-ci prenne les dispositions nécessaires à la poursuite de l'implantation.

Rappelons les rôles plus spécifiques de l'équipe de professionnels spécialisés en TGC :

■ **Auprès de l'utilisateur présentant un TGC**

S'assurer que l'on prend en compte ses besoins spécifiques et que la démarche clinique a un sens pour lui.

■ **Auprès des intervenants**

Faciliter, soutenir, conseiller;

Fournir leur expertise par rapport aux TGC et agir, le cas échéant, comme *coach*⁹ et formateur.

■ **Auprès des autres services et de la direction**

Les sensibiliser aux besoins spécifiques des utilisateurs présentant un TGC et aux besoins des intervenants impliqués;

Promouvoir la qualité de vie des utilisateurs et le développement professionnel des intervenants en recommandant :

- ⇒ des mesures de soutien appropriées (formation, ressources additionnelles temporaires, aménagements physiques, ...);
- ⇒ un réseautage et la conclusion d'ententes avec des partenaires (centres hospitaliers en santé mentale ou en soins généraux pour des tests spécialisés, professionnels travaillant dans le secteur privé pour des évaluations, ...).

Ces professionnels peuvent jouer un rôle important dans toutes les étapes d'implantation du suivi des interventions.

9. Empruntés à l'anglais, les termes *coach* et *coaching* sont ceux utilisés et compris dans les établissements. Les termes français recommandés sont « tuteur » pour *coach* et « tutorat » pour *coaching*.

Tableau 1 : Étapes préalables aux rencontres de suivi des interventions

Étapes	Participants suggérés
1. Présenter au gestionnaire et aux professionnels, dans le cadre d'une rencontre, les étapes du suivi des interventions ainsi que les tâches et les responsabilités de chacun.	Chargé de projet de l'implantation du suivi des interventions en TGC Gestionnaire Professionnel de l'équipe de base
2. Identifier les usagers prioritaires ainsi que les intervenants et les professionnels concernés des équipes de base de ces usagers.	Gestionnaire Professionnel de l'équipe de base Psychologue ou spécialiste TED DSR et DSP
3. Organiser la formation multimodale de base pour tous les intervenants et les professionnels concernés.	Chargé de projet de l'implantation du suivi des interventions en TGC Gestionnaire
4. Donner la formation multimodale.	Intervenants pivots Tous les éducateurs concernés Professionnel de l'équipe de base Tous les professionnels concernés Gestionnaire
5. Procéder à une évaluation de l'utilisateur à l'aide de l' <i>Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II (EGCP-II)</i> (Sabourin, 2007) ou d'un autre outil (ex. : <i>Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger</i> : Tassé, Girouard et Morin, 1999). Cette évaluation vise à identifier le ou les TGC prioritaires et leur fréquence d'apparition ainsi que leur gravité.	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base
6. Procéder à l'évaluation des conséquences et des impacts des TC à l'aide de la grille <i>Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement, version expérimentale (ECI-TC-Ex.)</i> (Sabourin, 2010). Cette évaluation identifie l'ampleur des conséquences et des impacts des TC pour l'utilisateur et son environnement en s'inspirant des travaux de Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier (2010).	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base
7. Analyser les résultats et formuler des recommandations.	Un professionnel de l'équipe de base ou un psychologue
8. Extraire du dossier de l'utilisateur et des entrevues avec les personnes le connaissant bien, les éléments essentiels à la compréhension du TGC : <ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic, médication actuelle; ■ Évaluations médicales, résultats; 	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base et autres professionnels (psychiatre, infirmier), au besoin

Étapes	Participants suggérés
<ul style="list-style-type: none"> ■ Histoire sociale et familiale : événements marquants, services reçus, placements; ■ Brève description des forces, des intérêts et des caractéristiques de l'utilisateur; ■ Historique du TGC, interventions réalisées et résultats; ■ Mesures de contrôle (début – réajustements – résultats); ■ Services actuels et routine de vie; ■ Raisons pour lesquelles la personne vit dans une ressource spécialisée; ■ Évaluations pertinentes (ex. : neuropsychologie, psychiatrie, ergothérapie, sexologie, orthophonie, etc.). 	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base et autres professionnels (infirmier, psychiatre), au besoin
<p>9. Effectuer une première analyse multimodale du principal TGC ciblé chez l'utilisateur à partir de <i>l'Inventaire des causes probables d'un TGC pour les personnes ayant une DI légère à modérée</i> (ICP) (Morin, Sabourin et Labbé, 2012) et de <i>fiches ABC (antecedent-behaviour-consequence)</i> du SQETGC et cibler quelques hypothèses prioritaires.</p>	Intervenant pivot, professionnel de l'équipe de base et psychologue ou spécialiste TED, au besoin
<p>10. Élaborer un PA-TGC initial : aménagements préventifs et prévention active; parfois, interventions d'adaptation ou de traitement (ex. : apprendre à dire oui ou non).</p>	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base et psychologue, spécialiste TED, infirmier, ergothérapeute, orthophoniste, au besoin
<p>11. Présenter à l'équipe d'intervenants directs concernés¹⁰, dans le cadre d'une rencontre d'information, les étapes du suivi des interventions ainsi que les tâches et les responsabilités de chacun.</p>	Gestionnaire et professionnel de l'équipe de base et chargé de projet, au besoin Équipe d'intervenants directs des usagers prioritaires
<p>12. Débuter des observations systématiques et identifier des indicateurs en lien avec les hypothèses. Poursuivre l'enregistrement des manifestations du TGC.</p>	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base Intervenants directs
<p>13. Établir les dates du suivi des interventions aux deux semaines.</p>	Gestionnaire
<p>14. Mettre en place un comité de pilotage. Acheminer à ce comité les recommandations et les problématiques dépassant les cadres du service où est desservi l'utilisateur ou lui transférer les pouvoirs habituels dévolus au gestionnaire.</p>	Chargé de projet et directeur des services aux usagers Directeur des services professionnels Directeur des ressources humaines Directeur des services administratifs ou leurs représentants

10. Lorsque les services sont offerts en contexte d'intégration résidentielle ou socioprofessionnelle. Sinon, les tâches pertinentes sont présentées à l'intervenant pivot.

4. TÂCHES ET FONCTIONS DANS L'ANALYSE ET L'INTERVENTION MULTIMODALES ET DANS LE SUIVI DES INTERVENTIONS

Comme nous l'avons déjà mentionné, chaque acteur doit ajuster sa fonction au nouveau processus clinique associé à l'analyse multimodale ainsi qu'au processus de suivi des interventions qui a été mis au point. Ces ajustements touchent tous les intervenants entourant l'utilisateur ayant un ou des TGC, mais concernent plus particulièrement l'intervenant pivot, les professionnels, et surtout, le gestionnaire de premier niveau responsable de l'utilisateur en question.

Ainsi, l'intervenant pivot de l'utilisateur présentant un TGC, est de façon générale le maître d'œuvre de toutes les étapes de l'analyse et de l'intervention multimodales. C'est lui qui, avec le soutien de professionnels, prépare l'observation, recueille et analyse les données, rédige et ajuste le PA-TGC et la programmation, aide ses collègues, la famille et la ressource résidentielle (RTF, RI), assure le lien avec les autres services et les partenaires et, ultimement, facilite la transition de l'utilisateur vers un nouveau milieu.

En contexte d'intégration résidentielle ou d'intégration socioprofessionnelle, d'autres intervenants jouent aussi un rôle auprès de l'utilisateur : autres éducateurs, assistants en réadaptation et auxiliaires en santé et services sociaux. Ils observent les comportements, participent à l'identification des facteurs contextuels possibles à l'origine du TGC, recommandent des aménagements préventifs, appliquent les interventions, cotent les résultats obtenus et recommandent des ajustements au PA-TGC.

Pour mieux visualiser l'ensemble des tâches et rôles des différents acteurs dans le suivi des interventions, nous avons élaboré un tableau synthèse.

Le tableau 2 présente, en détail, les tâches dévolues aux différents intervenants directs, soit à l'intervenant pivot, soit aux autres éducateurs, aux assistants en réadaptation et aux auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) dans l'analyse et l'intervention multimodales et le suivi des interventions. Par exemple, c'est à l'intervenant pivot qu'il revient de « recueillir l'information pertinente auprès de la famille, des proches de l'utilisateur et des partenaires », alors que la « recommandation d'aménagements préventifs » incombe à l'ensemble des intervenants directs. Pour plus de détails sur l'AIMM et les méthodologies proposées, il convient de se référer aux guides techniques du SQETGC publiés ou à paraître. Par ailleurs, le gestionnaire demeure responsable de la réalisation de l'ensemble des tâches décrites au tableau 2.

L'intervenant pivot et ses collègues sont soutenus sur le plan clinico-administratif par un gestionnaire et sur le plan clinique par un professionnel¹¹ attaché à l'équipe. De plus, la présence d'un trouble grave du comportement justifie très souvent l'implication d'autres professionnels dont plusieurs peuvent être regroupés dans l'équipe spécialisée en TGC, dépendamment du modèle organisationnel de l'établissement et des ressources financières disponibles.

Tableau 2 : Description des tâches comparées des divers intervenants directs

Tâches	Personnes assignées	Intervenant pivot	Autres éducateurs	Assist. en réadapt.	ASSS
Recueille l'information pertinente auprès de la famille, des proches de l'utilisateur et des partenaires		✓			
Complète les outils d'évaluation (EGCP-II, ECI-TC-Ex.)		✓			
Prépare les grilles d'observation		✓	✓	✓	✓
Observe les comportements ciblés et les inscrit sur la grille		✓	✓	✓	
Complète des <i>fiches ABC</i> du SQETGC des épisodes de TGC		✓	✓	✓	✓
Contribue à identifier des causes possibles du TGC (<i>Inventaire des causes probables d'un TGC (ICP)</i>)			✓	✓	✓
Informe l'intervenant pivot des événements importants reliés à l'utilisateur		✓			
S'assure auprès des membres de l'équipe de l'inscription des données sur la grille d'observation		✓			

11. Selon l'établissement, un spécialiste aux activités cliniques, un conseiller à l'intervention ou un psychoéducateur.

Tâches	Personnes assignées	Intervenant pivot	Autres éducateurs	Assist. en réadapt.	ASSS
S'assure auprès des membres de l'équipe de recueillir toutes les informations reliées aux épisodes de TGC de l'utilisateur		✓			
Compile les données et produit les graphiques requis		✓	✓	✓	✓
Rédige un PA-TGC initial : aménagements préventifs, prévention active, et parfois, interventions d'adaptation (apprentissage) et de traitement		✓			
Contribue à formuler des hypothèses		✓			
Tient à jour la <i>Grille multimodale sur les causes probables</i> (ou la fiche-synthèse de résultats de l'ICP) et les sections du PA-TGC sur les hypothèses, leur confirmation ou leur rejet		✓			
Soutient la famille, la ressource résidentielle : les informe du PA-TGC, les sensibilise aux attitudes et aux interventions préconisées et les soutient dans leur application		✓			
Ajuste et complète le PA-TGC en fonction des hypothèses et des résultats		✓			
Élabore et ajuste la programmation en fonction des besoins et des objectifs de l'utilisateur		✓			
S'assure d'une bonne compréhension des hypothèses et des interventions et offre, au besoin, un <i>coaching</i> aux membres de l'équipe afin de garantir une cohérence et une conformité dans l'application		✓			
Assure la liaison avec les autres services et les partenaires et leur offre, au besoin, un soutien pour une cohérence et une conformité dans les interventions		✓			
Applique les stratégies et les interventions retenues dans le PA-TGC et la programmation		✓	✓	✓	✓
Recommande des ajustements aux interventions et à la programmation		✓	✓	✓	✓
Cote les résultats des interventions		✓	✓	✓	✓
Analyse les résultats des interventions		✓			
Informe les membres de son équipe des recommandations émises à la rencontre de suivi des interventions		✓			
En phase d'intégration, transmet la compréhension acquise de la problématique de l'utilisateur, les interventions efficaces et contribue à les ajuster aux caractéristiques du milieu receveur		✓			

Le tableau 3 présente de façon détaillée l'ensemble des tâches dévolues au gestionnaire et aux différents professionnels. Bien que certaines tâches ne soient que de la responsabilité du gestionnaire, la plupart requièrent généralement la collaboration de plusieurs professionnels.

Le professionnel rattaché à l'équipe de base, qui peut être un spécialiste aux activités cliniques, un conseiller à l'intervention ou un psychoéducateur selon les établissements, joue un rôle de soutien auprès de l'intervenant pivot dans toutes les étapes du processus.

Le psychologue ou le spécialiste TED assure la rigueur de la démarche d'analyse et d'intervention multimodales et de suivi des interventions. Tous les professionnels contribuent à l'identification des causes du TGC et à la formulation d'hypothèses causales, proposent des aménagements préventifs et des interventions de prévention active, d'adaptation et de traitement, analysent les résultats des interventions et proposent des correctifs. L'agent de relations humaines ou le travailleur social peut jouer un rôle de soutien auprès de la famille et de la ressource résidentielle (RTF, RI). Tous les professionnels sont présents lors de la discussion de cas initiale. Par la suite, leur présence varie en fonction des caractéristiques de l'utilisateur et de ses besoins. Cette équipe forme à ce moment l'équipe transdisciplinaire de l'utilisateur qui participera plus activement aux rencontres de suivi des interventions.

Quant au gestionnaire, il s'assure que les intervenants recueillent des données systématiques, mettent en place le PA-TGC et les recommandations du suivi des interventions et que l'information circule. Il fait le lien avec les autres services et conclut, au besoin, des ententes avec les partenaires. Lors des rencontres de suivi des interventions, il prend généralement en note les tâches organisationnelles à réaliser et fait les relances pertinentes. En tant que représentant de l'établissement et de la direction auprès de l'équipe d'intervention de l'utilisateur, il est ultimement responsable de la qualité et de la dispensation des services requis par l'utilisateur.

Notons que cette répartition de tâches, tant au niveau des intervenants que des professionnels et du gestionnaire, peut devoir être adaptée pour tenir compte de la structure organisationnelle spécifique de chaque établissement, particulièrement en ce qui a trait aux titres d'emploi ou aux responsabilités dévolues à chacun.

Tableau 3 : Description des tâches spécifiques du gestionnaire et des différents professionnels

Tâches	Professionnels						
	Gestionnaire	Professionnel équipe de base	Psychologue	Spécialiste TED	Infirmier	Ergothérapeute	ARH/TS
Assume le <i>leadership</i> du processus clinique auprès du chef en réadaptation et de l'équipe		√					
Assure le respect d'une rigueur dans l'analyse et l'intervention multimodales et le suivi des interventions			√	√			
Propose des aménagements préventifs et de la prévention active lors de la discussion de cas initiale		√	√	√	√	√	
Propose des mesures de contrôle, si nécessaire	√	√	√	√	√	√	
Soutient l'éducateur dans la rédaction d'un PA-TGC initial		√					
Suggère des grilles d'observation		√	√	√	√	√	
Soutient l'intervenant pivot dans la compilation des observations et procède avec lui à une première analyse de ces données		√					
Offre du soutien à la famille naturelle et à la ressource résidentielle							√
Identifie les facteurs contextuels		√	√	√	√	√	√
Identifie les facteurs de traitement de l'information		√	√	√			
Identifie les conditions de renforcement des comportements		√	√	√		√	
Établit des relations et interactions entre les différents facteurs (hypothèses)		√	√	√			
Effectue ou recommande des évaluations supplémentaires			√	√	√	√	

Tâches	Professionnels						
	Gestionnaire	Professionnel équipe de base	Psychologue	Spécialiste TED	Infirmier	Ergothérapeute	ARH/TS
Aide à la préparation d'un rapport ou d'un résumé de dossier pour une consultation médicale ou psychiatrique et participe à la rencontre, au besoin		✓	✓	✓	✓	✓	
Propose des ajustements aux aménagements préventifs et à la prévention active, tenant compte des hypothèses et des observations		✓	✓	✓			
Propose des interventions d'adaptation et de traitement		✓	✓	✓	✓	✓	
Soutient, au besoin, l'éducateur et le professionnel de l'équipe de base dans la rédaction d'un PA-TGC			✓	✓			
S'assure que l'équipe d'intervenants maîtrise bien les interventions à mettre en place, et offre du <i>coaching</i> , au besoin		✓	✓	✓	✓	✓	
S'assure que l'équipe d'intervenants met en place le PA-TGC et les recommandations du suivi des interventions	✓						
S'assure que le matériel requis soit disponible	✓						
S'assure du cheminement de l'information auprès de l'équipe d'intervenants	✓						
Assure les liens avec les autres services et établit les ententes avec les partenaires	✓						
Assure un suivi des mesures de contrôle			✓			✓	
Analyse les résultats des interventions et suggère des correctifs			✓	✓			
En phase d'intégration, propose des ajustements au PA-TGC pour faciliter la transition vers le milieu receveur		✓	✓	✓	✓	✓	
Transmet la compréhension acquise de la problématique de l'utilisateur et les interventions efficaces au milieu d'accueil		✓	✓	✓			

5. RENCONTRES DE SUIVI DES INTERVENTIONS

5.1 ORGANISATION

Une rencontre de suivi des interventions devrait avoir une durée fixe, d'un maximum de 45 minutes.

L'équipe de suivi des interventions se compose, entre autres :

- de l'**animateur**¹² des rencontres de suivi des interventions qui voit au bon fonctionnement de la réunion. Afin d'éviter les débordements, il :
 - ⇒ veille à ce que les informations pertinentes soient abordées selon les besoins prioritaires de l'utilisateur;
 - ⇒ assure une structure aux réflexions et aux échanges;
 - ⇒ veille à ce que les actions à poser entre les rencontres soient claires;
 - ⇒ est le gardien du temps et est responsable de conclure les discussions dans le délai prédéterminé.
- du **secrétaire** qui prend des notes afin de :
 - ⇒ faciliter la transmission des informations et le suivi de l'application des recommandations émises au cours de la dernière rencontre;
 - ⇒ faire état du cheminement de l'utilisateur et de l'effet des interventions mises en place;

12. Autant que possible, l'animation n'est pas confiée à un professionnel ayant un apport important sur le plan des échanges cliniques.

⇒ consigner les recommandations ou les actions à mettre en place, en mentionnant la personne responsable et l'échéancier.

■ des **professionnels** dont le rôle est de :

⇒ partager leur expertise afin d'identifier les causes du TGC;

⇒ suggérer des interventions en lien avec les hypothèses causales retenues;

⇒ repérer les indices d'un manque de fidélité des données ou d'un manque de conformité dans l'application du PA-TGC, en identifier les causes et, en collaboration avec le gestionnaire, proposer des actions correctrices.

Pour assurer l'efficacité de la rencontre, les **participants** doivent :

■ connaître le PA-TGC de l'utilisateur;

■ avoir accompli les tâches qui leur avaient été assignées;

■ apporter des données basées sur des observations « terrain »;

■ pouvoir situer ces données dans leur contexte.

Un des participants (souvent le gestionnaire ou un membre de l'équipe spécialisée en TGC) se charge des aspects logistiques : horaire des rencontres, réservation du local, disponibilité d'un ordinateur, convocation des participants.

5.2 ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour se lit comme suit :

1. Suivi des recommandations de la dernière rencontre
 - A. Recommandations cliniques
 - B. Recommandations organisationnelles
2. Épisodes de TGC
 - A. Informations pertinentes concernant l'utilisateur depuis la dernière rencontre
 - B. Épisodes de TGC
3. Recommandations
 - A. Recommandations cliniques
 - B. Recommandations organisationnelles

Pour plus de renseignements, vous trouverez en annexe, les formulaires « Suivi des interventions en TGC - Compte-rendu de rencontre - aspects cliniques » (p. 40) et « Suivi des interventions en TGC - Compte-rendu de rencontre - aspect organisationnel » (p. 44). Les recommandations de type organisationnel sont inscrites dans un document distinct, car elles n'ont pas à se retrouver dans le dossier « usager ». Leur suivi systématique est cependant essentiel pour la qualité des interventions.

5.3 PRISE DE DÉCISION

Au niveau des recommandations, l'animateur doit veiller aux aspects suivants :

- les tâches à faire doivent être claires;
- les tâches inscrites sont les tâches spécifiques et non les modes de fonctionnement habituels;
- l'**imputabilité** est **personnalisée** : un responsable et un échéancier par action; en cas d'absence, le remplaçant prend la relève de celui qu'il remplace;
- les participants doivent être à l'aise avec les tâches à faire; si l'**engagement** semble flou, questionner et trouver des solutions;
- s'assurer que les décisions prises tiennent compte autant des **intérêts de l'utilisateur** que de ceux des autres parties.

L'équipe transdisciplinaire de l'utilisateur devrait essayer de prendre des décisions, le plus souvent possible par consensus, de façon telle que chacun des membres de cette équipe puisse s'enrichir mutuellement et faire œuvre commune dans le meilleur intérêt de l'utilisateur et de ses proches. Dans le principe de transdisciplinarité, les professionnels doivent tendre à subordonner leur autonomie professionnelle aux besoins de l'utilisateur et à la complémentarité des différents intervenants (*Guide de pratique en TGC, FQCRDITED, 2010*).

5.4 SUIVI DES TÂCHES

Lorsqu'une tâche n'a pas été accomplie, l'animateur pose les questions énumérées ci-après. Les questions diffèrent un peu selon la situation (première fois ou récurrente).

Lorsque c'est la première fois que la situation se produit, l'animateur questionne la pertinence de la tâche, la capacité de la personne en charge et l'échéance prévue de réalisation :

- la tâche est-elle encore pertinente? Sinon, l'abandonner;
- le responsable se sent-il capable de la faire? A-t-il besoin d'aide? À quelle date prévoit-il avoir réalisé sa tâche?

Si la situation est récurrente et se produit de façon régulière, l'animateur doit, en plus de la pertinence, questionner les causes du retard; il doit également essayer d'envisager une solution :

- la tâche est-elle encore pertinente? Sinon, l'abandonner;
- le responsable se sent-il capable de la faire? A-t-il besoin d'aide? À quelle date prévoit-il avoir réalisé sa tâche?

5.5 IDENTIFICATION DES SOURCES DE PERTES DE TEMPS DURANT LA RENCONTRE

L'animateur doit identifier les sources de pertes de temps durant la rencontre et intervenir rapidement pour réorienter les échanges ou reporter la discussion ailleurs que dans la rencontre de suivi.

Voici quelques-uns des pièges à éviter :

- Justifications par rapport aux tâches non accomplies qui n'éclairent pas la décision à prendre
- Questions générales portant sur :
 - ⇒ le plan d'intervention;
 - ⇒ le fonctionnement;
 - ⇒ le formulaire;
 - ⇒ les processus de l'établissement.
- Désaccord :
 - ⇒ sur les faits;
 - ⇒ sur les mesures à prendre.

- Rediriger vers la bonne tribune
- Résumer les positions
- Recommander un autre type de réunion ou des démarches *ad hoc* (voir chapitre 7)

5.6 CAUSES POSSIBLES DES PROBLÈMES RELEVÉS LORS DU SUIVI DES INTERVENTIONS

Lorsque l'intervention ne semble pas donner les résultats attendus, divers types de causes peuvent être en jeu :

- Ressources : nombre, quantité, taux d'absentéisme, nombre de départs et de remplacements;
- Intervention : lourdeur, complexité, temps requis, valeurs;
- Émotions/motivations : anxiété, peur, trouble de stress post-traumatique, colère, vengeance, attitudes;
- Capacités : manque de connaissances, manque de maîtrise, problème de compréhension.

Pour déterminer plus précisément les causes, les participants à la rencontre de suivi peuvent se poser les cinq questions suivantes. Ce questionnement est linéaire, c'est-à-dire qu'on ne passe à la question suivante que lorsque la réponse est positive. En effet, tant que les données ne sont pas fiables (question 1), on ne peut rien conclure. Il ne sert donc à rien de s'interroger sur le reste. La fiabilité établie, si le plan n'est pas appliqué conformément (question 2), on ne peut conclure à l'inefficacité des interventions ou à une hypothèse erronée, et ainsi de suite.

Question 1 : L'information est-elle fiable?

Si elle ne l'est pas, voici certaines des causes possibles¹³ :

- ⇒ Les intervenants ne sont pas à l'aise avec les techniques d'observation;
- ⇒ Les intervenants pensent que le plan d'observation est irréaliste;
- ⇒ L'outil est difficile ou lourd à utiliser;
- ⇒ L'outil est difficilement accessible;
- ⇒ L'outil n'est pas clair;
- ⇒ Les intervenants ne perçoivent pas l'utilité de l'observation;
- ⇒ La collecte d'informations n'est pas directement utile à l'intervenant;
- ⇒ Les décisions cliniques ne sont pas prises à la lumière des informations recueillies.

Question 2 : Les interventions sont-elles appliquées conformément au PA-TGC?

Si elles ne le sont pas, voici certaines des causes possibles¹² :

- ⇒ Les intervenants ne se sentent pas en maîtrise de cette intervention;
- ⇒ Les rôles de chacun ne sont pas clairs;
- ⇒ L'intervention planifiée n'apparaît pas réaliste;
- ⇒ Le temps requis pour l'intervention semble irréaliste;
- ⇒ Les intervenants n'approuvent pas le PA-TGC;
- ⇒ Les intervenants n'ont pas été consultés pour l'établissement et les ajustements au PA-TGC;
- ⇒ Les intervenants ne se sentent pas en maîtrise de l'intervention sécuritaire et des mesures de protection;
- ⇒ Les intervenants ne croient pas pouvoir influencer le comportement de l'utilisateur;
- ⇒ Les intervenants croient que l'intervention n'est pas conforme à l'éthique;
- ⇒ L'intervention ne va pas dans le sens des valeurs des intervenants, des proches, de la communauté ou de l'organisation.

Question 3 : Les interventions sont-elles efficaces?

Pour juger de l'efficacité des interventions, posez-vous les questions suivantes :

- ⇒ Les aménagements préventifs réduisent-ils de façon significative ou éliminent-ils le facteur contextuel visé?
- ⇒ Les interventions de prévention active préviennent-elles l'escalade ou permettent-elles de ramener l'utilisateur à un niveau d'activation inférieur?
- ⇒ Les interventions d'adaptation ont-elles permis l'apprentissage d'une habileté alternative?

13. Ces listes ne sont pas exhaustives.

- ⇒ Les interventions de traitement réduisent-elles de façon significative ou éliminent-elles le facteur visé?

Si vous constatez que les interventions ne sont pas efficaces, voici certaines des causes probables¹⁴ :

Pour les aménagements préventifs :

- ⇒ Les aménagements mis en place ne permettent pas d'atteindre ce qui est visé (par exemple, atténuer le bruit);
- ⇒ Les aménagements mis en place ne tiennent pas compte des hypothèses.

Pour les interventions de prévention active :

- ⇒ Les interventions de prévention active mises en place ne sont pas en lien avec les hypothèses.

Pour les interventions d'adaptation :

- ⇒ L'analyse de tâches n'est pas ajustée au niveau de compétences actuelles de l'utilisateur;
- ⇒ L'analyse de tâches n'est pas suffisamment décortiquée;
- ⇒ Le renforcement est mal appliqué (mauvaise identification des renforçateurs, puissance insuffisante, variété insuffisante, retrait trop rapide ou drastique);
- ⇒ L'intervention n'a pas l'intensité requise pour prévenir le renforcement intermittent du TGC ou pour permettre l'apprentissage d'une habileté de remplacement;
- ⇒ L'habileté de remplacement est mal ciblée (plus exigeante et moins efficace que le TGC pour répondre au besoin);
- ⇒ La généralisation des comportements adéquats n'a pas été programmée.

Pour les interventions de traitement :

- ⇒ Le traitement n'a pas eu le temps de faire effet;
- ⇒ Le traitement n'est pas efficace auprès de cet usager pour éliminer la cause du TGC ou en réduire les impacts (par exemple, effets paradoxaux).

Question 4 : La cible d'intervention est-elle une cause du TGC?

Si le traitement permet de faire disparaître la cause présumée du TGC sans que la fréquence ou l'intensité du comportement ne change :

- ⇒ Ce facteur n'est pas une cause du TGC (hypothèse infirmée);
- ⇒ D'autres causes demeurent actives de sorte que l'élimination d'une seule cause ne parvient pas à influencer le TGC.

14. Ces listes ne sont pas exhaustives.

Question 5 : D'autres causes sont-elles en jeu?

S'il y a diminution du TGC, puis plafonnement :

- ⇒ D'autres causes non identifiées jouent isolément ou en combinaison avec celles déjà identifiées.

S'il y a inconsistance dans les résultats :

- ⇒ Ils reflètent l'impact d'événements imprévus;
- ⇒ Les hypothèses doivent être raffinées.

5.7 SUITES À DONNER AUX RENCONTRES DE SUIVI

Pour les services d'adaptation/réadaptation en contexte d'intégration résidentielle ou communautaire, **le gestionnaire** a tout avantage à planifier une réunion d'équipe peu de temps après la rencontre de suivi des interventions afin de permettre la transmission d'informations à l'ensemble de l'équipe et ainsi assurer une cohésion et une cohérence dans l'action.

L'intervenant pivot, pour sa part, a pour tâche de transmettre les alignements cliniques pris lors du suivi des interventions aux parents, à la RTF ou à la RI et aux partenaires impliqués, s'ils ne participaient pas à la rencontre. Il fait de même avec chaque intervenant qui n'a pu assister à la réunion d'équipe. Il s'assure que les recommandations soient adaptées aux réalités de leur milieu. Il recueille aussi toute donnée utile pour la rencontre suivante.

6. ÉVOLUTION DU SUIVI DES INTERVENTIONS DANS LE TEMPS

Selon les besoins, le suivi prend des formes différentes dans le temps. Le tableau 4 intitulé « Évolution du suivi des rencontres dans le temps » (pages 31-32) synthétise les différents types de suivis qui existent au fur et à mesure que des éléments (PA-TGC, recommandations, comportement...) sont mis en place.

Notez que seul le **suivi-terrain**, qui vise à s'assurer que les données d'observation sont enregistrées de façon fiable et que le PA-TGC est appliqué de façon conforme, se poursuit tout au long du processus.

Dès l'élaboration d'un PA-TGC initial, le **suivi-conseil** est amorcé sur une base bimensuelle. On s'y préoccupe de la fiabilité des données et de la conformité dans l'application du PA-TGC. On y émet des hypothèses, on y recommande des modifications au PA-TGC et on y identifie les ajustements organisationnels nécessaires.

On passe au **suivi-maintien** quand :

- les manifestations du trouble n'évoluent plus jusqu'à la crise; ceci est un indice que les aménagements préventifs et les interventions de prévention active sont efficaces;
- le PA-TGC est appliqué de façon conforme;
- les acteurs peuvent se corriger entre eux, au besoin, lors de l'apparition de précurseurs lointains.

Offerte sur une base mensuelle, cette forme de suivi permet d'apporter des ajustements, habituellement mineurs, au PA-TGC pour tenir compte des réalités du milieu ou encore pour raffiner doucement les interventions d'adaptation ou de traitement.

Un suivi de surveillance est mis en place lorsque :

- les interventions d'adaptation et de traitement sont complétées avec succès;
- le trouble grave du comportement n'est plus présent ou que l'utilisateur manifeste uniquement des signes précurseurs lointains et que l'on peut le rediriger rapidement.

Sur une base régulière, l'intervenant pivot et le professionnel de l'équipe de base surveillent l'évolution du comportement ou d'une cause très ciblée. Dès que les résultats ne vont pas dans le sens désiré, ils peuvent demander au gestionnaire de convoquer une réunion d'équipe (s'ils croient, par exemple, qu'il y a relâchement dans l'application conforme du PA-TGC) ou une rencontre avec des membres de l'équipe spécialisée en TGC (s'ils ont l'impression que les hypothèses causales doivent être raffinées ou que le PA-TGC doit être ajusté).

Sur une base trimestrielle, un membre de l'équipe spécialisée en TGC analyse les données recueillies et recommande au gestionnaire la tenue d'une rencontre. Une stabilité dans les résultats sur une période de deux ans permet de mettre fin au suivi de surveillance.

Finalement, lorsque l'utilisateur doit intégrer un nouveau milieu (loisir, activité de jour ou ressource résidentielle), un plan de transition en TGC (Ptr-TGC) du SQETGC (Lapointe, Soulières, Gagné, et Longtin, 2009) est élaboré. Un soutien visant le **transfert d'expertise** est alors offert au nouveau milieu : il comprend un volet suivi-terrain qui s'applique sur une base quotidienne et un volet suivi-conseil qui s'actualise sur une base bimensuelle, et ce, afin de s'assurer pendant un certain temps des meilleures conditions d'adaptation au nouveau milieu et de la non-réapparition des épisodes de TGC.

Tableau 4 : Évolution du suivi des interventions dans le temps

Type de suivi	But	Fréquence/ Durée	Participants	Outils
Terrain	S'assurer de la fiabilité des données d'observation et de l'application conforme du PA-TGC	Quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenants pivot ■ Professionnel de l'équipe de base ■ Gestionnaire 	<p>Observation-terrain</p> <p>Grille Sommaire</p>
Conseil	<p>S'assurer de la fiabilité des données d'observation</p> <p>Émettre des hypothèses</p> <p>Recommander des ajustements au PA-TGC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aménagements préventifs ■ prévention active ■ adaptation et traitement <p>Recommander des modifications organisationnelles</p> <p>S'assurer de l'application conforme du PA-TGC</p>	<p>Bimensuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une heure pour les deux premières rencontres, pour un nouvel usager ■ Par la suite, de 30 à 45 minutes par rencontre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenants pivot ■ Professionnel de l'équipe de base ■ Gestionnaire ■ Autres professionnels selon les besoins 	<p>Grille Sommaire</p> <p>Graphiques</p> <p>Rapports d'évaluation professionnelle</p> <p>PA-TGC</p> <p>Suivi des interventions – compte rendu de rencontre</p>
Maintien	Ajuster le PA-TGC, au besoin	<p>Mensuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De 30 à 45 minutes par usager 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenants pivot ■ Professionnel de l'équipe de base ■ Gestionnaire ■ Équipe spécialisée en TGC 	<p>Grille Sommaire</p> <p>Graphiques</p> <p>PA-TGC</p> <p>Suivi des interventions – compte rendu de rencontre</p>

Tableau 4 : Évolution du suivi des interventions dans le temps (suite)

Type de suivi	But	Fréquence/ Durée	Participants	Outils
Surveillance	Surveiller l'évolution du dossier et, au besoin, déclencher une rencontre visant à ramener l'adhésion au PA-TGC ou à ajuster le PA-TGC	Régulière Trimestrielle	Intervenant pivot et professionnel de l'équipe de base Un membre de l'équipe spécialisée en TGC (analyse) ou autre professionnel Au besoin, ils recommandent au gestionnaire la tenue d'une rencontre (discussion de cas, réunion d'équipe)	Graphiques très ciblés sur le comportement ou la cause Questionnaire personnalisé PA-TGC Suivi des interventions – compte rendu de rencontre
Transfert d'expertise	S'il y a intégration de l'usager dans un nouveau milieu d'activité(s) de jour, loisir, ressource résidentielle, élaborer un PTR-TGC : <ul style="list-style-type: none"> ■ prévoir les apprentissages nécessaires ■ adapter le PA-TGC aux caractéristiques du milieu 	Deux rencontres de 1 h à 1 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenant pivot ■ Professionnel de l'équipe de base ■ Gestionnaire ■ Membre de l'équipe spécialisée en TGC 	PTTr-TGC PA-TGC modifié
■ Terrain	S'assurer de la fiabilité des données d'observation et de l'application conforme du PA-TGC	Quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenant pivot ■ Professionnel de l'équipe de base ■ Gestionnaire 	PA-TGC Observation-terrain Grille Sommaire
■ Conseil	Transférer l'expertise au nouveau milieu Recommander des ajustements au PA-TGC S'assurer de l'application conforme du PA-TGC	Bimensuelle <ul style="list-style-type: none"> ■ De 30 à 45 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenant pivot ■ Professionnel de l'équipe de base ■ Gestionnaire ■ Équipe spécialisée en TGC (si, dans le nouveau milieu, le suivi n'est plus offert par la même équipe spécialisée en TGC, un membre de l'ancienne équipe se joint à la nouvelle pour assurer un transfert d'expertise dans le dossier)	Grille Sommaire Graphiques PA-TGC Suivi des interventions – compte rendu de rencontre

7. TYPES DE RÉUNIONS COMPLÉMENTAIRES AU SUIVI DES INTERVENTIONS

Pour assurer un processus clinique rigoureux et une intervention spécialisée efficace, diverses autres structures de réunions sont nécessaires : discussion de cas, supervision clinique régulière et réunion d'équipe.

Une ou deux rencontres de type **discussion de cas** sont primordiales en début d'analyse multimodale. Elles regroupent les intervenants, les professionnels et souvent, si pertinent, les parents et la ressource résidentielle. Le résumé du dossier et les résultats des évaluations y sont présentés et il y a échange d'informations au sujet de l'utilisateur et de ses troubles graves du comportement. On tente d'y dégager quelques aménagements préventifs en lien avec les facteurs contextuels causaux qui ressortent de même que les grandes lignes d'un plan de prévention active.

Plus tard, à l'étape du suivi-conseil ou à l'étape du suivi de surveillance, le professionnel peut convoquer une rencontre de discussion de cas si les données d'observations concernant le comportement ou une cause ciblée n'évoluent pas dans le sens désiré. La rencontre vise alors à aller chercher une meilleure adhésion au PA-TGC ou à raffiner les hypothèses.

Une **supervision clinique régulière** est particulièrement importante pour l'intervenant pivot de l'utilisateur présentant un TGC. Elle est habituellement offerte par un professionnel attaché à l'équipe de base (spécialiste aux activités cliniques, conseiller à l'intervention, psychoéducateur) qui offre un soutien à l'intervenant dans toutes les étapes de l'analyse et de l'intervention multimodales.

Pour les services d'adaptation/réadaptation en contexte d'intégration résidentielle et d'intégration au travail, la tenue de **réunions d'équipe** peu de temps après les rencontres de suivi des interventions permet :

- de transmettre à tous les orientations cliniques retenues;
- de s'assurer de leur compréhension par tous les intervenants;
- de recueillir des données sur les ajustements nécessaires au PA-TGC en fonction des caractéristiques du milieu.

8. LISTES DE VÉRIFICATION ET GRILLES D'AUTOÉVALUATION

Selon Grol, Wensing et Eccles (2005), tout changement de pratiques qui comporte des recommandations cliniques spécifiques doit être facilité par le développement et l'utilisation d'outils pédagogiques et de processus d'évaluation continue permettant de vérifier l'atteinte des objectifs de ce changement de pratiques et de fournir des indications sur les correctifs à apporter au processus d'implantation.

Pour ce faire, nous avons développé deux types d'outils (présentés respectivement en annexe III et IV) pouvant être utiles dans l'implantation du processus de suivi des interventions en TGC selon les normes et les standards proposés dans ce guide, soit des listes de vérification et des grilles d'autoévaluation.

Pour les différents acteurs, les **listes de vérification** (annexe III) servent essentiellement à se valider, étape par étape, lors de l'implantation du processus de suivi des interventions. Elles visent aussi à s'assurer que chacune des démarches pertinentes à la réalisation appropriée du processus proposé a bien été faite. Il existe une liste de vérification propre à chacun des acteurs impliqués dans le processus (de l'intervenant pivot jusqu'au gestionnaire et à l'animateur). Ces listes peuvent également être utilisées après l'implantation de deux ou trois PA-TGC complets (incluant le plus possible des aménagements préventifs, des interventions de prévention active et des stratégies d'adaptation et de traitement) pour permettre à chacun de vérifier si toutes les actions recommandées par le guide ont été réalisées. Elles peuvent aussi permettre à l'équipe spécialisée en TGC d'un établissement d'évaluer rapidement si les différents acteurs ont suivi les recommandations du guide dans l'implantation de leur processus de suivi des interventions en TGC.

Les **grilles d'autoévaluation** sont de deux types, à savoir des autoévaluations qualitatives des changements de pratiques, et des autoévaluations de changements de pratiques dans un service.

Les **autoévaluations qualitatives** des changements de pratiques (annexe IV) visent à mesurer l'état des connaissances des participants en lien avec le suivi des interventions ainsi que la qualité des interventions réalisées et la satisfaction envers le soutien organisationnel obtenu au cours de la démarche. Cette autoévaluation peut être réalisée après six ou huit rencontres de suivi auprès d'un usager afin de vérifier l'état des connaissances et de satisfaction des différents acteurs et de permettre la mise en place des correctifs nécessaires. Le rythme de réévaluation (de l'évolution des connaissances et de la qualité des services) peut être décidé par le comité de pilotage.

La dernière grille est spécifiquement conçue pour le gestionnaire d'un service (annexe V); elle permet d'évaluer la qualité et l'étendue des changements de pratiques réalisés **dans son service** par rapport au suivi des interventions des usagers ayant des troubles graves du comportement. Cette grille peut être utilisée à un rythme variable ou régulier dépendamment des besoins de monitoring de l'implantation du processus de suivi des interventions dans un service donné.

BIBLIOGRAPHIE

Banks, R. & Bush, A. (2007), *Challenging Behaviour: a Unified Approach, Clinical and service guidelines for supporting people with Learning Disabilities who are at Risk of Receiving Abusive or Restrictive Practices*. London: Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society and Royal College of Speech and Language Therapists.

Caron, J. (2004). *L'évaluation de l'impact sur la clientèle du Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement* [Présenté à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal]. Montréal : Centre Miriam. 195 pages.

Dosen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M. & Lapointe, A. (2007), *Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behaviour*. Gouda: Centre of Consultation and Expertise for the European Association for Mental Health in Intellectual Disability.

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, (2010). *Guides de pratique : Coffre à outils* [Cartable]. Montréal, Québec : Auteur.

Gardner, W. I. (2002), *Aggression and others Disruptive Behavioral Challenges, Biomedical and Psychosocial Assessment and Treatment*. Kingston. NY: NADD Press.

Gardner, W. I., Dosen, A., Griffiths, D. M., King, R. & Lapointe, A. (2006), *Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems*. NY: NADD Press.

Griffiths, D. M., Gardner, W. I. & Nugent, J. A. (1999), *Behavioral Supports: Individual Centered Interventions, a Multimodal Functional Approach*. Kingston. NY: NADD Press.

Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (2005), *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice*. Oxford: Elsevier.

Lapointe, A., Soulières, A., Gagné, M. et Longtin, V. (2009), *Plan de transition en TGC du SQETGC*. Montréal : FQCRDITED | SQETGC.

Lapointe, A. (à paraître), *Manuel d'utilisation du Plan de transition en TGC du SQETGC*. Montréal : FQCRDITED | SQETGC.

Morin, I., Sabourin, G. et Labbé, L. (2012 à paraître), *Inventaire des causes probables d'un TGC pour les personnes ayant une DI légère à modérée*. Montréal. FQCRDITED | SQETGC.

O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K. & Newton, J. S. (1997), *Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior, a Practical Handbook*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Pfadt, A. & Wheeler, D. J. (2006), "Applying a Continual Quality Improvement Model to Make Data-Based Clinical Decisions", *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, vol. 9, n° 2.

Sabourin, G. et Lapointe, A. (Avril 2007, Montréal), *Influences et interactions entre la recherche et les standards de pratique en TGC*. Présentation Colloque FQCRDITED.

Sabourin, G. (2007), *L'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques-II (EGCP-II)*. Montréal : SQETGC.

Sabourin, G. (2010), *Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement, version expérimentale (ECI-TC-Ex.)*. Montréal : FQCRDITED | SQETGC.

Tassé, M. J., Girouard, N. et Morin, I. N. (1999), *Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger*. Traduction française du "Nisonger Child Behavior Rating Form", Aman, M. G., Tassé, M. J., Rojahn, J. & Hammer, D., Nisonger Center, 1996.

Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et L. Lecavalier (2010), *Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle*. Canadian Journal of Behavioural Science, vol. 42, n° 1, 2010, p. 62-69.

ANNEXE I

SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC

- **Compte rendu de rencontre - aspects cliniques**
- **Compte rendu de rencontre - aspects organisationnels**

SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC

Compte rendu de rencontre - aspects cliniques¹

Nom de l'utilisateur		Date de la rencontre	
Nom du service			
Participants			

1. Retour sur les recommandations de la dernière rencontre

A. Recommandations cliniques

- Reprendre chaque hypothèse retenue à la dernière rencontre pour validation.
- À partir des résultats des observations, des évaluations, des actions ou des interventions (analyse des graphiques, rapports, etc.), décider si chaque hypothèse est confirmée ou infirmée.
- Indiquer si des ajustements seront nécessaires au PA-TGC et dans quelle section : aménagements préventifs (AP), prévention active (PA) ou adaptation et traitement (A/T).

1. Contrairement au « Compte rendu de rencontre - aspects organisationnels », ce compte-rendu sur les aspects cliniques peut être déposé au dossier de l'utilisateur.

Hypothèses et résultats		Ajustement du PA-TGC : → AP → PA → A/T	
Confirmée ou infirmée			
1.			
2.			
3.			

Inscrire dans la section « 3. Nouvelles recommandations cliniques pour la prochaine quinzaine » les ajustements à apporter au PA-TGC, le responsable et l'échéancier.

B. Recommandations organisationnelles

Le gestionnaire donne succinctement l'état des démarches et les résultats obtenus par rapport aux recommandations organisationnelles retenues au cours de la ou des dernières rencontres. Des notes à ce sujet doivent être remises/prises.

2. Nouvelles informations concernant le ou les épisodes de TGC

Informations pertinentes concernant l'usager depuis la dernière rencontre

(problème de santé, décès d'un proche, intégration communautaire, événement spécial dans son milieu de vie, etc.)

Épisodes de TGC

Préciser le comportement et indiquer le nombre d'épisodes depuis la dernière rencontre.

À partir des données de la *grille Sommaire* et des données d'analyse A-B-C de la dernière période et des graphiques cumulatifs, identifier les causes connues ou poser une hypothèse sur les causes possibles.

1.	
2.	
3.	

Dans le formulaire « Plan d'action en TGC (PA-TGC) », modifier, en fonction des échanges, les sections :

- Grille d'analyse multimodale contextuelle, c'est-à-dire ajouter ou rayer un facteur contextuel interne-externe, de traitement de l'information ou touchant les conditions de renforcement.
- Hypothèses globales, c'est-à-dire inscrire l'hypothèse vérifiée, les résultats obtenus (confirmée ou infirmée) et la date. Inscrire dans la section « 3. Nouvelles recommandations cliniques pour la prochaine quinzaine », les nouvelles hypothèses à valider, le responsable et l'échéancier.

Le gestionnaire inscrit sur sa feuille de suivi les recommandations organisationnelles retenues.

3. Nouvelles recommandations cliniques pour la prochaine quinzaine

Inscrire les nouvelles hypothèses à valider, les interventions à mettre en place, les ajustements à apporter au PA-TGC (aménagement préventif, prévention active, adaptation et traitement), le responsable de sa réalisation et l'échéancier.

Tâche	Responsable	Échéancier
1.		

Tâche	Responsable	Échéancier
2.		

Tâche	Responsable	Échéancier
3.		

Tâche	Responsable	Échéancier
4.		

SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC

Compte rendu de rencontre - aspects organisationnels¹

Nom de l'utilisateur	Date de la rencontre
Nom du service	

A. Recommandations organisationnelles

Le gestionnaire inscrit sur cette feuille les tâches qui ont été déterminées au cours des rencontres de suivi des interventions (démarche administrative à faire, processus ou procédures à définir ou à modifier, programmation à modifier, formation à planifier, soutien particulier à apporter à un employé, etc.), le responsable et l'échéancier.

Inscrire les résultats obtenus.

1.	Tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
2.	Tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
3.	Tâche	Responsable	Échéancier	Résultats

1. Cette grille est à l'usage réservé du gestionnaire et des professionnels; contrairement au « Compte rendu de rencontre - aspects cliniques », elle ne doit pas être déposée au dossier de l'utilisateur.

Tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
4.			
Tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
5.			
Nouvelle tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
6.			
Nouvelle tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
7.			
Nouvelle tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
8.			
Nouvelle tâche	Responsable	Échéancier	Résultats
9.			

B. Recommandations pour le comité de pilotage²

Inscrire les problématiques ou les recommandations qui dépassent le cadre du service où est desservi l'utilisateur ou les pouvoirs habituellement dévolus au gestionnaire et aux professionnels impliqués. Elles peuvent toucher l'ajout de ressources, l'élaboration ou la modification de processus, de politiques ou de procédures organisationnelles, l'organisation du travail, le réseautage avec d'autres établissements, etc. Ces recommandations, en lien avec l'organisation des services pour les personnes présentant des TGC, sont acheminées au comité de pilotage.

Préciser le nom de la personne responsable d'acheminer la recommandation et l'échéancier.

Inscrire les résultats obtenus.

Problématique ou recommandation à soumettre	Responsable	Échéancier	Résultats
1.			

Problématique ou recommandation à soumettre	Responsable	Échéancier	Résultats
2.			

Problématique ou recommandation à soumettre	Responsable	Échéancier	Résultats
3.			

Problématique ou recommandation à soumettre	Responsable	Échéancier	Résultats
4.			

2. Ce comité regroupe habituellement le directeur des services aux usagers, le directeur des services professionnels et le directeur des ressources humaines ou leurs représentants.

ANNEXE II

CAUSES ORGANISATIONNELLES POSSIBLES DES PROBLÈMES RELEVÉS LORS DU SUIVI DES INTERVENTIONS

- **Grille à l'usage du gestionnaire et
du professionnel de l'équipe de base**

Causes organisationnelles possibles des problèmes relevés lors du suivi des interventions

❶ L'INFORMATION EST-ELLE FIABLE?¹

Si elle ne l'est pas, voici des causes possibles :

- Les intervenants ne sont pas formés à l'observation.
- Les intervenants formés ne maîtrisent pas la méthode d'observation.
- Les intervenants ne reçoivent pas de rétroaction de leur supérieur par rapport à leurs observations.
- La motivation des intervenants pour intervenir est faible.
- L'attitude des intervenants envers leur travail est négative.
- L'attitude des intervenants envers l'utilisateur est négative.

❷ LES INTERVENTIONS SONT-ELLES APPLIQUÉES CONFORMÉMENT AU PA-TGC?¹

Si elles ne le sont pas, voici des causes possibles :

- Les intervenants ne sont pas formés pour cette intervention.
- Les intervenants ne comprennent pas chaque partie de l'intervention.
- Les intervenants ne comprennent pas les techniques ou les principes de l'intervention.
- Les intervenants ne maîtrisent pas l'intervention.
- Les intervenants ne sont pas formés pour l'intervention sécuritaire et les mesures de protection.
- Les rôles de chaque membre de l'équipe d'intervenants, des professionnels et de gestion ne sont pas clairs.
- Les intervenants ne reçoivent pas suffisamment de supervision ou de rétroaction en vue de corriger les lacunes et les erreurs.
- Les demandes visant les intervenants ne sont pas coordonnées et réalistes.
- Les ressources sont insuffisantes.
- Le taux d'absentéisme est élevé.
- Les intervenants ne sont pas suffisamment appréciés pour leurs efforts d'intervention.
- Les intervenants ne reçoivent pas une rétroaction suffisante quant aux progrès accomplis.
- Les intervenants ne reçoivent pas un soutien suffisant de l'équipe professionnelle ou de l'équipe de gestion.
- Certains intervenants souffrent d'anxiété, d'épuisement au travail, de traumatismes psychologiques, de découragement ou ont des peurs liées à l'utilisateur.

1. Ces listes ne sont pas exhaustives.

ANNEXE III

LISTES DE VÉRIFICATION

- Tâches pour l'intervenant pivot
- Tâches pour le professionnel
- Tâches pour le gestionnaire
- Tâches pour l'animateur
- Tâches pour le secrétaire

Autoévaluation de l'implantation du suivi des interventions en TGC

Tâches pour l'intervenant pivot

■ Tâches préalables au suivi des interventions

Ces tâches devraient être supervisées par le professionnel de l'équipe de base.

<input type="checkbox"/> Remplir l'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques-II (EGCP-II)	
<input type="checkbox"/> Remplir l'Échelle d'évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement (ECI-TC-Ex.)	
Extraire du dossier de l'utilisateur et des entrevues les éléments essentiels à la compréhension du TGC	
<input type="checkbox"/> Histoire médicale	<input type="checkbox"/> Services reçus
<input type="checkbox"/> Histoire sociale	<input type="checkbox"/> Historique du placement
<input type="checkbox"/> Historique du trouble du comportement (TC)	<input type="checkbox"/> Historique du trouble grave du comportement (TGC)
<input type="checkbox"/> Description des mesures de contrôle	<input type="checkbox"/> Évaluation des mesures de contrôle
<input type="checkbox"/> Description des routines de vie	<input type="checkbox"/> Raisons du placement actuel
Description des évaluations pertinentes et des principales recommandations :	
<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie	
<input type="checkbox"/> Autres (les nommer) : _____	

<input type="checkbox"/> Remplir l'outil <i>Inventaire des causes probables d'un TGC</i> (ICP)	
<input type="checkbox"/> Compiler et analyser les <i>fiches ABC</i> du SQETGC	
<input type="checkbox"/> Élaborer le plan d'intervention initial comprenant :	
⇒ les aménagements préventifs	
⇒ la prévention active	
<input type="checkbox"/> S'assurer que les membres de l'équipe complètent les grilles d'observation et remplissent les <i>fiches ABC</i> du SQETGC	
<input type="checkbox"/> Apporter aux rencontres de suivi les données d'observation et l'analyse initiale des <i>fiches ABC</i> du SQETGC remplies	
<input type="checkbox"/> Ajuster le PA-TGC selon les recommandations	
<input type="checkbox"/> Modifier la programmation	
<input type="checkbox"/> Transmettre les décisions prises à ses collègues, à la famille et aux partenaires	
<input type="checkbox"/> Rédiger un PTr-TGC, au besoin	

Tâches pour le professionnel

■ Tâches préalables au suivi des interventions

<input type="checkbox"/> Analyser les résultats de l'EGCP-II et rédiger un rapport d'évaluation
<input type="checkbox"/> Analyser les résultats de l'ECI-TC-Ex. et rédiger un rapport d'évaluation
<input type="checkbox"/> Analyser les résultats et remplir (au besoin) le rapport d'évaluation correspondant : _____
<input type="checkbox"/> Autres évaluations (les nommer) : _____ _____ _____

■ Tâches au cours de la rencontre de suivi des interventions

Présenter à l'équipe au cours de la première rencontre de suivi des résultats d'évaluation et les recommandations	
<input type="checkbox"/> EGCP-II	<input type="checkbox"/> ECI-TC-Ex.
<input type="checkbox"/> Évaluation intellectuelle	<input type="checkbox"/> Évaluation en ergothérapie
<input type="checkbox"/> Évaluation en orthophonie	<input type="checkbox"/> Toute autre évaluation (les nommer) _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Fournir l'expertise dans la formulation des hypothèses (facteurs contextuels, traitement de l'information et conditions de renforcement)	
<input type="checkbox"/> Suggérer les moyens à prendre (observation, interventions) pour confirmer ou infirmer les hypothèses	
<input type="checkbox"/> Suggérer des interventions en lien avec les hypothèses confirmées	
<input type="checkbox"/> Repérer les indices d'un manque de fiabilité dans les données	
<input type="checkbox"/> Repérer les indices d'une application non conforme du PA-TGC	
<input type="checkbox"/> Repérer tout autre indice qui contribue à maintenir le TGC	
<input type="checkbox"/> Suggérer des mesures de soutien (formation, ressources additionnelles, aménagements physiques, etc.)	
<input type="checkbox"/> Déterminer les besoins de réseautage	

Tâches pour le gestionnaire

■ Tâches préalables à la rencontre de suivi des interventions

Présenter à l'équipe d'intervenants :

- Les étapes de l'implantation du suivi en TGC
- Les tâches reliées à l'implantation du suivi en TGC
- Les responsabilités reliées à l'implantation du suivi en TGC

Nommer l'éducateur responsable de l'utilisateur

S'assurer que les tâches préalables de l'éducateur responsable de l'utilisateur soient complétées avant le début du suivi

■ Tâches lors de la rencontre de suivi des interventions

S'assurer que les recommandations du suivi des interventions circulent parmi les personnes concernées

S'assurer que le PA-TGC est appliqué et qu'il tient compte des recommandations émises lors du suivi des interventions

Faire les liens nécessaires avec les autres services

Voir à la mise en place des mesures de soutien nécessaires (formations, ressources additionnelles, aménagements physiques)

Voir à l'application des actions pour corriger un manque de fiabilité des données recueillies ou d'un manque de conformité dans l'application du PA-TGC

Conclure des ententes avec des partenaires ou voir à ce qu'elles soient conclues

Soumettre au comité de pilotage ou au comité de direction les recommandations ou problématiques qui dépassent ses fonctions

S'assurer d'un suivi trimestriel de surveillance lorsque le TGC est stabilisé

S'assurer de l'élaboration d'un PTR-TGC pour l'utilisateur (au besoin)

S'assurer du transfert d'expertise lors du changement de milieu de vie

Tâches pour l'animateur

■ Tâches au cours de la rencontre de suivi des interventions

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> S'assurer que les points essentiels ont été vus dans le temps prévu |
| <input type="checkbox"/> Repérer les sources de pertes de temps et rediriger les débats aux instances concernées |
| <input type="checkbox"/> S'assurer que les tâches sont claires et spécifiques et qu'un responsable et un échéancier soient précisés |

Tâches pour le secrétaire

■ Tâches au cours de la rencontre de suivi des interventions

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Consigner les recommandations |
| <input type="checkbox"/> Distribuer les recommandations |

ANNEXE IV

AUTOÉVALUATION QUALITATIVE DES CHANGEMENTS DE PRATIQUES EN LIEN AVEC LE SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC

- Pour l'intervenant pivot
- Pour le professionnel
- Pour le gestionnaire

Autoévaluation qualitative des changements de pratiques en lien avec le suivi des interventions

Grille pour l'intervenant pivot

But : vérifier l'intégration des connaissances et identifier le niveau de satisfaction et des pistes d'amélioration.

Questions 1 à 29 : veuillez inscrire pour chacun des items le numéro (de 1 à 4) correspondant à votre niveau d'accord. À la suite de cette évaluation, veuillez informer les personnes responsables des pistes de solutions personnelles et organisationnelles.

Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

Maîtrise des connaissances :

1.	Je maîtrise l'utilisation de la <i>grille Sommaire</i> .	
2.	Je maîtrise l'utilisation de la grille multimodale.	
3.	Je maîtrise l'utilisation des hypothèses causales.	
4.	Je maîtrise l'utilisation du PA-TGC comprenant les aménagements préventifs, la prévention active, l'adaptation et le traitement.	
5.	Je maîtrise les comptes rendus de rencontres de suivi des interventions.	
6.	Je maîtrise les techniques d'observation.	
7.	Je maîtrise l'entrée des données d'observation du SQETGC à l'ordinateur (<i>grille Sommaire</i> ou <i>Compilateur de graphiques de dispersion</i> ¹).	
8.	Je maîtrise les techniques d'apprentissage.	

Sous-total : _____

Depuis ma participation au « Suivi des interventions » :

9.	Les observations sont plus systématiques.	
10.	L'application du PA-TGC est plus rigoureuse.	
11.	L'évaluation des résultats est plus systématique.	
12.	Les décisions cliniques (hypothèses retenues ou rejetées, modifications au PA-TGC) reposent davantage sur l'analyse objective des données.	
13.	Le PA-TGC (et la programmation) est ajusté plus rapidement en fonction des résultats.	
14.	Les rôles de chacun (intervenant pivot, autres intervenants, professionnels, gestionnaire, famille, ressource contractuelle) sont plus clairs.	

1. *Compilateur de graphiques de dispersion*, FQCRDITED | SQETGC (2010).

15.	Les tâches et les démarches à réaliser sont plus claires pour tous et suivies de façon plus systématique, ce qui accroît l'efficacité.	
16.	L'information concernant l'utilisateur et son PA-TGC circule mieux entre tous les acteurs concernés.	
17.	Le suivi des interventions aide à établir les causes probables des TGC.	
18.	Des hypothèses causales sont notées au dossier de façon plus systématique.	
19.	Le suivi des interventions aide à développer toutes les composantes du PA-TGC (l'aménagement préventif, prévention active, adaptation et traitement).	

Sous-total : _____

Au plan clinico-administratif :

20.	Je dispose du temps nécessaire pour planifier l'observation et analyser les résultats.	
21.	Je dispose du temps nécessaire pour élaborer et ajuster le PA-TGC (et la programmation).	
22.	Je dispose du temps nécessaire pour intervenir et pour accompagner en tant que <i>coach</i> la famille, les collègues ou les partenaires, au besoin.	
23.	Je dispose du temps nécessaire pour participer au suivi des interventions.	
24.	Je dispose du temps nécessaire pour tenir le dossier à jour.	
25.	J'ai le soutien clinique nécessaire pour planifier l'observation.	
26.	J'ai le soutien clinique nécessaire pour analyser les données.	
27.	J'ai le soutien clinique nécessaire pour élaborer et ajuster le PA-TGC (et la programmation).	
28.	J'ai le soutien clinique nécessaire pour intervenir de façon efficace.	
29.	J'ai le soutien administratif nécessaire (souplesse dans l'horaire, rétroaction sur mon travail, organisation du milieu de travail, ajustements des processus ou des procédés organisationnels, etc.).	

Sous-total : _____

Maîtrise des connaissances : _____ /32

L'implantation du « Suivi des interventions » : _____ /44

Au plan clinico-administratif : _____ /40

Total : _____ /116 _____ %

Autoévaluation qualitative des changements de pratiques en lien avec le suivi des interventions

Grille pour le professionnel

But : vérifier l'intégration des connaissances et identifier le niveau de satisfaction et des pistes d'amélioration.

Questions 1 à 28 : veuillez inscrire pour chacun des items le numéro (de 1 à 4) correspondant à votre niveau d'accord. À la suite de cette évaluation, veuillez informer les personnes responsables des pistes de solutions personnelles et organisationnelles.

Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

Maîtrise des connaissances :

1.	Je maîtrise l'utilisation de la <i>grille Sommaire</i> .	
2.	Je maîtrise l'utilisation de la grille multimodale.	
3.	Je maîtrise l'utilisation des hypothèses causales.	
4.	Je maîtrise l'utilisation du PA-TGC comprenant les aménagements préventifs, la prévention active, l'adaptation et le traitement.	
5.	Je maîtrise les comptes rendus de rencontres de suivi des interventions.	
6.	Je maîtrise les techniques d'observation.	
7.	Je maîtrise l'entrée des données d'observation du SQETGC à l'ordinateur (ex. : <i>Compilateur de graphiques de dispersion</i> ¹ , <i>grille Sommaire</i> et SOMNET).	
8.	Je maîtrise l'analyse des données (repérage des exceptions, etc.).	
9.	Je maîtrise les techniques d'apprentissage.	

Sous-total : _____

Depuis l'implantation du « Suivi des interventions » :

10.	Les observations sont plus systématiques.	
11.	L'application du PA-TGC est plus rigoureuse.	
12.	L'évaluation des résultats est plus systématique.	
13.	Les décisions cliniques (hypothèses retenues ou rejetées, modifications au PA-TGC) reposent davantage sur l'analyse objective des données.	
14.	Le PA-TGC (et la programmation) est ajusté plus rapidement en fonction des résultats.	
15.	Les rôles de chacun (intervenant pivot, autres intervenants, professionnels, gestionnaire, famille, ressource contractuelle) sont plus clairs.	

1. *Compilateur de graphiques de dispersion*, FQCRDITED | SQETGC (2010).

16.	Les tâches et les démarches à réaliser sont plus claires pour tous et suivies de façon plus systématique, ce qui accroît l'efficacité du suivi.	
17.	L'information concernant l'utilisateur et son PA-TGC circule mieux entre tous les acteurs concernés.	
18.	Le suivi des interventions aide à établir les causes probables des TGC.	
19.	Des hypothèses causales sont notées au dossier de façon plus systématique.	
20.	Le suivi des interventions aide à développer toutes les composantes du PA-TGC (l'aménagement préventif, prévention active, adaptation et traitement).	

Sous-total : _____

Au plan clinico-administratif :

21.	Je dispose du temps nécessaire pour soutenir, au besoin, la planification de l'observation et en analyser les résultats.	
22.	Je dispose du temps nécessaire pour soutenir, au besoin, l'élaboration ou l'ajustement du PA-TGC.	
23.	Je dispose du temps nécessaire pour accompagner, au besoin, en tant que <i>coach</i> , les intervenants.	
24.	Je dispose du temps nécessaire pour participer au suivi des interventions.	
25.	Je dispose du temps nécessaire pour fournir un rapport, une évaluation ou accompagner l'utilisateur lors de rendez-vous avec d'autres professionnels.	
26.	J'ai le soutien clinique nécessaire pour analyser les causes.	
27.	J'ai le soutien clinique nécessaire pour proposer les interventions appropriées.	
28.	J'ai le soutien administratif nécessaire (souplesse dans l'horaire, rétroaction sur mon travail, organisation du milieu de travail, ajustements des processus ou procédés organisationnels...).	

Sous-total : _____

Maîtrise des connaissances : _____ /36

L'implantation du « Suivi des interventions » : _____ /44

Au plan clinico-administratif : _____ /32

Total : _____ /112 _____ %

Autoévaluation qualitative des changements de pratiques en lien avec le suivi des interventions

Grille pour le gestionnaire

But : vérifier l'intégration des connaissances et les facteurs organisationnels pour l'implantation du suivi.

Questions 1 à 9 : veuillez inscrire pour chacun des items le numéro (de 1 à 4) correspondant à votre niveau d'accord.

Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

Au plan clinique :

1.	Je maîtrise le déroulement des rencontres de suivi des interventions.	
2.	Je comprends le processus d'analyse et d'intervention multimodales et l'ensemble des tâches qui en découlent.	

Sous-total : _____

Depuis l'implantation du suivi des interventions dans mon service :

3.	Les rôles de chacun (intervenant pivot, autres intervenants, professionnels, gestionnaire, famille, ressource contractuelle) sont plus clairs.	
4.	Les tâches et les démarches à réaliser sont plus claires pour tous et suivies de façon plus systématique, ce qui accroît l'efficacité du suivi.	
5.	Le dossier de l'utilisateur contient une grille multimodale sur les causes probables.	
6.	Le dossier de l'utilisateur contient un PA-TGC (aménagements préventifs, prévention active, adaptation et traitement).	

Sous-total : _____

Au plan clinico-administratif :

7.	Je dispose du temps nécessaire pour soutenir et superviser les intervenants impliqués dans ces dossiers.	
8.	J'ai le soutien clinique nécessaire dans ces dossiers.	
9.	J'ai le soutien administratif nécessaire dans ces dossiers.	

Sous-total : _____

Au plan clinique : _____ /8

L'implantation du « Suivi des interventions » : _____ /16

Au plan clinico-administratif : _____ /12

Total : _____ /36 _____ %

ANNEXE V

AUTOÉVALUATION DES CHANGEMENTS DE PRATIQUES DANS UN SERVICE EN LIEN AVEC LE SUIVI DES INTERVENTIONS EN TGC

- Pour le gestionnaire de service

Autoévaluation des changements de pratiques dans un service en lien avec le suivi des interventions en TGC

Grille pour le gestionnaire de service

Pour votre service, indiquez la proportion de dossiers d'usagers présentant des TGC dans lesquels les recommandations suivantes sont appliquées.

10 % et moins	11 % à 25 %	26 % à 50 %	51 % à 75 %	76 % à 90 %	91 % et plus
1	2	3	4	5	6

1.	Les étapes du suivi des interventions, les tâches et responsabilités liées au suivi ont été présentées à l'éducateur ou au psychoéducateur et, le cas échéant, à l'équipe d'intervenants.	
2.	Les TGC sont décrits de façon observable.	
3.	Les TGC sont décrits de façon mesurable.	
4.	La passation et l'analyse des résultats à l'EGCP-II et à l'ECI-TC-Ex. ont été réalisées avant le début des rencontres de suivi des interventions.	
5.	Un résumé du dossier en lien avec le TGC a été réalisé avant le début des rencontres de suivi des interventions.	
6.	Une analyse multimodale de un à trois TGC ciblés a été réalisée avant le début des rencontres de suivi des interventions.	
7.	L'élaboration d'un PA-TGC initial a été réalisée avant le début des rencontres de suivi des interventions.	
8.	Des données d'observation objectives et quantitatives sont recueillies sur le TGC et sur l'effet des traitements sur les causes du TGC.	
9.	Des données d'observation objectives et quantitatives sont recueillies sur une base quotidienne à compter du début de l'intervention, et ce, jusqu'à l'atteinte des objectifs d'adaptation et de traitement.	
10.	La fiabilité des données et l'application conforme du PA-TGC sont vérifiées.	
11.	Les données sont analysées et utilisées dans la prise de décision clinique pour valider ou invalider des hypothèses causales.	
12.	Les professionnels fournissent leur expertise dans l'identification des causes et suggèrent des interventions en lien avec les hypothèses retenues.	
13.	Quand le processus de suivi révèle un problème dans la conformité de l'application du PA-TGC, des actions correctrices sont prises dans un délai de deux semaines maximum.	

14.	Quand le processus de suivi révèle un problème dans la conformité de l'application du PA-TGC, des actions correctrices font l'objet d'un suivi systématique.	
15.	Après chaque épisode de crise, les facteurs contextuels ayant contribué à la crise sont identifiés.	
16.	Les discussions nécessaires sont réalisées avec les partenaires pour assurer un minimum de consensus sur les hypothèses explicatives du TGC et pour le PA-TGC qui en découle.	
17.	Le PA-TGC est ajusté régulièrement en fonction des données objectives recueillies et de l'ensemble des informations disponibles.	
18.	Les ententes nécessaires avec les partenaires ont été conclues pour l'évaluation des usagers (exemples : type d'observation et partage de tâches).	
19.	Les ententes nécessaires avec les partenaires ont été conclues pour le suivi des interventions (exemples : participation aux rencontres de suivi et observation).	
20.	Des mécanismes efficaces de transmission des recommandations émises lors du suivi des interventions sont en place par rapport aux autres intervenants du CRDITED.	
21.	Des mécanismes efficaces de transmission des recommandations émises lors du suivi des interventions sont en place par rapport à la famille et aux proches.	
22.	Des mécanismes efficaces de transmission des recommandations émises lors du suivi des interventions sont en place par rapport aux autres partenaires.	
23.	Les mesures de soutien à la famille et aux proches sont ajustées en fonction des recommandations émises lors du suivi des interventions.	
24.	Le soutien aux intervenants est ajusté aux besoins (formation, ressources additionnelles, soutien psychologique suite à un incident violent).	
25.	Le déroulement des rencontres respecte le temps alloué.	
26.	Les rencontres sont centrées sur les priorités.	
27.	Les rencontres aboutissent sur des recommandations claires identifiant responsables et échéancier.	
28.	Un suivi de surveillance (au besoin ou aux trois mois) a été mis en place quand les interventions d'adaptation et de traitement ont été complétées avec succès et que le TGC n'était plus présent ou seulement au niveau des signes précurseurs lointains ¹ .	
29.	Un PTr-TGC a été complété quand il y a eu changement de milieu de vie ¹ .	
30.	Un transfert d'expertise a eu lieu quand il y a eu changement de milieu de vie ¹ .	
31.	Un comité de pilotage est en place. (Oui = 6 Non = 0)	

Total : _____ /186 _____ %

1. S'il n'y a pas eu changement dans la modalité de suivi ou dans le milieu de vie, mettre les résultats sur 168 au lieu de 186.

LEXIQUE

Pour une meilleure compréhension des termes cliniques et techniques utilisés dans les publications du SQETGC, un lexique comprenant des définitions précises et à jour peut être consulté sur le site Internet du SQETGC (www.fqcrdited.org/sqetgc).

De plus, afin de proposer un outil complet et performant, le SQETGC procède périodiquement à l'actualisation de ce lexique en y ajoutant des nouveaux termes et en effectuant, au besoin, la mise à jour des définitions préexistantes.



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