

Le GAIN: plus qu'une évaluation, une nouvelle pratique clinique

Présentation au Congrès sur les
dépendances

Rond - Point 2010

Le 13 mai 2010

Melissa McDonald, M.Sc
Marcelin Cloutier, B.A., D.E.S.S.

Plan de la présentation

1. GAIN batterie d'instrument d'évaluation selon les dimensions le l'ASAM
2. L'implantation du GAIN au Pavillon Foster
3. Défis d'implantation et changements de pratiques
4. Rôle de l'instrument dans l'amélioration des services

Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)

Chestnut Health Systems

www.chestnut.org

Qu'est-ce que le « GAIN » ?

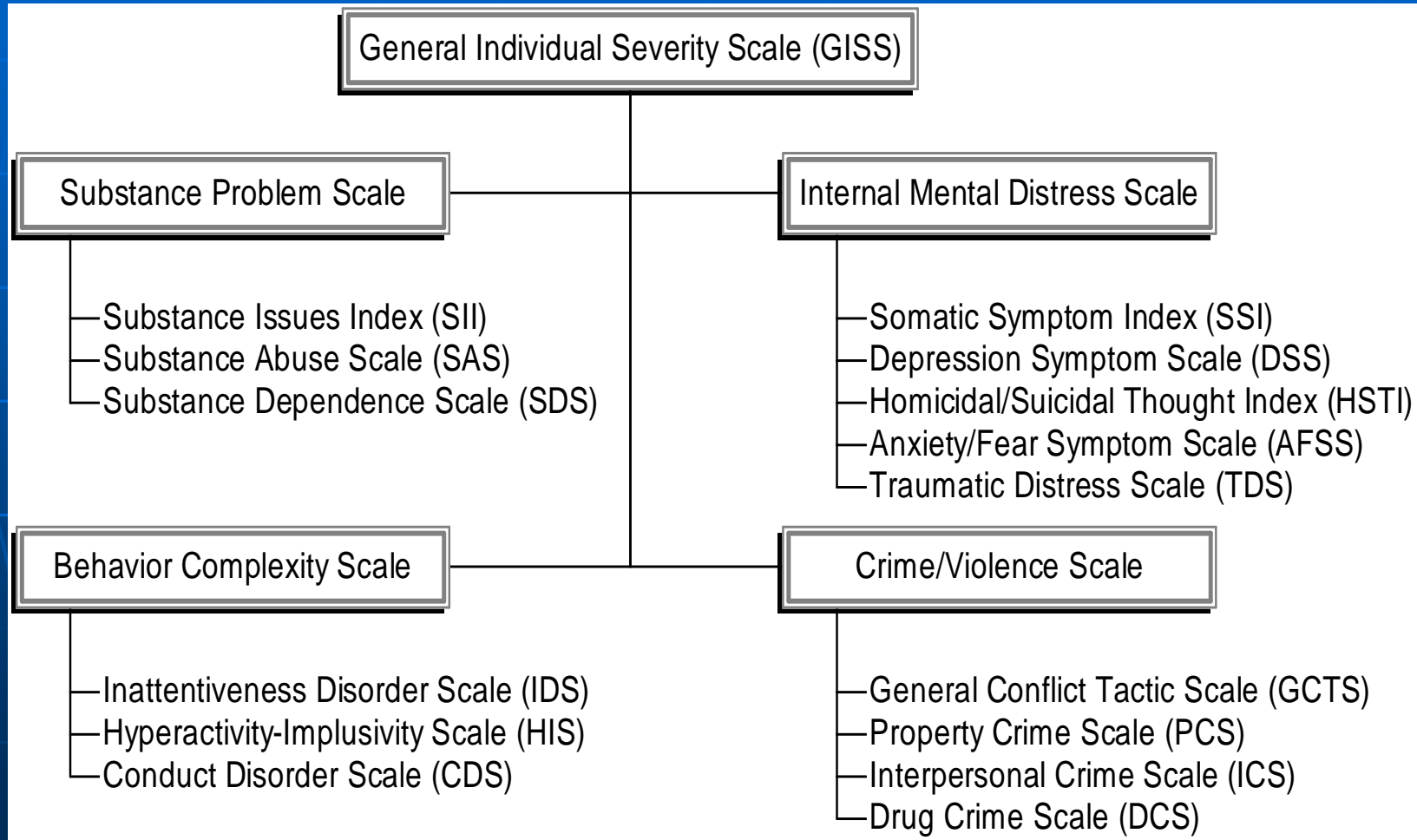
- Une famille d'instruments d'évaluation développée grâce à une collaboration de 14 ans entre des chercheurs, cliniciens, législateurs et spécialistes en informatique
- Un continuum d'instruments d'évaluation et de logiciels conçu pour soutenir les pratiques cliniques:
 - ✓ Détection et dépistage
 - ✓ Interventions brèves
 - ✓ Références
 - ✓ Évaluation biopsychosociale complète et normalisée
 - ❖ Impressions diagnostiques
 - ❖ Orientation vers un niveau de service et planification du traitement

Caractéristiques principales et structure de l'outil

Contient 103 échelles dont la fiabilité, la cohérence interne et la validité ont été établies en fonction des catégories suivantes:

- ❖ Antécédents
- ❖ Toxicomanie
- ❖ Santé physique
- ❖ Comportements à risques et facteurs de protection
- ❖ Santé mentale
- ❖ Situation de vie
- ❖ Situation légale
- ❖ Situation professionnelle

Caractéristiques principales



Caractéristiques principale (suite)

- Famille d'instruments intégrée conçue pour :
 - La détection (GAIN SS)
 - L'évaluation sommaire (GAIN Q)
 - L'évaluation complète (GAIN I)
 - Le suivi (GAIN M90)
- Évaluation des comportements liés aux substances psychoactives (abus, dépendance)
- Détection des comportements à risques liés aux jeux de hasard et d'argent

Caractéristiques principales (suite)

- Évaluation des troubles concomitants
- Conçue dans une perspective de hiérarchisation des services (Besoins et recommandations d'intensité de services basés sur les critères de l'ASAM)
- L'administration, la cotation et la production des rapports sont informatisées
- Accès immédiat aux résultats et aux rapports
- Les normes des échelles ont été établies pour les adolescents et les adultes

Versions du GAIN (1)

- **GAIN-SS (5-10 minutes)**
 - détection, version très brève: une page

- **GAIN-Quick (20-30 minutes)**
 - Évaluation sommaire en soutien à l'intervention brève, pour la référence vers une évaluation ou une intervention plus poussée ou pour soutenir une orientation vers un niveau de service.

- **GAIN-I (évaluation complète) (2,5 heures)**
 - Évaluation complète multidimensionnelle
 - Spécificité
 - Gravité de la toxicomanie
 - Identification de problèmes divers et leurs interrelations
 - Impressions diagnostiques basées sur le DSM-IV
 - Liée aux critères de placement de l'ASAM
 - Langage commun aux autres professionnels de la santé

Versions du GAIN (2)

- **GAIN-M90 et QM-90**

Évaluations dans un contexte de suivi

- **GAIN-Collateral**

Évaluation de l'entourage

- **NB: Versions spécifiques « faites sur mesure »**

- Ajout de 50 questions au besoin

Principaux rapports disponibles à partir du logiciel ABS

- Personal Feedback Reports (PFR): Rapport synthèse des réponses du client remis à ce dernier dans le cadre d'une intervention motivationnelle
- GAIN Referral and Recommendation Summary GAIN-Q (Q-RRS) et GAIN-I (G-RRS): Texte en format MS Word conçu pour être révisé par l'intervenant et partagé avec les partenaires
- Individual Clinical Profile (ICP): Rapport en format MS Access qui produit des résultats détaillés de chacune des échelles
- Validity Reports: Rapport détaillant les erreurs de concordance dans les choix de réponses afin de permettre au thérapeute de clarifier et corriger l'information avec le client

Personalized Feedback Report (PFR)

Therapist 1014

Client 99119

Personalized Feedback Report (PFR)

This report summarizes some of the information that you gave us in your interview on 07/16/2002.

We want to give you an opportunity to review what you've told us and make any changes or additions. As you and I work together in reviewing and discussing this specific personal information, we can help you develop a program and strategies for dealing with alcohol or drugs that fit your individual needs.

Extent of Use

You reported that your favorite substance to use was MARIJUANA and that you needed treatment for MARIJUANA. You told us you first used alcohol or drugs at age 13. You told us that in the past year, you had used 1) alcohol, 2) marijuana, and 3) NITROUS OXIDE. You have been in substance treatment 1 time(s) before.

You reported that in the past 90 days you used the following substance(s):

- alcohol on 15 day(s), with the heaviest drinking episode being about as much as 15 drink(s) over a 5 hour period. This means that 9% of adolescents your age used this much or more.
- marijuana on 27 day(s), with the heaviest use being about as much as 7 joint(s) over a 8 hour period. This means that 6% of adolescents your age used this much or more.

You reported that in the past week you had not tried to quit using alcohol or drugs.

Problems

You indicated that your use of alcohol or drugs had caused you the following kinds of problems:

- You continued to use even though you knew it was keeping you from meeting responsibilities at home, school or work.
- Using caused you to have repeated problems with the law.
- You kept using even though you knew it could get you into fights (or other kinds of legal trouble).
- You had to use more to get the same high (or found the same amount did not get you as high as it used to).
- You had withdrawal problems (or used to stop being sick or avoid withdrawal problems).
- You used in larger amounts, more often or for a longer time than you meant to.
- You have been unable to cut down or stop using.
- You spent a lot of time getting or using alcohol or drugs (or feeling the effects of alcohol or drugs—high, sick).
- Using caused you to give up, reduce, or have problems at important activities at home, school, work, or social events.

As you reflect on the consequences of alcohol or drug use on your life, what would you add?

Reasons for Quitting

You said your main reason(s) for quitting was/were TO STAY OUT OF JAIL. We showed you a list of personal reasons for quitting alcohol or drugs, and you said that you wanted to quit:

- So that I will be able to think more clearly.
- Because my memory will improve.
- So that I can get more things done during the day.
- So that I will have more energy.
- Because I am concerned that using alcohol or drugs will shorten my life.
- So my hair and clothes won't smell.
- To feel in control of my life.
- So I won't burn holes in clothes or furniture.
- To prove to myself I'm not addicted.
- So that I won't have to leave social functions or other people's houses to use.
- Because I know others with health problems caused by alcohol or drugs.
- To show myself that I can quit if I really want to.
- Because I will save money by quitting.
- Because people I am close to will be upset with me if I don't.
- So that my parents, girlfriend, boyfriend, or another person I am close to will stop nagging me.
- Because someone has told me to quit or else.
- Because there is an alcohol or drug testing policy in detention, probation, parole, or school.
- Because of legal problems related to my use.

You listed these because they have personal significance for you. Do you have any other important reasons for quitting that you would like to add?

You also told us about several other problems that might be caused or made worse by your alcohol or drug use. These include:

- The emotional problems you reported.
- Having problems paying attention or controlling your behavior.
- The family problems you reported.
- Arguments and problems you had with your temper.

GAIN-I-RRS (1)

GAIN-I Recommendation and Referral Summary (G-RRS)

Presenting Concerns and Identifying Information

Jane Doe is a 41-year-old, Caucasian/White female who is legally separated and who has 2 children (ages 5 and 9). She presented as an adequately groomed individual with no apparent physical abnormalities. She was self-referred to Pavillon Foster seeking treatment for opiate (Demerol) dependence. Jane Doe stated that the reason for coming to Pavillon Foster was because she wanted to "continue on the road the road to sobriety" and to develop "tools to change". Jane Doe last attended school or training more than 12 months ago. She reported that other than working at her family's business (second hand clothing shop) she has been unemployed for the past 5 years as a result of her substance use and Hepatitis C condition. Jane Doe currently resides with her two children at her parents' home.

DSM-IV/ICD-9 Diagnostic Impressions

Assessor Comments	Client evidenced initial physiological side effects of methadone maintenance (shaking hands, heavy perspiration, etc) during day 2 of the assessment, however, there was no evidence that this compromised the validity of the information collected.
Current Treatment	Recently completed an outpatient detoxification program at St. Luc's Hospital prior to beginning the intensive outpatient program at Pavillon Foster
Current Medications	Methadone maintenance (since April 16, 2007) and Effexor
Current Allergies	Strawberries

Axis I: Clinical Disorders/Focal Conditions

304.00	Opiate Dependence, With Physiological Dependence; On Agonist Therapy
305.10	Nicotine Dependence
305.20	Cannabis Abuse
296.90	Major Depressive Disorder (MDD)
314.01	Attention Deficit Hyperactive Disorder - Combined Type

Axis II: Personality Disorders/Mental Retardation

	Borderline Personality Disorder traits
--	--

Axis III: General Medical Conditions

	Hepatitis C
--	-------------

Axis IV: Psychosocial and Environmental Problems

--	Illegal activity in living situation
--	No high school degree or GED
--	Arrested in the past 90 days
--	In jail, detention or prison in the past 90 days
--	On probation
--	High lifetime history of traumatic emotional victimization

Substance Use Diagnoses and Treatment History (ASAM criteria A)

Jane Doe reported first using any alcohol or drugs at age 16. She reported Demerol as the substance she likes to use the most and the substance for which treatment is most needed. Presented below, in order of clinical severity, is each of the substances for which Jane Doe self-reported symptoms sufficient to meet criteria for a dependence or abuse diagnosis.

Other Substance Use: Though no criteria were met for any further abuse or dependence diagnoses, she reported lifetime use of: cocaine; opioids; hallucinogens; sedatives, hypnotics, and anxiolytics; amphetamines.

History of Substance Abuse Treatment

Jane Doe reports a history of being in a detoxification program 1 time in her life (January 2007, 7 week outpatient program at St. Luc's Hospital). She reported a history of participating in self-help group meetings, including 7 of the past 90 days. The last time Jane Doe received any kind of substance abuse treatment was within the past 2 days. Jane Doe has recently begun agonist therapy and currently does not have 'privileges;' therefore she is required to phone the pharmacy each morning prior to retrieving her methadone dose (50 mg). Below is her history of formal substance abuse treatment:

Program Name	Type of Treatment	Approx Admit Date	Approx Disch. Date
Pavillon Foster	4 week inpatient residential	06/01/2005	08/01/2005

Level of Care and Service Needs (ASAM Criteria B)

Dimension B1 - Acute Alcohol and/or Drug Intoxication and/or Withdrawal Potential

Jane Doe scored in the no/minimal range of the Current Withdrawal Scale, *however, the writer observed initial physiological side effects of methadone maintenance (shaky, heavy perspiration, etc)*. Other than her prescribed methadone and medication, Jane Doe has been abstinent from all psychoactive substances since early April 2007.

Based on this information, the evaluator recommends monitoring for change in intoxication or withdrawal symptoms, as well as monitoring negative side effects of agonist therapy.

Dimension B2 - Biomedical Conditions and Complications

Overall Health and Pain Assessment: Jane Doe reported a history of 2 pregnancies carried to completion. Jane Doe reported allergies to strawberries. Jane Doe scored in the high range of the Health Distress Scale, reporting the following health issues during the past 12 months: limited participation in vigorous activities like running, lifting heavy objects or active sports; limited participation in moderate activities like moving a table, carrying

GAIN-I-RRS (2)

Family/Home Environment. During the past year, JANE DOE reported living with her two children and parents in her parents' home. JANE DOE stated that she has 2 children and reported being actively involved in the children's' lives. JANE DOE reported that of the people she regularly lived with during the past year: all were employed or in school or training full-time, a few were involved in illegal activity (male intimate partner).

School Environment. JANE DOE reported last attending school or training 4 or more months ago and had completed through grade 12. During the last year of school, JANE DOE described earning the following pattern of grades: B- to B+.

Work Environment. JANE DOE reported last working at her parents' second hand clothing shop 1 to 4 weeks ago.

Social Network Environment. JANE DOE stated that she had not regularly worked or gone to school with anyone during the past year. She reported that of the people she had regularly socialized with during the past year: none were employed or in school or training full-time, a few were involved in illegal activity, a few got drunk weekly, none used drugs during the past 90 days, none shouted, argued, and fought most weeks, none have ever been in drug or alcohol treatment, and none would describe themselves as being in recovery.

Sources of Social Support. JANE DOE reported the following sources of social support during the past year: a professional counsellor or other health provider; a (legal) hobby or activity that was enjoyed and participated in; someone to talk to about needs and emotions; someone who could help figure out how to cope with current or potential problems.

Personal Strengths. JANE DOE identified the following as personal strengths during the past year: doing well at work; doing well with family; doing well with close friends; drawing, painting, design, or other art activities; listening, caring, and communicating with others; problem solving and figuring things out. She believed that her most important personal strengths were: "CARING, LOYALTY, CREATIVITY, ENERGY, FORGIVING".

Victimization. JANE DOE reported a lifetime history of emotional abuse and scored in the high range of the lifetime General Victimization Scale. She stated that the last time

Recommendations

The client is a 41-year-old woman self-referred for substance abuse treatment. Specifically, the client meets criteria for opiate dependence (Demerol) and has recently begun agonist treatment. At the time of the assessment the client reported abstinence from all other psychoactive substances since April 16, 2007. The client presents as highly motivated to remain abstinent from all substances (including alcohol) and is optimistic and engaged in Pavillon Foster's Intensive Outpatient Program (a level of care that is consistent with ASAM recommendations).

No formal diagnoses have been made, however, based on the client's self report and this writer's observations, targeted interventions to address anxiety and depressive symptomatology are recommended in the context of prompts and consequences of substance use. The client is currently taking Effexor and has reported stable mood and a decrease in anxiety symptoms. However, consistent with Borderline Personality Disorder features, the client demonstrates a low tolerance for negative emotions and stress and, therefore, can benefit from Dialectical Behaviour Therapy skills training. Specifically, the writer recommends that the treatment plan include in-session training on the following skill modules: Distress Tolerance, Emotion Regulation, and Interpersonal Effectiveness. Deficits in these areas have been identified by the client as primary prompts for thoughts and urges to use (both Demerol and alcohol). Furthermore, the client acknowledges historic failures to fulfill commitments and obligations. Accordingly, explicating clear treatment expectations and consequences may improve the likelihood of treatment engagement and completion. A referral to the Social Reintegration Program will be made to help the client prioritize and address goals and stressors in other life areas (e.g., work, education, and financial debt). Finally, given the client's Hepatitis C diagnosis and her recent commencement of Methadone maintenance, the treatment team's expectations regarding the client's presentation (e.g., energy level, fatigue, physiological side effects, etc) should be adjusted so that these symptoms are not erroneously interpreted as lack of engagement, resistance, etc. The writer will continue to monitor the client's medical supervision and Motivational Interviewing strategies can be used to (1) provide information regarding Hepatitis C and agonist therapy and (2) increase motivation/compliance with her physician's recommendations.

Phuong-Anh Urga, MS
Therapist, Adult AOD Treatment Program

May 4, 2007

Date

Dimensions
réparties en trois
niveaux de sévérité
(bas, moyen ou
élevé)

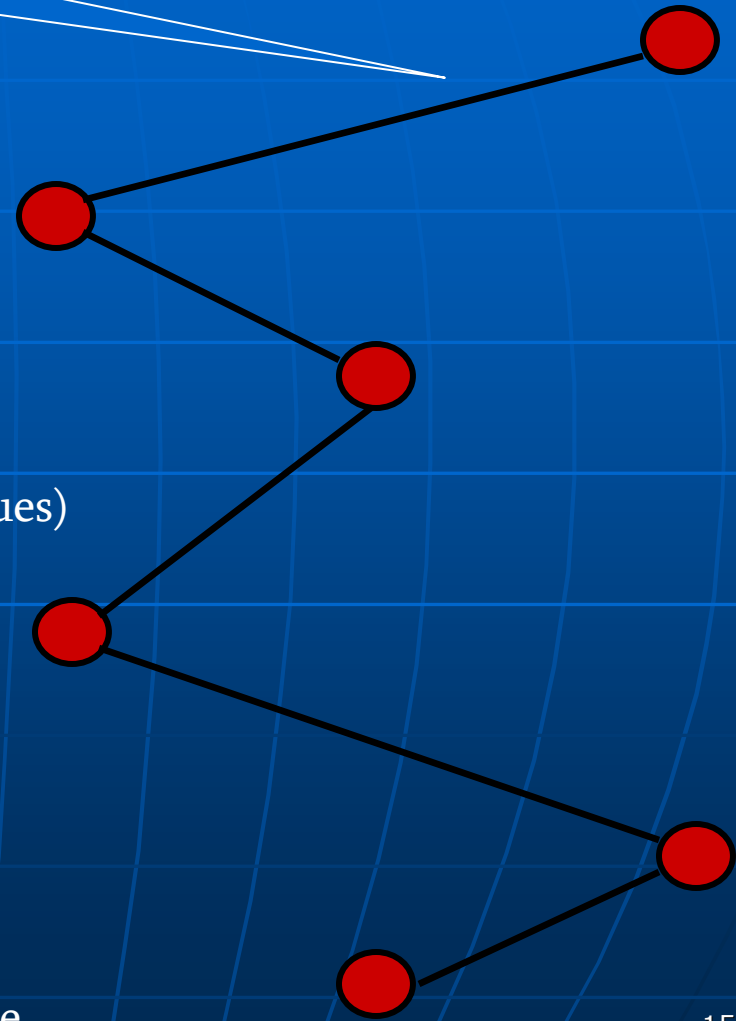
Profil ASAM

Bas

Moyen

Élevé

1. Intoxication et risque de sevrage
2. Condition physique et médication
(autre que psychiatrie)
3. Troubles émotionnels et comportementaux
(histoire psychosociale et antécédents psychiatriques)
4. Stade de motivation au changement
5. Niveau de risque de rechute et habiletés
de prévention de la rechute
6. Environnement physique et social et style de vie



ICP : Appariement (détailé)

Nom de l'échelle de critères selon l'ASAM

Résultat ou - information omise * information non valide

Échelle répartie en 3 niveaux de sévérité (bas, moyen ou élevé)

Encerclez les résultats et reliez les points

ASAM Placement Profile WorkSheet										
ASAM Criteria/GAIN Scale (Questions, GII299 Page)	Score	Low	Moderate	High						
A. Diagnosis										
Lifetime Substance Problem Index (SPI-L) [S9c-u, number of 1+]	13	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10 11 12 13 14 15 16						
Current Substance Problem Index (SPI-M) [S9c-u, number of 3s]	5	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10 11 12 13 14 15 16						
Lifetime Substance Dependence Index (SDI-L) [S9n-u, number of 1+]	6	0 1 2	3 4 5 6 7							
Past Month Substance Dependence Index (SDI-M) [S9n-u, number of 1+]	1	0 1 2	3 4 5 6 7							
B. Reliability and Withdrawal										
Frequency of Use [S2a-r, most recent/highest]	5	0 1 2	3 4 5 6							
Days of Use in the Past 90 Days [S2s2-3, 90-S2s1a, S2e1, most/highest]	40	0	1-10-20-30-40-44	45-50-60-70-80-90						
Days of Use Interfering with Responsibilities [S2s3]	3	0	1-10-20-30-40-44	45-50-60-70-80-90						
Days of Opioid Use in Past 90 Days [S2a1-r1, most/highest days]	0	0	1-10-20-30-40-44	45-50-60-70-80-90						
Current (past week) Withdrawal [S2a1-r1, most/highest days]	-	0	1-3-5-7-9-11	12-13-15-17-19-21-22						
B2. Biomedical										
Health Distress Index (HDI11) [P3, P3a-k, sum of answers]	1	0 1 2	3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14						
Days of Health Problems in the Past 90 Days [P9a, days]	-	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	13-20-30-40-44	45-50-60-70-80-90						
Days of Health Problems Interfering with Respon. [P9b]	-	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	13-20-30-40-44	45-50-60-70-80-90						
Needle Risk Index (NRI) [R1a-j, sum of answers]	-	0 1 2 3 4	5 6 7 8 9							
Sex Risk Index (SXRI) [R2a-n, sum of answers]	-	0 1 2	3 4 5 6	7 8 9 10 11 12						

ICP: planification du traitement

Comparaison de la cote d'urgence du client et de l'intervenant

Encerclez le score et reliez les points

Les éléments spécifiques demandés par le client

Autres actions habituellement requises par les différents partenaires

Treatment Planning Worksheet

Client and Staff Rating

Page	Item (Client, Staff)	Treatment or Problem Area	Client (X) Urgency Rating	Staff (O) Urgency Rating	Do Not Need Help	Getting Help Already	Need Help In 3+ mos.	Need Help in 0 to 3 mos.	Need Help Right Away
I-11	B9, B10	Tx Arrangement	N/A	0	0	1	2	3	4
I-26	S10, S11	Substance Use	4	4	0	1	2	3	4
I-33	D12, D14	0	0	1	2	3	4
I-35	R7, R8	Risk Behavior	0	0	0	1	2	3	4
I-47	M6, M7	Mental Health	0	1	0	1	2	3	4
I-60	E16, E17	Environment	0	3	0	1	2	3	4
I-67	L10, L11	Legal	1	1	0	1	2	3	4
I-78	V12, V13	Vocational	0	3	0	1	2	3	4
Average			1	2	0	1	2	3	4

Section **Additional Detail if Available**

Specific Assistance Sought by Participant
 -- Self-help and support groups [S10a4]

Other Actions Required by Policy

- Coordinate care with mental health provider [M5]
- Refer for follow-up or additional care related to internal mental distress problems [[Max M1e, M2, M3=6] or [sum of M1a1-M1d12, M2a-p,>23] or [M1f>44] or [Max of M1g, M2q>12]]
- Refer for follow-up or additional care related to behavior problems [[M3a1-18, M3b1-17, sum of answers>18] or [M3c>44]]
- Refer to intervention related to readiness to change ([B4a-h, sum of answers>3] or [S8a-d, sum of answers>2] or [S8e-j, sum of answers<3])
- Refer to residential treatment or interventions related to reducing recovery environment risk [E5a-g, E6a-g, E7a-g, sum of answers>39] or [E7a-g, sum of answers>11] or [4+ on E9a-r {GVI}]
- Follow-up on high levels of traumatic victimization [4+ on E9a-r {GVI}]
- Coordinate care with probation officer [L7_4=1]

DR. HOLLY

Avantages de l'outil d'évaluation GAIN pour les clients et les intervenants

- ✓ Permet de donner du feedback personnalisé au client immédiatement suite à l'administration de l'outil
- ✓ Identifie les troubles concomitants
- ✓ Guide les interventions basées sur les meilleures pratiques et /ou les références faites aux spécialistes
- ✓ Facilite l'élaboration du plan d'intervention et aide à identifier les priorités de traitement

L'implantation du GAIN
au Pavillon Foster:
2005 à aujourd'hui

Trois pratiques logiques

- L'évaluation psychosociale à l'inscription :
 - Identifie les problèmes et les forces du client
 - Guide le choix du traitement le plus approprié

- L'appariement :
 - « (...) faire en sorte que chacun reçoive le traitement le plus susceptible d'assurer un résultat positif » (Institute of Medicine, 1990)
 - Le principe de l'ASAM, qui consiste à offrir le niveau de traitement le moins intensif qui assurera sécurité et efficacité.
 - Élaborer un plan de traitement conjoint et favoriser l'alliance thérapeutique

Trois pratiques logiques (suite)

➤ L'évaluation continue :

- Permet d'évaluer de façon continue le niveau de fonctionnement du client
- Permet de suivre la progression (ou non) du client à travers son parcours de traitement
- Fournit les informations nécessaires afin d'intensifier ou de réduire le niveau de services

Un bref historique du GAIN au Pavillon Foster

Au début (en 2005) . . .

- GAIN-Quick (GAIN-Q)
- GAIN-Initial (GAIN-I)

Le GAIN-Q à ses débuts

GAIN-Q: outil d'évaluation standard utilisé

- Rencontre d'accueil: 10 minutes
- Groupe d'orientation et présentation des services : 30 minutes
- Administration du GAIN-Q : 30 à 45 minutes
 - En groupe (ou sur une base individuelle)
 - Informatisé
 - Pour les adolescents : questionnaire administré par un intervenant

Le GAIN-Q à ses débuts (suite) :

- PFR remis au client immédiatement à la fin de l'évaluation, dans le cadre d'une intervention motivationnelle brève
- Révision du rapport informatisé avec un intervenant en individuelle afin de valider le contenu (Q-RRS)
- Recommandation d'un niveau de service
- Élaboration d'un plan d'intervention avec le client

Le GAIN-Q à ses débuts (suite) :

Les avantages du Q-RRS

- Les clients reçoivent une rétroaction personnalisée immédiatement.
- La qualité et la cohérence des rapports d'un intervenant à un autre sont accrues.
 - Les troubles concomitants sont identifiés et décrits.
 - Guident les interventions basées sur les données probantes
 - Appui les références vers d'autres spécialistes
 - Le temps consacré à la rédaction de rapports est réduit

Le GAIN-Q à ses débuts (suite) :

Les limites du Q-RRS

Par contre, afin de respecter l'engagement de Pavillon Foster à :

1. Offrir une évaluation psychosociale complète
 2. Assurer l'appariement des services
 3. Effectuer un monitoring constant
 4. Respecter les recommandations de l'ASAM
 5. Utiliser l'entretien motivationnel
- Nos intervenants devaient consacrer beaucoup plus d'efforts (et de temps) à la révision du rapport GAIN-Q (Q-RRS) que les normes requises par Chestnut.

Le GAIN-Q à ses débuts (suite) : Pour palier les limites du Q-RRS :

- Les intervenants devaient colliger, analyser et intégrer de l'information supplémentaire lors de l'évaluation :
 - Établir une chronologie de la toxicomanie et des autres problèmes identifiés.
 - Effectuer une analyse fonctionnelle de l'interaction entre la toxicomanie et les autres problèmes identifiés.
 - Documenter l'historique de traitement (toxicomanie et les troubles des axes I et II)
 - Formuler des hypothèses plausibles sur l'étiologie, les manifestations et les recommandations de traitement de la toxicomanie et des autres problèmes identifiés.
 - Considérer les 6 dimensions de l'ASAM.
 - Évaluer le risque suicidaire.

Le GAIN-Q à ses débuts (suite) :

Utilisation sélective du GAIN-I...

- Utilisation sélective du GAIN I : de 2 à 3,5 heures
 - Pour les clients référés vers un niveau de service intensif (interne) suite à la passation du GAIN-Q
 - Pour les clients présentent un profile plus complexe suite à la passation du GAIN-Q
 - Pour le processus de certification (outils GAIN)
 - Mode d'administration :
 - Questionnaire auto administré informatique (en groupe ou en individuelle)

En somme...

- Nous demandions aux intervenants d'utiliser le **GAIN-Q** pour rédiger un rapport pour lequel les données, l'analyse et le soutien du **GAIN-I** étaient nécessaires.
- Ces rapports demandaient beaucoup de temps, de corrections, de questions additionnelles, et cela n'arrivaient toujours pas à la précision d'un **G-RRS**.

Instruments GAIN utilisés au Pavillon Foster aujourd'hui

- GAIN-Initial (GAIN-I)
- GAIN-Quick (GAIN-Q)

Le GAIN-I au Pavillon Foster aujourd'hui

- Le GAIN I est l'outil d'évaluation standard: de 2 à 3,5 heures
 - Clientèle adulte (en toxicomanie)
 - Clientèle adolescente (en toxicomanie)
- Une utilisation sélective :
 - Les clients du programme de jeu pathologique et qui présentent des facteurs individuels qui suggèrent le besoin d'une évaluation biopsychosociale (avec un problème de toxicomanie)
- Mode d'administration :
 - Pour les adultes : questionnaire auto administré informatisé, à moins que le client présente des besoins particuliers (trouble de lecture, d'attention, etc.).
 - Pour les adolescents: questionnaire administré par un intervenant.

Le GAIN-I aujourd'hui (suite)

➤ Rapports informatisés utilisés :

➤ PFR

- Contient des données normatives et personnalisées
- Remis au client immédiatement après avoir complété le GAIN-I dans le cadre d'une intervention motivationnelle brève

➤ G-RRS

- Révision du rapport informatisé avec un intervenant en individuelle afin de valider le contenu
- Recommandation d'un niveau de service
- Élaboration d'un plan d'intervention avec le client

➤ ICP

- Utilisé par les intervenants, sans être remis au client.
- Présente de l'information détaillée pour guider des décisions de triage et l'élaboration d'un plan de traitement.

Le GAIN-Q au Pavillon Foster aujourd'hui

➤ Utilisation sélective :

- Adultes et adolescents qui répondent aux critères suivants :
 - Avoir complété un GAIN-I au cours des 12 derniers mois
 - Présentant des facteurs individuels qui représentent un obstacle considérable à l'administration d'un GAIN-I
 - Faire partie du programme en milieu scolaire (le temps limité ne permet pas l'administration du GAIN-I)

➤ Mode d'administration :

- Pour les adultes : questionnaire auto administré informatisé, à moins que le client présente des besoins particuliers (trouble de lecture, d'attention, etc.).
- Pour les adolescents : questionnaire administré par un intervenant.

Rôle de l'instrument dans l'amélioration des services

- **Recommandation d'un niveau de service**
 - Évaluation et priorisation selon les dimensions de l'ASAM
 - Identification du niveau de service le moins intensif tout en restant sécuritaire et efficace
 - Tout en demeurant créatif (l'établissement ne dispose pas d'un continuum de services à l'interne, ni chez les partenaires)
- **Élaboration d'un plan d'intervention**
 - Identification et priorisation des objectifs de traitement
 - Selon le modèle de plan d'intervention du Pavillon Foster
- **Discussions de cas**
 - Présentation de cas selon les critères de l'ASAM lors des réunions d'équipes

Avantages de la batterie d'instruments GAIN

➤ Pour le client :

- Un rapport personnalisé est remis au client:
 - niveau de consommation, problèmes résultant de cette consommation, raisons pour cesser la consommation, niveau de motivation
- Un moment privilégié pour motiver le client à entreprendre une démarche (entretien motivationnelle à partir des résultats du rapport personnalisé)

Avantages de la batterie d'instruments GAIN (suite)

➤ Pour l'intervenant :

- Un rapport informatisé facilitant l'interprétation des résultats par le clinicien
- L'obligation pour le clinicien d'insérer dans le rapport ses commentaires à chacune des sphères de l'évaluation afin de compléter et valider le contenu du rapport automatisé.
- Les recommandations basées sur les meilleures pratiques sont maintenant intégrées dans le rapport
- Le GAIN peut être imprimé en totalité ou en partie
- L'intervenant est formé à utiliser un seul outil à la fois avec les clientèles jeune et adulte

Avantages de la batterie d'instruments GAIN (suite)

➤ Pour l'établissement :

- Amélioration de la qualité des rapports d'évaluation
- Standardisation et uniformisation des rapports facilitant ainsi la cohérence entre les intervenants, la supervision clinique et l'évaluation du personnel
- Le GAIN fournit des données pouvant être utilisés pour l'analyse, la supervision et l'évaluation des impacts du traitement
- Facilite l'appariement

Investissements et changements de pratiques suite à l'implantation des outils GAIN

- Investissements en ressources humaines et matérielles
- Investissements en formation et supervision

Les investissements en ressources humaines et matérielles

➤ De l'équipement

- Ordinateurs (9 dans notre salle de groupe)
- Enregistreurs vocaux digitaux

➤ Une équipe de formateurs locaux (7) qui font preuve :

- D'un engagement inébranlable envers les pratiques basées sur les données probantes
- De fortes connaissances au sujet de l'ASAM, des troubles concomitants et des outils GAIN
- D'enthousiasme, de dynamisme et de patience
- D'une disponibilité pour :
 - Offrir des formations GAIN
 - La certification
 - Maintien de l'assurance de la qualité et de la supervision

Les investissements dans la formation et dans la supervision

Certification Chestnut:

- Administrateur de site
(2 journées complètes; formation donnée par le Pavillon Foster)
- Formateur local
(donnée par Chestnut)
- Interprétation clinique avancée
(selon le personnel clinique et les ressources disponibles)

Formation Pavillon Foster:

- Spécifique au GAIN
(1 journée complète, environ 1 mois et demi après la formation d'administrateur de site)
 - Interprétation clinique
 - Rédaction de rapports
 - Élaboration de plans de traitement
- Compétences de base
 - Toxicomanie
 - Troubles concomitants
 - Approche par niveaux et ASAM
 - Entrevue Motivationnelle
- Supervision continue

Administrateur de site GAIN : processus de certification

➤ Première formation (2 journées complètes)

- au moins deux formateurs

- Explication du besoin d'utiliser des pratiques qui amélioreront la qualité des services, l'imputabilité ainsi que l'efficience.
- Bref aperçu du taux de prévalence des troubles concomitants chez la population clinique.
- Bref historique de l'évolution des outils GAIN.
- Aperçu de l'entretien structuré
- L'administration du GAIN : règles et méthode de passation
- BEAUCOUP DE JEUX DE RÔLE DANS UN CADRE PRATIQUE!

Processus de certification (suite)

➤ GAIN-AQ

- Dépôt d'enregistrement audio d'évaluations GAIN effectué avec des clients pour le processus d'assurance de la qualité (AQ)
 - Les formateurs novices en AQ ont habituellement besoin de 10 à 12 heures pour réviser les enregistrements audio et pour compléter le rapport de rétroaction.
 - Les formateurs chevronnés en AQ requièrent habituellement de 5 à 7 heures.
- Dépôt de GAIN-I avec des vrais clients pour fins d'assurance de la qualité
 - La qualité de la formation et le niveau de préparation de l'intervenant détermineront la qualité de la simulation et la durée du processus de certification.
 - Une minorité d'intervenants ont obtenu leur certification après une seule simulation de GAIN-I (environ 1 ou 2 mois après avoir reçu leur formation).
 - La plupart des intervenants l'obtiendront après 2 ou 3 simulations (de 2 à 4 mois).
 - Une minorité d'intervenants aura besoin de plus de 3 simulations, dans lesquels cas une nouvelle formation pourrait s'avérer nécessaire.

Maintien de l'assurance de la qualité et de la supervision

Les rapports GAIN

- Les intervenants qui viennent de recevoir leur formation mais qui n'ont pas encore leur certification :
 - Ne peuvent pas administrer les outils GAIN mais peuvent toutefois réviser et corriger des rapports qui résultent d'une évaluation valide (GAIN-I ou GAIN-Q administré par un intervenant qui a reçu sa certification).
 - Tous les rapports révisés sont révisés, corrigés (rétroaction donnée à l'intervenant) et contresignés par un superviseur clinique jusqu'à ce qu'un niveau de qualité acceptable et constant soit atteint (habituellement après 4 à 6 rapports soumis pour révision). La révision d'un rapport peut prendre entre 45 et 60 minutes.
- Les intervenants qui ont reçu leur certification :
 - Vérifient périodiquement des rapports afin de détecter des écarts.
 - Sélectionnent et révisent des rapports de façon continue, s'il y a lieu.
 - **Si nécessaire, cette tâche peut être effectuée par le conseiller clinique**

Points à retenir pour assurer le succès de l'implantation du GAIN

- L'importance de la qualité de la formation
- L'importance de respecter les délais pour la certification
- L'engagement de l'administration dans l'implantation du GAIN
- La nécessité d'offrir de la formation complémentaire (compétences de base)
- Changement de pratiques (ex: présentation de cas, plan d'intervention, etc)

Pour plus de renseignements

www.chestnut.org

Questions, commentaires?

