



L'équipe de mentorat du CEVQ

Offre de services

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

L'équipe de mentorat du CEVQ

Offre de services

Hélène Richard, APPR, CEVQ

Avec la collaboration de

Line D'Amours, Coordinatrice du CEVQ

France Lafrenière, Inf., CEVQ

Andrée-Anne Rhéaume, Inf., CEVQ

Sonia Singamalum, Inf., CEVQ

Roxane Pellerin, Inf., CEVQ

Ève Daeppen, TS, CEVQ

Noémie Robert, Ergo, CEVQ

Et le soutien de

Dominique Giroux, Professeure agrégée, Département de réadaptation, UL

Sophie Éthier, Professeure agrégée, École de travail social et de criminologie, UL

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Ce document est disponible à la section Mentorat du site Web du CEVQ (www.cevq.ca)

Janvier 2021

Table des matières

Contexte	4
L'équipe de mentorat du CEVQ.....	4
Mission.....	5
Clientèle cible.....	5
Critères d'inclusion	5
Critères d'exclusion	5
Territoire desservi	5
Références	6
Services offerts.....	6
Interventions auprès de l'utilisateur	6
Rôle conseil et consultation.....	7
Mentorat clinique.....	8
Démarche clinique.....	8
Priorisation des demandes	9
Trajectoire des demandes.....	10
Outils.....	11
Évaluation des résultats et de la satisfaction	11
Formation	11
Recherche.....	11
Indicateurs de qualité.....	12
Comment bénéficier de ces services.....	12
Annexes.....	13
Annexe 1 – Demande de service	14
Annexe 2 – Satisfaction du référent.....	16
Annexe 3 – Satisfaction du proche aidant.....	17
Références	18

Contexte

La population du Québec vieillit. En 2031, le quart de la population formera le groupe des aînés et près du tiers de la population en 2066¹. Par ailleurs, le nombre de multimorbidité augmente avec l'âge². De meilleurs soins qui allongent l'espérance de vie malgré la présence de maladies chroniques ainsi que le vieillissement de la population québécoise augmentent la demande en soins. Cela signifie qu'une proportion importante du travail des professionnels de la santé est et sera de plus en plus dédiée à cette partie de la population. Puisque les lignes directrices d'une maladie chronique ne considèrent que cette maladie, la présence de plusieurs maladies chroniques chez une même personne complexifie les soins. Cette complexité des soins augmente alors que la polypharmacie et la fragilité s'ajoutent souvent au tableau clinique des personnes âgées³.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont un véritable défi clinique pour tout le système de santé. La prévalence des SCPD chez les personnes souffrant de déficits cognitifs varie de 30 à 90 % selon les milieux de soins et la méthodologie utilisée pour les mesurer. En effet, un tiers des personnes atteintes de démence avec déficits cognitifs légers à modérés présentent des SCPD et cette proportion augmente à deux tiers si les capacités cognitives sont sévères. Les comportements d'errance ou de résistance aux soins, de cris ou de gestes agressifs sont particulièrement fréquents. En fait, jusqu'à 90 % des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer manifesteront au moins un de ces symptômes, au cours de leur maladie. Ce problème est présent autant dans les CHSLD que dans les centres hospitaliers, les centres de jour, les résidences privées, mais aussi au domicile des personnes atteintes de démence⁴⁻⁷.

Les SCPD ont souvent des impacts sur la qualité de vie des personnes âgées, mais aussi celle de leurs proches et du personnel soignant⁸. Ils contribueraient également à des hospitalisations fréquentes et à une institutionnalisation accélérée de la personne^{9,10}. Les SCPD ont également des conséquences négatives telles que des taux élevés de maladie par épuisement professionnel, de l'absentéisme, un roulement important du personnel et une qualité de soins réduite¹¹⁻¹⁴. En plus des conséquences physiques comme la fatigue et les blessures^{15,16}, les SCPD occasionnent du stress chez le personnel soignant^{14,17,18}.

De nombreux facteurs peuvent contribuer à l'apparition des SCPD. Ainsi, ces comportements se produisent souvent lorsque la capacité de la personne à répondre au stress physiologique, psychologique ou environnemental, est dépassée. Différentes interventions sont possibles; plusieurs d'entre elles sont non-pharmacologiques et peuvent être faites par l'équipe soignante ou le proche aidant¹⁹.

L'équipe de mentorat du CEVQ

L'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) est composée d'infirmières, d'une ergothérapeute et d'une travailleuse sociale. Son savoir et son expertise sont partagés dans tous les établissements du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS UL).

Cette équipe interdisciplinaire de mentorat soutient non seulement l'équipe soignante, mais aussi la personne âgée et les proches aidants lors de situations gériatriques complexes. De plus, l'équipe a un

mandat de transferts des connaissances auprès de toutes les personnes œuvrant auprès des personnes âgées.

Mission

L'équipe de mentorat du CEVQ est un service spécialisé ambulatoire. Les mentors du CEVQ agissent en partenariat avec le personnel soignant présent dans le milieu clinique. Sa mission est de favoriser l'intégration clinique de nouvelles connaissances gériatriques basées sur des données probantes, tout en répondant efficacement aux besoins de la personne âgée pour laquelle les mentors du CEVQ ont été sollicités²⁰.

Plus précisément, les mentors du CEVQ poursuivent les objectifs suivants :

- rehausser les connaissances et l'expertise du personnel soignant en soins gériatriques par le transfert des connaissances scientifiques vers la pratique clinique;
- assurer l'intégration des nouvelles connaissances à la pratique clinique;
- intervenir comme ressource pour la résolution de problèmes cliniques complexes;
- accompagner les organisations et le personnel soignant dans l'analyse de problèmes gériatriques et dans la recherche de solutions.

L'équipe fournit une solution novatrice pour répondre à ces défis, et cela de trois façons : par un service d'intervention clinique, de rôle-conseil et de mentorat clinique. Elle propose une approche pédagogique qui contribue au développement de nouvelles compétences dans un climat favorisant le sentiment d'efficacité personnelle dans sa pratique¹⁹.

Clientèle cible

Critères d'inclusion

- Toute personne âgée de 65 ans et plus
- La personne de moins de 65 ans fragile et présentant un profil gériatrique
- La personne âgée ayant un profil psychiatrique est acceptée, si sa condition est stable et qu'elle présente une majeure de trouble neurocognitif majeur (TNM)

Critères d'exclusion

La personne âgée présentant une des caractéristiques suivantes ne pourra pas être vue par l'équipe de mentorat du CEVQ :

- Personne suivie en psychiatrie ou hospitalisée pour un problème de santé mentale
- Personne qui nécessite uniquement une expertise légale

Territoire desservi

Les services de l'équipe de mentorat du CEVQ sont offerts pour l'ensemble des personnes desservies par le RUISSS UL. Ce territoire regroupe les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay/Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie-Centre-du-Québec, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches.

Références

Les membres de l'équipe de mentorat du CEVQ interviennent auprès des équipes offrant des services en 1^{re} et en 2^e ligne. Elle peut être appelée par des équipes du programme de soutien à domicile, des cliniques-réseau et des groupes de médecine familiale. L'équipe soutient aussi le personnel soignant des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des ressources intermédiaires (RI), des résidences privées pour aînés (RPA) et des centres hospitaliers qui rencontrent des problèmes gériatriques spécifiques.

L'organisation qui contacte l'équipe de mentorat du CEVQ est assurée que l'équipe lui procurera de l'aide. Si les mentors du CEVQ n'ont pas l'expertise recherchée, alors ils référeront à un expert qui la détient.

Services offerts

Interventions auprès de l'utilisateur

Les mentors du CEVQ interviennent auprès des personnes âgées lors de situations complexes pour lesquelles les interventions usuelles des équipes soignantes de 1^{re} et de 2^e ligne n'ont pas donné les résultats escomptés. Une situation est dite complexe lorsque la compréhension du phénomène requiert de saisir et de comprendre une multitude de facteurs influençant l'ensemble du problème.

L'équipe de mentorat constitue donc une ressource qui intervient en partenariat avec l'équipe soignante et tous les membres du milieu. En plus d'intervenir lors de la situation, les membres de l'équipe visent à améliorer les connaissances et les compétences des intervenants impliqués. Les interventions constituent une opportunité d'apprentissage pour les équipes soignantes et les proches aidants en favorisant le transfert des connaissances, notamment en impliquant les intervenants dans les différentes étapes de la consultation. L'enseignement des principes prend racine dans le cas clinique. Le respect des principes cliniques et des données probantes amènera à la résolution du cas clinique problématique. La rétention de l'apprentissage est augmentée, car l'enseignement repose sur la situation vécue par les intervenants, c'est-à-dire le problème clinique pour lequel ils ont demandé l'aide des mentors du CEVQ.^{21,22}

Les situations pour lesquelles les mentors du CEVQ peuvent intervenir sont nombreuses. On compte parmi ces interventions, celles auprès de personnes présentant :

- des SCPD
- un delirium
- des chutes répétitives
- un syndrome d'immobilisation
- une relocalisation complexe, incluant l'accompagnement lors de la transition
- une contention chimique ou physique.

L'intervention demande une rencontre avec le personnel soignant, la personne âgée et les proches aidants; ceux-ci sont amenés à collaborer avec l'équipe de mentorat. Différentes évaluations physique, mentale, cognitive, pharmacologique ou environnementale sont faites selon les besoins et le contexte clinique. Par la suite, différentes modalités d'interventions sont testées. Une fois l'évaluation complétée dans le milieu de vie de la personne âgée, l'équipe du CEVQ élabore avec l'équipe soignante, la personne âgée, lorsque possible, et les proches aidants un plan d'intervention

visant à réduire la fréquence et l'intensité des troubles, ou symptômes, et ainsi améliorer la santé et la qualité de vie de la personne âgée. Une intervention s'étale généralement sur une période de 4 à 6 semaines.

Interventions pour les SCPD

Le désarroi des intervenants et des familles est grand face au SCPD. La méconnaissance des SCPD peut conduire le personnel soignant à adopter des stratégies de soins non adaptées. Par exemple, la contention physique, l'utilisation non optimale des psychotropes et l'isolement font partie des stratégies généralement inappropriées. De plus, ces mesures peuvent causer une détérioration de la santé de la personne âgée^{23,24} Les SCPD étant l'expression de besoins ressentis par la personne, il n'y a pas une seule intervention qui convient à tous, d'où la difficulté pour les intervenants de savoir comment agir face à certains SCPD ou autres comportements^{19,25}.

Rôle conseil et consultation

Fort de ses expertises cliniques, de sa connaissance fine de la littérature scientifique et de son accès aux chercheurs et aux données probantes, l'équipe de mentorat du CEVQ apporte soutien et conseils aux équipes soignantes de partout dans le RUISSS UL. L'équipe partage ses connaissances sous forme de rôle conseil ponctuel ou de consultation pour des projets de plus grande envergure.

Rôle conseil

Ces conseils portent sur différentes pratiques cliniques touchant les soins gériatriques complexes, par exemple :

- l'approche adaptée et les interventions non-pharmacologiques possibles;
- la prévention le dépistage ou l'évaluation
 - des chutes;
 - du delirium;
 - de la douleur;
- la diminution des mesures de contrôle.

Face à des problèmes gériatriques spécifiques, les mentors du CEVQ peuvent aussi soutenir les établissements, c'est-à-dire répondre à des besoins spécifiques des directions, de même qu'aux besoins des équipes de soutien, des cadres-conseils et des conseillères en soins.

Consultation

L'équipe de mentorat participe aussi à diverses consultations, comités de travail et projets ayant pour objectif d'accroître la capacité du milieu à faire face aux situations complexes. Par exemple, la gestion des cas complexes de SCPD en hébergement ou le développement de micromilieus et d'îlots prothétiques.

Téléconsultation

Afin de rendre accessible l'expertise de l'équipe de mentorat, un service de consultation à distance est offert aux professionnels et gestionnaires du territoire du RUISSS UL. Il ne s'agit pas d'un service de consultation médicale visant à poser un diagnostic pour un patient en particulier, mais bien de soutenir les équipes dans l'identification d'une solution à des enjeux liés aux soins à la personne âgée.

Mentorat clinique

Les soins gériatriques sont en constante évolution, les connaissances s'améliorent et le personnel soignant a un besoin constant de mettre à jour ses savoirs. L'équipe de mentorat part des connaissances et de l'expertise de la personne pour l'accompagner dans un rehaussement de ses compétences, dans son milieu, en lien avec les cas complexes gériatriques. En rehaussant les compétences du personnel soignant, le mentorat clinique contribue à la réduction des coûts au système de santé en prévenant des hospitalisations et en améliorant la qualité des soins^{26,27}.

Démarche clinique

Que ce soit un rôle conseil, une intervention dans le milieu ou du mentorat, notre approche, les outils utilisés et les documents fournis tiennent compte des lignes directrices et des données probantes^{4,28-33}. Les interventions proposées doivent être tangibles pour la personne âgée afin de diminuer efficacement les SCPD ³⁴⁻³⁸, l'approche inclut donc toute personne qui peut contribuer à améliorer le bien-être de la personne âgée (du concierge en passant par l'infirmière, du physiothérapeute en passant par la famille jusqu'au médecin traitant).

À tour de rôle, un des membres de l'équipe de mentorat reçoit et priorise les demandes. La démarche se fait ainsi :

- Le mentor de garde vérifie ce qui est indiqué dans la demande (annexe 1); si besoin, il appelle le référent pour avoir des précisions.
- Il vérifie aussi si la personne a un dossier actif dans i-CLSC.
 - Si la personne est connue, le mentor contacte l'intervenant pivot au dossier pour l'aviser que l'équipe a reçu une demande.
 - Si la personne n'est pas connue, alors le mentor contacte le leader de cellule.
- Il détermine la priorité à accorder à la demande.
 - Lors de la rencontre hebdomadaire, les cas sont assignés ou mis en attente, selon la priorité des demandes, ainsi que les disponibilités et les spécialités des membres de l'équipe.
 - Le mentor assigné à la demande devient le mentor pivot; selon les besoins, il réalisera le mandat seul ou avec un ou des membres de l'équipe.
- Selon les besoins, le mentor assigné répond par téléphone ou par courriel ou il se rend sur place.
- Le ou les mentors impliqués dans la demande, évalue la personne âgée avec des outils standardisés et validés scientifiquement afin d'identifier les causes du problème puis teste différentes modalités d'interventions.
- Les approches et les interventions non-pharmacologiques sont testées avant de travailler le plan d'intervention avec les intervenants
 - Ce plan d'intervention répond aux besoins individuels, environnementaux et interactionnels de la personne âgée.
 - Ce plan tient compte de la réalité du milieu, de la personne âgée, des proches aidants et des intervenants.
 - Le plan est élaboré avec les intervenants, la personne âgée et les proches aidants; le mentor pivot s'assure que les recommandations retenues sont à la portée du milieu³⁹.

- Les interventions non-pharmacologiques sont privilégiées; une conciliation est faite pour un usage optimal et approprié de la médication.
- Du soutien est offert aux intervenants et aux proches aidants.
- Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est laissé dans le milieu afin d'être accessible à l'équipe; lorsque requis, il est transmis aux proches aidants ou au médecin de famille.
- Le mentor pivot soutient et accompagne les intervenants dans les semaines suivant le plan d'intervention. Des ajustements aux interventions, ainsi que du mentorat peuvent être faits pour permettre une meilleure intégration des modalités proposées.
- Lorsque opportun, l'efficacité des modalités d'interventions est mesurée à partir d'échelles validées, comme l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield et l'Inventaire Neuropsychiatrique -NPI, après un minimum de quatre semaines ⁴⁰.
- En collaboration avec les intervenants psychosociaux de l'équipe soignante, les proches aidants sont soutenus; les organismes et les ressources disponibles leur sont présentés, lorsque nécessaire.
- À la fin de l'intervention, une évaluation de la satisfaction est envoyée au référent (annexe 2)

À noter que la responsabilité de la prise en charge demeure en tout temps à l'équipe référente. Le suivi à court terme sert à soutenir les intervenants dans l'application des recommandations et à évaluer l'efficacité de celles-ci. Le suivi à moyen terme est offert pour les problématiques très complexes ou réfractaires.

Priorisation des demandes

Critères	Pointage
SCPD à risque de danger physique ou psychologique pour le résident ou autrui	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épuisement de l'aidant ou des intervenants du milieu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Méconnaissance des ressources (physiques, matérielles, éducationnelles, etc.) OU Faible réseau de soutien	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Résident en attente d'un transfert vers un milieu de vie approprié	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des interventions SCPD ont été tentées par l'équipe soignante	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oui = 1 point / Non = 0 point	Total : / 5

Priorité 1 attribuée automatiquement si :

- à la lecture de l'ensemble de la demande, la situation est jugée prioritaire par le mentor
- la personne âgée est dans un milieu hospitalier

Rappel :

- 5 points -> Priorité 1, délai de 15 jours (2 semaines)
- 3-4 points -> Priorité 2, délai de 28 jours (4 semaines)
- 1-2 points -> Priorité 3, délai de 56 jours (8 semaines)

Priorité accordée : _____

Date butoir : _____

Trajectoire des demandes

Avant de faire appel à l'équipe de mentorat du CEVQ

L'équipe soignante a-t-elle évalué les causes du problème et mis en place des interventions appropriées à la personne âgée ?
L'équipe soignante a-t-elle fait appel aux ressources de soutien de son milieu (pilier, professionnel, médecin, gestionnaire) ?

Oui, mais pas d'amélioration => Problème complexe qui exige le soutien spécialisé de l'équipe de mentorat.

Envoi d'une demande à l'équipe de mentorat du CEVQ

Un membre de l'équipe de mentorat analyse la demande. Si nécessaire, elle contacte le référent qui a envoyé la demande ou consulte le dossier de la personne âgée afin de déterminer le besoin du référent et de prioriser la demande. Par la suite, un mentor est assigné en conséquence.

Rôle conseil et consultation

Soutien aux équipes cliniques, aux gestionnaires ou aux conseillers en soins sur les meilleures pratiques concernant les personnes âgées.

Le rôle conseil se fait par téléphone, courriel ou téléconsultation.

Intervention

Selon les besoins, évaluations physique, cognitive et psychosociale de la personne âgée. Chacune des interventions est testée auprès de la personne âgée, en collaboration avec les intervenants et les proches aidants.

Enseignement, mentorat et soutien sur les interventions à faire.

L'intervention nécessite de se déplacer dans le milieu, de rencontrer les intervenants, la personne âgée et les proches aidants ainsi que de travailler de concert avec ceux-ci.

Mentorat

Un mentor du CEVQ se rend dans le milieu clinique des participants pour offrir du mentorat clinique afin de rehausser les compétences en lien avec des problèmes gériatriques complexes.

Le mentorat se fait dans le milieu clinique de l'intervenant.

Plan d'intervention et suivi

Un plan d'intervention est élaboré avec l'équipe soignante, la personne âgée et ses proches aidants; du mentorat et du soutien est offert selon les besoins.

Lors d'une intervention en lien avec les SCPD, l'efficacité clinique est mesurée par le NPI et le Cohen-Mansfield.

Un questionnaire sur la satisfaction est envoyé au référent et au proche aidant, peu importe le type d'intervention faite.

Outils

Les membres de l'équipe de mentorat utilisent des outils validés et normalisés pour évaluer les problèmes de la personne âgée. Par ailleurs, les membres ont aussi développé des outils de cueillette de données qui répondent à leurs besoins spécifiques.

Chaque professionnel de l'équipe a ses outils de cueillette de données propres à sa profession en plus d'utiliser le formulaire d'évaluation des SCPD. Ainsi, les outils suivants sont régulièrement utilisés par l'équipe de mentorat :

- Mini examen de l'état mental - MEEM-CEVQ,
- Inventaire neuropsychiatrique de Cummings - NPI,
- Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield - CMAI,
- Échelles de douleurs – PACSLAC, PAINAD,
- Échelle de dépression gériatrique – GDS
- Échelle de dépression au cours des démences - Cornell
- Évaluation du délirium et des troubles cognitifs - 4AT, CAM
- Inventaire du fardeau – échelle de Zarit
- Histoire biographique.

Par ailleurs, les membres de l'équipe de mentorat reçoivent régulièrement des formations en lien avec leur profession respective, que ce soit pour des examens cliniques ou des approches non pharmacologiques.

Évaluation des résultats et de la satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est toujours envoyé au référent à la fin de l'intervention, du rôle conseil ou du mentorat. Lorsqu'approprié, un questionnaire est aussi envoyé aux proches aidants.

Par ailleurs, lors d'une intervention concernant un SCPD, l'équipe de mentorat utilise des outils validés pour mesurer objectivement l'efficacité des interventions; le CMAI et le NPI sont les outils utilisés par l'équipe, tel que recommandé par le MSSS⁴¹

Formation

Les membres de l'équipe de mentorat du CEVQ donnent des formations et des conférences auprès des intervenants de la santé ou des proches aidants. Dans cette mission, elle est soutenue par l'équipe de la Formation continue du CEVQ.

Recherche

La force du CEVQ est l'accès à une équipe de chercheurs dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie. Une étroite relation est établie entre l'équipe de mentorat et les chercheurs du CEVQ.

Indicateurs de qualité

Tel que suggéré par le MSSS, dans son document sur les paramètres organisationnels⁴¹, l'équipe de mentorat du CEVQ a une base de données dans laquelle elle compile les indicateurs de qualité suivant :

- Nombre d'usagers rencontrés, nouvelles demandes et suivis;
- Nombre d'usagers selon la provenance de la demande
- Nombre d'usagers selon le type d'intervention (rôle conseil, intervention sur place);
- Durée moyenne des suivis;
- Délai d'attente par niveau de priorité;
- Satisfaction de l'équipe soignante (annexe 2) et des proches aidants (annexe 3);
- Réduction de la fréquence et de la gravité des SCPD (NPI et CMAI).

Comment bénéficier de ces services

Tout professionnel de la santé peut faire une demande en remplissant le formulaire de l'équipe de mentorat. Ce formulaire peut être téléchargé à partir de <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/le-centre-dexcellence-sur-le- vieillissement-de-quebec-cevq/mentorat>

Annexes

Annexe 1 – Demande de service

DEMANDE DE SERVICE - ÉQUIPE DE MENTORAT CEVQ

■ TYPE DE SERVICE DEMANDÉ

- Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
Présence d'un trouble neurocognitif majeur : Oui Non
Quel est le diagnostic : _____ Date du diagnostic : _____
- Chutes Accompagnement à la transition vers un nouveau milieu
- Contentions Signes cliniques de délirium Autre condition : _____

Principaux critères d'exclusion

Personne suivie en psychiatrie ou hospitalisée pour un problème de santé mentale.
Personne qui nécessite uniquement une expertise légale.

■ IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom, prénom :	Date de naissance :
Milieu de vie : <input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> Domicile Adresse du milieu de vie :	
Téléphone :	Date d'arrivée dans l'établissement :
Proche avisé de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom, prénom d'un proche aidant significatif :	Téléphone :

■ IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom, prénom :	Fonction :
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	
En présence de SCPD Accès à un pilier SCPD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Si oui, a-t-il été impliqué? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom, prénom : _____ Coordonnées : _____	
L'équipe de soins a-t-elle été avisée de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Est-elle d'accord avec l'intervention du CEVQ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Personne à contacter : _____ Téléphone : _____	
Médecin traitant avisé de la demande : _____ Nom du médecin :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Téléphone : _____

▪ **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À L'USAGER**

1. Depuis la dernière semaine, est-ce que l'utilisateur présente l'un des signes gériatriques atypiques suivants?
- Changement de comportement (arrêt d'un comportement ou apparition d'un nouveau comportement)
 - Changement de l'autonomie (perte d'autonomie dans les AVQ, AVD, loisirs, chutes, travail)
 - Changement de l'état mental (état de conscience, attention)
 - Aucun

**Si vous avez coché l'une de ces conditions, évaluez s'il y a une condition aiguë associée en effectuant un examen physique infirmier ou médical avant de faire une référence à l'équipe de mentorat du CEVQ.*

2. Est-ce qu'un ou des facteurs sociaux suivants sont présents?
- SCPD à risque de danger physique ou psychologique pour l'utilisateur ou autrui
 - Épuisement de l'aidant/intervenants du milieu
 - Faible réseau de soutien/Manque de ressources offertes (physiques, matérielles, accompagnement/mentorat)
 - Attente d'un transfert vers un milieu de vie approprié

3. Description du problème clinique :

4. Depuis combien de temps l'utilisateur présente-t-il des SCPD? _____
5. Est-ce que des interventions SCPD ont été tentées par l'équipe soignante? Oui Non
- Si oui, depuis combien de temps? _____

▪ **DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE, SI DISPONIBLE, EN PRÉSENCE DES SCPD**

- Histoire biographique
- Évaluation de l'infirmière ou évaluations interdisciplinaires
- Notes de l'équipe clinique en lien avec le comportement, interventions et leur efficacité
- Profil pharmacologique à jour
- Consentement à la transmission d'informations
- OEMC le plus récent
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Examen de dépistage cognitif récent (ex. : MEEM, MoCa)
- Rapport d'évaluation en psychogériatrie ou en gériatrie
- Grille de comportement ou grille d'analyse comportementale
- Plan d'intervention spécifique SCPD

Signature : _____ Date : _____

Veillez transmettre ce formulaire rempli par courriel à cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 418 682-7754

Pour nous joindre par téléphone : 418 682-7511, poste 82166

Annexe 2 – Satisfaction du référent



Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Évaluation de l'intervention par l'intervenant/gestionnaire

Motif de l'intervention : SCPD Delirium Chutes répétitives Autre : _____

Établissement : _____

Arrondissement : _____

Mentor : _____

Début de l'intervention : _____ Fin de l'intervention : _____

Durée de l'intervention : _____

Selon l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer votre degré de satisfaction de l'intervention :

4 : Tout à fait d'accord 3 : Plutôt en accord 2 : Plutôt en désaccord 1 : Tout à fait en désaccord
s. o. : Sans objet

Énoncés	4	3	2	1	s.o.
INTERVENTION CLINIQUE					
L'intervention favorise l'implication de l'équipe soignante et interdisciplinaire.					
La durée de l'intervention est adéquate.					
Les interventions proposées sont adaptées au milieu.					
L'intervention a permis d'améliorer la situation.					
INTERVENANTE					
L'approche de l'intervenante favorise les échanges avec l'équipe.					
L'approche de l'intervenante est centrée sur la personne soignée.					
L'intervenante possède les connaissances requises pour intervenir.					
Les explications données par l'intervenante sont claires.					
L'intervenante était disponible pour répondre à nos questions.					
APPRENTISSAGES ET UTILISATION FUTURE					
L'intervention a permis d'acquérir de nouvelles connaissances.					
Les nouveaux apprentissages sont utiles dans la pratique de l'équipe soignante.					
Les apprentissages ont pu être intégrés dans la pratique.					
APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE L'INTERVENTION					
Le type d'intervention répond aux besoins et aux attentes du milieu.					

Préparé par l'équipe de mentorat du CEVQ
Téléphone : 418-682-7511, poste 82166
Télécopieur : 418-682-7754
rev.mentorat.civisscs@ssss.gouv.qc.ca

Mis à jour le 6 juin 2019

Annexe 3 – Satisfaction du proche aidant

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Évaluation de l'intervention par le proche aidant

Nom du demandeur	
Arrondissement	
Intervenante	
Date de l'intervention	

Selon l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer votre degré de satisfaction de l'intervention :

4 : Tout à fait d'accord 3 : Plutôt en accord 2 : Plutôt en désaccord 1 : Tout à fait en désaccord
s. o. : Sans objet

Énoncés	4	3	2	1	s. o.
INTERVENTION					
L'intervention a amélioré la situation de mon proche.					
J'ai obtenu des réponses à mes questions.					
Je comprends mieux comment agir auprès de mon proche.					
INTERVENANTE					
La personne avec qui j'ai parlé avait les connaissances requises.					
La personne m'a donné des explications claires et compréhensibles.					
APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE L'INTERVENTION					
Les documents reçus sont utiles.					
J'utiliserai à nouveau les services de l'équipe de mentorat sans hésitation.					

Avez-vous des commentaires ou des suggestions?

Références

1. Institut de la statistique du Québec. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066. Édition 2019*. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2019.
2. Simard M, Dubé M, Gaulin M, Trépanier P-L, Sirois C. La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017. In: Québec INdSPd, ed. *Surveillance des maladies chroniques*. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec; 2019: <http://www.inspq.qc.ca>. Accessed 2019.
3. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*. 2017;46(6):882-888.
4. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Toronto (Ontario): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2006 2006.
5. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, Old Age Task Force of the World Federation of Biological P. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):1996-2021.
6. Wiener PK, Kiosses DN, Klimstra S, Murphy C, Alexopoulos GS. A short-term inpatient program for agitated demented nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;16(9):866-872.
7. Duron E, Wenisch E, Joucdar T, et al. Formation des soignants et prise en charge des démences en unités de soins de longue durée. *Soins Gerontol*. 2010(81):9-13.
8. Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, et al. Patient and Caregiver Perspectives of Quality of Life in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2008;26(2):138-146.
9. Morley JE. Behavioral management in the person with dementia. *The journal of nutrition, health & aging*. 2012;17(1):35-38.
10. Vugt MED, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Verhey FRJ. A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2005;17(04).
11. Voyer P. Soins infirmiers et troubles du comportement des aînés. *Santé mentale*. 2010;152:49-53.
12. Kirkevold Ø, Engedal K. Quality of care in Norwegian nursing homes - deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(4):560-567.
13. Volicer L, Van der Steen JT, Frijters DHM. Modifiable Factors Related to Abusive Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009;10(9):617-622.
14. Rodney V. Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of advanced nursing*. 2000;31:172-180.
15. Voyer P, Verreault R, Mengue PN, Laurin D, Rochette L, Martin LS. Managing disruptive behaviors with neuroleptics: treatment options for older adults in nursing homes. *Journal of gerontological nursing*. 2005;31(11):49-59; quiz 60-61.
16. Potts HW, Richie MF, Kaas MJ. Resistance to care. *Journal of gerontological nursing*. 1996;22(11):11-16.
17. Algase DL. Wandering in dementia. *Annu Rev Nurs Res*. 1999;17:185-217.
18. Buckwalter KC, Stolley JM, Farran CJ. Managing cognitive impairment in the elderly: conceptual, intervention and methodological issues. *Online J Knowl Synth Nurs*. 1999;6.
19. Woods DL, Buckwalter K. Taking Another Look: Thoughts on Behavioral Symptoms in Dementia and Their Measurement. *Healthcare (Basel)*. 2018;6(4).
20. Voyer P, Lafrenière F, Richard H. *Les mentors du CEVQ pour une intégration clinique efficace des nouvelles compétences sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec: Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec; Avril 2014 2014.
21. Gilster SD, Boltz M, Dalessandro JL. Long-Term Care Workforce Issues: Practice Principles for Quality Dementia Care. *The Gerontologist*. 2018;58(suppl_1):S103-S113.
22. Tjia J, Hunnicutt JN, Herndon L, Blanks CR, Lapane KL, Wehry S. Association of a Communication Training Program With Use of Antipsychotics in Nursing Homes. *JAMA Intern Med*. 2017;177(6):846-853.
23. Bourque M, Voyer P. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. 2e édition ed. Saint-Laurent, Québec: ERPI Inc.; 2013:451-478.
24. Castle NG, Engberg J. The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Medical Care*. 2009;47(11):1164-1173.

25. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord*. 2017;10(8):297-309.
26. Garcia-Gollarte F, Baleriola-Julvez J, Ferrero-Lopez I, Cuenllas-Diaz A, Cruz-Jentoft AJ. An educational intervention on drug use in nursing homes improves health outcomes resource utilization and reduces inappropriate drug prescription. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(12):885-891.
27. Kayser-Jones JS, Wiener CL, Barbaccia JC. Factors contributing to the hospitalization of nursing home residents. *The Gerontologist*. 1989;29(4):502-510.
28. Draper B, International Psychogeriatric Association IPA. *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)*. 3rd ed. Northfield, Illinois, USA: Draper, Brian; 2012.
29. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2012;73(09):1255-1261.
30. Cohen Mansfield J, Cohen Mansfield K, Thein M, Marx M, Dakheel Ali H, Murad L. The Relationships of Environment and Personal Characteristics to Agitated Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(3):392-399.
31. Société Alzheimer du Canada. *Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail*. Toronto: Société Alzheimer du Canada; 2011/01// 2011.
32. Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, et al. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). *Canadian geriatrics journal : CGJ*. 2012;15(4):120-126.
33. Haute Autorité de Santé. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations*. France: Collège de la Haute Autorité de Santé; 2009 2009.
34. Gil Ruiz N, Osorio RS, Cruz I, et al. An effective environmental intervention for management of the 'mirror sign' in a case of probable Lewy body dementia. *Neurocase*. 2013;19(1):1-13.
35. Robinson L, Robinson D, Hutchings HO, et al. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*. 2007;22(1):9-22.
36. Vasse E, Vernooij-Dassen M, Cantegreil I, et al. Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(1):40-48.
37. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic Management of Behavioral Symptoms in Dementia. *JAMA*. 2012;308(19).
38. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017.
39. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(6):503-506.e502.
40. Voyer P, Gagnon C, Germain J. *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Aide-mémoire à la prise de décision*. Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03 (RMG3); 2009.
41. Ministère de la santé et des services sociaux. Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014: www.msss.gouv.qc.ca.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

