



**CHU**  
**de Québec**

Centre d'excellence sur  
le vieillissement de Québec

Les mentors du CEVQ  
pour une intégration  
clinique efficace des  
nouvelles compétences  
sur les symptômes  
comportementaux  
et psychologiques  
de la démence

PHILIPPE VOYER

Avril 2014

Affilié à  UNIVERSITÉ  
**LAVAL**



Les mentors du CEVQ  
pour une intégration  
clinique efficace des  
nouvelles compétences  
sur les symptômes  
comportementaux  
et psychologiques  
de la démence

**Auteur**

Philippe Voyer  
Université Laval

**Soutien à la rédaction**

France Lafrenière et Hélène Richard

**Collaboratrices**

Sylvie Rey, Karine Labarre, Manon Turcotte

**Collaboratrice de la direction du CEVQ**

Lucille Juneau

**Organisation**

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec,  
CHU de Québec



# Table des matières

---

<b>Liste des acronymes</b>	<b>vi</b>
----------------------------	-----------

---

<b>Glossaire</b>	<b>vii</b>
------------------	------------

---

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

---

<b>1. L'équipe de mentorat du CEVQ : un savoir à partager</b>	<b>3</b>
1.1. Mission	3
1.2. Description du service	4
1.2.1. Rôle-conseil	4
1.2.2. Mentorat clinique	5
1.2.3. Interventions cliniques de 2 <sup>e</sup> ligne	6
1.3. Les assises scientifiques du mentorat	7
1.3.1. Première stratégie : l'enseignement concret	7
1.3.2. Deuxième stratégie : le mentor, une stratégie en soi	8
1.3.3. Troisième stratégie : l'engagement dans l'apprentissage	8
1.3.4. Quatrième stratégie : le développement du raisonnement clinique	9
1.3.5. Cinquième stratégie : la combinaison des stratégies	9
1.3.6. Sixième stratégie : la satisfaction des participants	10
1.4. Conclusion	10

---

<b>2. L'équipe de mentorat du CEVQ et les SCPD</b>	<b>11</b>
2.1. Le défi clinique des SCPD pour le système de santé	11
2.1.1. Impacts sur les patients	11
2.1.2. Impacts sur les proches aidants	12
2.1.3. Impacts sur le personnel soignant	12
2.2. Les mentors du CEVQ : interventions cliniques de 2 <sup>e</sup> ligne concernant les SCPD	13
2.2.1. Bases scientifiques de l'intervention visant les SCPD	13
2.2.2. Les cinq étapes de l'approche clinique pour une intervention optimale	14
2.2.3. Résultats des interventions cliniques de 2 <sup>e</sup> ligne	15
2.3. Conclusion	16

---

---

<b>3. Les mentors du CEVQ: mode d'emploi</b>	<b>19</b>
3.1. La composition	19
3.1.1. La compétence académique	19
3.1.2. La compétence clinique	21
3.1.3. La compétence pédagogique	22
3.1.4. La compétence en recherche	22
3.2. L'encadrement	23
3.3. L'équipement nécessaire	24
3.4. Le fonctionnement	25
3.4.1. Généralités	25
3.4.2. Le rôle-conseil	26
3.4.3. Le mentorat clinique	27
3.5. Les stratégies pédagogiques et étapes du mentorat clinique	30
3.5.1. Première stratégie: la démonstration en mode enseignant	30
3.5.2. Deuxième stratégie: le modèle de rôle	30
3.5.3. Troisième stratégie: la supervision avec rétroaction immédiate	30
3.5.4. Quatrième stratégie: les bilans	31
3.5.5. Cinquième stratégie: la complexification des cas	31
3.5.6. L'intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne pour les SCPD	31
3.6. La collaboration avec les services SCPD de 1 <sup>er</sup> , de 2 <sup>e</sup> et de 3 <sup>e</sup> ligne	35
3.7. Conclusion	36
<hr/>	
<b>4. Conclusion</b>	<b>37</b>
<hr/>	
<b>5. Références</b>	<b>39</b>

---

# Annexes

<b>Annexe 1</b> –	Formulaires de demande de service	50
<b>Annexe 2</b> –	Grille d'attribution de priorité pour les demandes de rôle conseil	56
<b>Annexe 3</b> –	Fiche d'évaluation du rôle conseil	58
<b>Annexe 4</b> –	Qualités recherchées chez un mentor local	61
<b>Annexe 5</b> –	Grille d'attribution de priorité pour les demandes de mentorat clinique	63
<b>Annexe 6</b> –	Analyse d'une demande de mentorat des nouvelles compétences ou d'une intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	65
<b>Annexe 7</b> –	Horaire type de chacun des mentorats cliniques des nouvelles compétences	67
<b>Annexe 8</b> –	Fiche d'évaluation des mentorats cliniques des nouvelles compétences	81
<b>Annexe 9</b> –	Grille d'attribution de priorité pour les demandes d'intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	84
<b>Annexe 10</b> –	Fiche de la collecte initiale d'information pour une intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	86
<b>Annexe 11</b> –	Histoire biographique lors d'une intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	90
<b>Annexe 12</b> –	Examen clinique infirmier lors d'une intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	93
<b>Annexe 13</b> –	Relevé de la médication lors d'une intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	99
<b>Annexe 14</b> –	Plan d'intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	102
<b>Annexe 15</b> –	Suivi de l'intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	106
<b>Annexe 16</b> –	Fiche d'évaluation de la satisfaction de l'intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne	110

# Liste des acronymes

<b>CAM</b>	Confusion assessment method
<b>CEVQ</b>	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
<b>CHSGS</b>	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>EDG</b>	Échelle de dépression gériatrique
<b>IACM</b>	Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield
<b>INP</b>	Inventaire neuropsychiatrique de Cummings
<b>MEEM</b>	Mini-examen de l'état mental de Folstein
<b>RAS</b>	Résistance aux soins
<b>RI</b>	Ressource intermédiaire
<b>RNI</b>	Résidence non institutionnelle
<b>RUIS</b>	Réseau universitaire intégré de santé
<b>RUIS-UL</b>	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
<b>SCPD</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
<b>UCDG</b>	Unité de courte durée gériatrique
<b>URFI</b>	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
<b>UTRF</b>	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle



# Glossaire

<b>Intervenant</b>	Tout professionnel de la santé ou non professionnel qui prodigue des soins.
<b>Mentor expert</b>	Responsable des activités cliniques et scientifiques de l'équipe de mentorat. Il est professeur dans une Faculté de sciences infirmières d'une université.
<b>Mentor local</b>	Personne qui a été formée par l'équipe de mentorat et qui agit à titre de mentor dans son organisation.
<b>Mentor du CEVQ</b>	Personne faisant partie de l'équipe de mentorat du CEVQ qui offre des services de rôle-conseil, de mentorat clinique et d'interventions cliniques de 2 <sup>e</sup> ligne.
<b>Participant</b>	Personne qui participe au mentorat clinique dans le but de devenir mentor local.
<b>Patient</b>	Toute personne qui bénéficie de soins de santé.
<b>Personnel soignant</b>	Toute personne qui donne des soins aux patients.
<b>SCPD</b>	Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence. Parmi les symptômes psychologiques, on trouve les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression tandis que les symptômes comportementaux font référence à l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs ou la résistance aux soins.
<b>Service de 1<sup>re</sup> ligne</b>	Premier point de contact avec le système de soins de santé; ce sont des services généraux et de soins courants où le patient est évalué sans étape préalable; l'évaluation peut être liée à la santé physique, à la santé mentale ou à un problème psychosocial.
<b>Service de 2<sup>e</sup> ligne</b>	Services spécialisés pour répondre aux problèmes qui demandent un examen approfondi ou un traitement spécialisé; les soins nécessaires sont plus complexes et requièrent une équipe de spécialistes ou un équipement particulier.
<b>Service de 3<sup>e</sup> ligne</b>	Services ultraspecialisés pour répondre à un problème de santé complexe ou rare; les soins nécessitent des professionnels et des moyens techniques très spécialisés et peu répandus.



# Introduction

La population du Québec vieillit. En 2031, plus du quart de la population formera le groupe des aînés [1]. Les besoins de soins devront doubler, voire tripler [1], en raison de la multimorbidité [2, 3] qui caractérise ce groupe d'âge. Ce phénomène aura pour conséquence une augmentation de la demande en soins. Ainsi, une proportion encore plus importante du travail des professionnels de la santé devra être dédiée à cette partie de la population [4, 5]. Or, les soins de santé qui leur sont destinés sont complexes [6, 7] et, en raison de cette complexité, il n'y a pas de guide de pratique pour ces patients [8, 9], dont chaque cas est unique. Ainsi, si la formation des professionnels de la santé pour cette clientèle est cruciale, elle présente encore des lacunes [10, 11]. La préparation incomplète du personnel soignant exige de modifier leur formation tout comme la façon d'intervenir dans les milieux cliniques doit être revue afin de garantir l'efficacité et la sécurité des soins offerts aux patients aînés [6, 11-13].

L'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) fournit une solution novatrice pour répondre à ces défis, et cela de trois façons : par un service de rôle-conseil, par du mentorat clinique et par des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne. Elle propose une approche pédagogique qui contribue au développement rapide de nouvelles compétences dans un climat favorisant le sentiment d'efficacité personnelle dans sa pratique.

À cet effet, le présent document a pour but de présenter les caractéristiques de l'équipe de mentorat du CEVQ et les moyens qu'elle utilise pour atteindre un haut niveau d'excellence dans ses pratiques. Le document se divise en trois grandes parties, où la première partie présente l'équipe de mentorat et inclut une discussion sur les assises théoriques et pédagogiques de cette équipe. Par la suite, ce document expliquera les bases scientifiques des interventions sur les SCPD puis le fonctionnement de l'équipe de mentorat.



# 1. L'équipe de mentorat du CEVQ : un savoir à partager

L'équipe de mentorat du CEVQ a développé un savoir et une expertise qu'elle souhaite partager avec tous les établissements des différents Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) du Québec. Dans les deux premières sections de ce chapitre, la mission de l'équipe de mentorat du CEVQ sera décrite ainsi que les services de rôle-conseil, de mentorat clinique et d'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne. La troisième section couvrira la dimension pédagogique des services offerts. Il y sera question des stratégies d'apprentissage ainsi que des objectifs d'apprentissage des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne. Finalement, la quatrième section discutera des bases scientifiques sur lesquelles repose l'expertise de l'équipe de mentorat du CEVQ.

## 1.1 MISSION

L'équipe de mentorat du CEVQ est un service ambulatoire. Son approche originale se concrétise par des activités qui combinent du conseil, du mentorat clinique et des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne. 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 des patients pour lesquels les mentors du CEVQ ont été sollicités.

Plus précisément, l'équipe de mentorat du CEVQ poursuit les objectifs suivants :

- rehausser les compétences des intervenants dans le domaine de la gériatrie par le transfert des connaissances scientifiques vers la pratique clinique;
- assurer l'intégration efficace des compétences acquises lors des formations du CEVQ à la pratique clinique;
- intervenir comme ressource de 2<sup>e</sup> ligne 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.

Les mentors du CEVQ interviennent auprès des équipes offrant des services en 1<sup>re</sup> et en 2<sup>e</sup> lignes. L'équipe de mentorat du CEVQ peut être appelée par des équipes du programme de soutien à domicile, des cliniques-réseau et des groupes de médecine familiale. L'équipe de mentorat du CEVQ soutient aussi le personnel soignant des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des ressources intermédiaires (RI) et des résidences non institutionnelles (RNI) qui rencontrent des problèmes gériatriques spécifiques.

Elle répond aux besoins des équipes de 2<sup>e</sup> ligne comme les unités de courte durée gériatrique (UCDG), les équipes de consultation spécialisées en gériatrie, les unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

Les services de l'équipe de mentorat du CEVQ sont offerts pour l'ensemble des usagers desservis par le RUIS de l'Université Laval (RUIS-UL). Le territoire du RUIS-UL 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.

## 1.2 DESCRIPTION DU SERVICE

Pour atteindre ses objectifs, l'équipe de mentorat du CEVQ intervient de trois façons soit par des activités de :

- rôle-conseil;
- mentorat clinique;
- intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne.

La description de ces services est présentée dans les sections suivantes.

### 1.2.1 Rôle-conseil

Les mentors du CEVQ offrent un service de rôle-conseil pour tout intervenant du territoire du RUIS-UL, peu importe le milieu clinique. Ces conseils ponctuels portent sur différentes pratiques cliniques, notamment :

- la prévention des chutes;
- la prévention du delirium;
- la diminution des mesures de contrôle;
- l'incontinence urinaire et la rééducation vésicale;
- l'évaluation et le dépistage de la dépression;
- l'évaluation et le dépistage des troubles cognitifs;
- l'évaluation et le dépistage de la dysphagie;

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 (soins infirmiers, qualité des services, directions de programmes), de même qu'aux besoins des équipes de soutien, des cadres-conseils et des conseillères en soins.

Par le service de rôle-conseil, les mentors du CEVQ contribuent grandement à améliorer la qualité des services de santé et des soins. Par exemple, des infirmières du guichet unique d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) souhaitaient dépister par téléphone les problèmes cognitifs significatifs et la perte d'autonomie subaigüe. Une difficulté reposait sur le fait que les infirmières devaient déterminer si le patient souffrait

d'un problème de santé stable ou aigu lors de la conversation téléphonique, afin de pouvoir orienter adéquatement l'aîné. Les mentors du CEVQ ont développé, en accord avec les données probantes, un processus de repérage des syndromes gériatriques adapté à leur contexte de pratique.

Un deuxième exemple des effets positifs du rôle-conseil pour les patients âgés est celui du transfert de patients du CHU de Québec lors d'un dégât d'eau. La relocalisation temporaire des patients a exigé la formation rapide d'une équipe avec du personnel soignant venant d'agences. Puisque les membres du personnel ne se connaissaient pas entre eux et ne connaissaient pas les patients, il était difficile pour eux de faire face à certains patients présentant des SCPD. Les mentors du CEVQ ont pu expliquer au personnel soignant les principes du recadrage et l'importance de la stimulation cognitive.

Un dernier exemple est celui d'un établissement de Minganie qui a demandé aux mentors du CEVQ d'évaluer l'environnement physique et organisationnel de leur unité prothétique. L'établissement avait aussi demandé l'évaluation de six patients présentant des SCPD. Les recommandations des mentors du CEVQ portaient sur la composition de l'équipe soignante, le fonctionnement interdisciplinaire, les ratios en hébergement, le rôle infirmier en centre d'hébergement et la démarche clinique infirmière spécifique aux patients présentant des SCPD.

Par ailleurs, les mentors du CEVQ sont en lien avec des experts de plusieurs disciplines (ergothérapie, médecine, nutrition, pharmacie, physiothérapie, etc.). Elle n'hésite pas à contacter un de ces experts afin de l'épauler pour résoudre un problème. 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 la compétence recherchée, alors ils référeront à un expert qui la détient.

## 1.2.2 Mentorat clinique

À la suite des formations théoriques offertes par le CEVQ - volet enseignement, un mentor du CEVQ se rend dans le milieu clinique des participants pour offrir gratuitement du mentorat clinique en lien avec les compétences suivantes :

- l'approche adaptée à la personne âgée;
- l'examen clinique pulmonaire de l'aîné;
- l'examen clinique abdominal de l'aîné;
- l'examen clinique de l'état mental du patient (delirium, dépression, démence);
- l'examen clinique cardiaque de l'aîné;
- l'examen clinique dans le contexte des SCPD;
- l'examen clinique en situation complexe;
- l'examen clinique des sens du patient (vision et audition);
- l'examen clinique dans le contexte de chutes;
- la surveillance clinique de la pharmacothérapie.

Le but du mentorat est de poursuivre au chevet des patients l'enseignement débuté dans le cadre d'une formation offerte au CEVQ. Le mentorat se réalise en trois étapes consécutives : (1) la démonstration en mode enseignant, (2) le modèle de rôle et (3) la supervision avec rétroactions immédiates et constructives. Ces étapes sont décrites dans la troisième partie de ce document.

En rehaussant les compétences du personnel soignant du système de santé, le mentorat clinique contribue à la réduction des coûts du système de santé en prévenant des hospitalisations [14]. Par exemple, en ajoutant l'examen clinique pulmonaire au rôle de l'infirmière en CHSLD, le nombre de transferts des résidents atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) vers les urgences diminue. En effet, il a été démontré qu'en détectant précocement les problèmes pulmonaires de ces résidents, les traitements peuvent débuter en CHSLD au bon moment, évitant ainsi l'hospitalisation [15, 16].

### 1.2.3 Interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne

Les mentors du CEVQ sont formés pour intervenir directement auprès des patients lors de situations complexes pour lesquelles les interventions usuelles des équipes soignantes de 1<sup>re</sup> ligne n'ont pas donné les résultats escomptés. Une situation est dite complexe lorsque la compréhension du phénomène requiert de saisir et d'analyser une multitude de facteurs influençant la problématique. Par exemple, une otite est un phénomène simple car il est facile à comprendre et à expliquer car toutes les variables l'expliquant sont connues et prévisibles. Le diabète est, pour sa part, un phénomène plus compliqué car il y a plusieurs facteurs qui affectent sa glycémie. En effet, même si ces facteurs sont connus, la façon dont chacun d'eux influence la glycémie varie d'un individu à l'autre. Un phénomène comme les SCPD devient complexe lorsqu'il n'est pas possible d'identifier tous les facteurs qui expliquent les comportements de l'individu. La compréhension du phénomène demeure ainsi partielle.

Dans ce contexte, les mentors du CEVQ constituent une ressource de 2<sup>e</sup> ligne qui intervient en partenariat avec l'équipe soignante et tous les membres de l'équipe interdisciplinaire dans les situations complexes. En plus d'avoir comme objectif de résoudre la situation, les mentors du CEVQ visent de façon tout aussi importante à améliorer les connaissances et les compétences des intervenants impliqués. Les interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne des mentors du CEVQ constituent une opportunité d'apprentissage pour les équipes soignantes en favorisant le transfert des connaissances, notamment en impliquant les intervenants dans les différentes étapes de la consultation.

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

- des SCPD;
- une condition de delirium surajouté ou non à une démence;
- des chutes répétitives.



Les interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne des mentors du CEVQ visent particulièrement l'amélioration des compétences des équipes soignantes tout en corrigeant le problème clinique. Ainsi, si le problème clinique affectant un patient âgé est résolu, mais que les intervenants du milieu clinique n'ont pas fait d'apprentissage, ceci serait considéré comme un échec par les mentors du CEVQ. Les mentors du CEVQ se donnent l'obligation d'enseigner aux intervenants ce qu'ils font et pourquoi ils le font. Le défi est grand, mais il importe de réaliser que l'enseignement des principes prend racine dans le cas clinique. Un mentor qui respecte les principes cliniques et les données probantes aura du succès avec le cas clinique. La puissance de l'apprentissage pour les intervenants est multipliée du fait que l'enseignement repose sur leur situation, c'est-à-dire le problème clinique pour lequel ils ont demandé l'aide des mentors du CEVQ.

### **1.3 LES ASSISES SCIENTIFIQUES DU MENTORAT**

Le but central du mentorat clinique est de favoriser l'intégration efficace des données probantes à la pratique clinique. Il existe encore aujourd'hui un écart entre les données issues de la recherche et la pratique clinique dans les milieux de soins. Or, cette lacune cause des impacts sur la qualité de vie des patients, ainsi que sur leur morbidité et sur leur mortalité [17]. Indirectement, cela a aussi comme conséquence d'augmenter les coûts du système de santé [18]. Il est donc primordial d'amener les milieux cliniques à utiliser les données probantes [11, 17]. L'équipe de mentorat du CEVQ vise par le mentorat clinique à resserrer cet écart. Le mentorat se réalise en recourant à six stratégies différentes décrites dans les prochaines pages.

#### **1.3.1 Première stratégie : l'enseignement concret**

Les résultats de recherche ont démontré que seulement 13 % des personnes qui participent à une formation théorique retiennent la nouvelle information et qu'à peine 10 à 20 % de cet apprentissage est transféré dans le milieu de travail [19]. C'est pourquoi, sans une stratégie d'appropriation des nouvelles connaissances, la majeure partie de ce qui est appris en formation ne sera jamais utilisée dans la pratique. Les guides sur les transferts de connaissances précisent que les activités de transfert doivent situer le participant au cœur de son quotidien [20]. Le mentorat clinique s'avère un ingrédient complémentaire, mais essentiel, à une formation théorique. Si cette dernière met les fondations sur le plan des connaissances, elle ne suffit pas à elle seule pour développer les compétences [6, 21-23]. En effet, il est reconnu qu'une formation continue est plus efficace en présence d'une activité de mentorat au sein même des milieux cliniques car, le transfert des apprentissages est alors grandement facilité [11, 24]. L'approfondissement des nouvelles connaissances par le soutien de mentors à travers des cas réels facilite grandement la rétention des connaissances [20]. La capacité du mentor à s'adapter au milieu clinique et aux besoins du participant constitue un levier crucial pour la concrétisation des apprentissages [20] qui accélère l'intégration des données dans la pratique [22].

### 1.3.2 Deuxième stratégie : le mentor, une stratégie en soi

Le mentor est en soi une stratégie d'enseignement efficace puisque le mentor est un modèle pour le participant [17]. Utilisant une stratégie d'apprentissage par problème, le mentor guide le participant pour que celui-ci puisse intégrer son nouveau savoir à sa réalité clinique. Par exemple, le mentor donne au participant le temps d'intégrer ses nouvelles connaissances et le soutient en anticipant les obstacles à leur application [20, 25, 26]. Ce soutien instaure un climat de confiance avec le participant. Le mentor est aussi un motivateur pour que le participant se dépasse. Le mentor ne donne pas de réponse à un problème, mais offre plutôt des façons de faire pour apprendre à résoudre les problèmes rencontrés par soi-même [27]. Le mentor contribue au développement de l'autonomie du participant.

Par ailleurs, les résultats de plusieurs études scientifiques démontrent que le mentorat le plus bénéfique ne vient pas d'un supérieur hiérarchique, mais bien d'une personne considérée comme un pair [28] qui offre une rétroaction honnête [29]. En effet, un bon mentor n'est pas là pour critiquer ou dire quoi faire, mais plutôt pour soutenir le participant dans son apprentissage [27]. Les enseignements donnés dans un climat de confiance favorisent le développement du sentiment d'efficacité chez le participant tout comme les interactions répétées entre un petit groupe de participants et le mentor [30]. Cette approche pédagogique permet alors une intégration rapide des nouvelles compétences.

Finalement, le mentor donne une perception positive des retombées de la recherche, ou des nouvelles pratiques [31]. Le mentor est convaincu du bien-fondé de ce qu'il enseigne. Or, les résultats de plusieurs études scientifiques ont démontré que la conviction du mentor sur l'importance des données probantes renforce celle du participant. Plus cette conviction du participant est forte, plus l'intégration des données probantes est susceptible de se produire [26]. D'ailleurs, les résultats d'une étude scientifique ont démontré que même neuf mois après la fin du mentorat, les participants utilisaient davantage les données probantes comparativement aux participants du groupe contrôle [32].

### 1.3.3. Troisième stratégie : l'engagement dans l'apprentissage

Certains auteurs mentionnent que l'intégration des connaissances ne peut se faire que par une démarche d'appropriation où le participant s'implique et s'engage dans son apprentissage [20]. L'accès à de nouvelles données probantes ne suffit pas à leur utilisation dans la pratique [20]. C'est par l'inscription à une activité de mentorat clinique que le participant s'engage à expérimenter son nouveau savoir en milieu clinique. De plus, la présence du mentor sur le terrain favorise l'engagement du participant en répondant concrètement aux préoccupations cliniques de chacun des participants [11]. Cet engagement dans l'apprentissage est donc nécessairement accompagné de l'écoute des besoins du participant pour l'accompagner plutôt que de lui imposer les nouvelles compétences [31].

Par son engagement, le participant s'oblige aussi à jauger l'utilité, l'impact et la pertinence des nouvelles connaissances dans le milieu où il travaille [11, 20]. Or, une connaissance jugée utile et pertinente par le participant n'en sera que mieux intégrée à la pratique.

#### **1.3.4. Quatrième stratégie : le développement du raisonnement clinique**

Le raisonnement clinique est un processus de pensée et de prise de décision qui permet de prendre les mesures appropriées pour résoudre un problème dans un contexte précis [23, 33]. Le raisonnement clinique favorise la pratique réflexive qui représente l'essence même de la pratique clinique des professionnels de la santé [33]. Devant une situation complexe, le raisonnement clinique prédomine pour trouver une solution [23]. Le raisonnement est un processus qui permet au personnel soignant d'orienter ses actions [34]. C'est pourquoi le développement du raisonnement clinique est essentiel à des soins de qualité. Or, le mentor amène le participant à analyser la situation, à se questionner et à tirer ses propres conclusions [35]. Face aux défis cliniques, le participant est guidé pour trouver les différentes causes et les solutions possibles et d'en imaginer les conséquences respectives [36]. Par sa rétroaction et son soutien, le mentor facilite donc la pensée critique, le raisonnement clinique et le processus de prise de décision du participant [17, 24, 37]. Puisque le mentor catalyse l'action du participant afin que celui-ci trouve une solution créative face aux problèmes rencontrés [38], celui-ci prend confiance en ses connaissances et en sa capacité d'oser. Or, un bon raisonnement clinique sous-tend une confiance en ses capacités [34]. De plus, un bon raisonnement clinique nécessite l'autoapprentissage, c'est-à-dire la capacité à peser le pour et le contre, à accepter les décisions qui en découlent et à évaluer objectivement les résultats de ses actions [34]. Par ses commentaires, le mentor assiste alors le participant au développement de sa capacité à l'autoapprentissage [17]. La conviction, la confiance et la rétroaction du mentor aident ainsi le participant à développer son raisonnement clinique et sa capacité à prendre des décisions [37]. Or, ces habiletés sont des facteurs importants pour l'utilisation des données probantes dans la pratique [17].

#### **1.3.5. Cinquième stratégie : la combinaison des stratégies**

Si certains établissements utilisent déjà des stratégies de transfert de connaissances, la force des mentors du CEVQ clinique est de combiner différentes stratégies dont chacune optimise les conditions d'apprentissage. Cette approche multi-stratégies permet de prendre en considération les facteurs individuels et organisationnels, ce qui soutient l'intégration des nouvelles compétences dans le quotidien du personnel soignant [30]. D'ailleurs, les études et les guides sur les transferts des connaissances considèrent cette approche comme étant parmi les plus efficaces pour entraîner des modifications durables de la pratique professionnelle [11, 17, 31, 39].

Par ailleurs, si le soutien et le suivi effectués par les mentors favorisent la pérennité du changement [19], ce seront les participants au mentorat qui fourniront la continuité dans l'apprentissage par leur support auprès de leurs pairs et par leur modèle de rôle [39]. C'est donc dire que, non seulement le participant rehausse ses compétences, mais tout le personnel soignant développe une compétence collective en étant à son contact [11, 17, 19]. En effet, le participant amène le personnel soignant vers la transformation des pratiques en agissant comme modèle de rôle [11] et c'est cette combinaison de plusieurs stratégies qui fait la force de l'équipe de mentorat du CEVQ.

### **1.3.6. Sixième stratégie : la satisfaction des participants**

Le mentorat clinique instaure un sentiment de réalisation à la fois pour le mentor et pour le participant [37]. Les participants d'un mentorat sont généralement très satisfaits de cette forme d'enseignement. Le mentorat clinique confirme au participant que son travail peut être facilité par l'intégration des données probantes à sa pratique clinique [11]. Cette confirmation apporte une amélioration de la qualité de vie au travail, une diminution des démissions et du roulement de personnel [24-26]. Qui plus est, le climat de collaboration entre les membres d'une même équipe s'en trouve accrue et la qualité des soins aux patients est améliorée [25, 28, 37].

Par ailleurs, puisque le mentorat clinique se fait par petits groupes, celui-ci augmente le nombre de contacts et d'échanges avec le mentor. Or, ces échanges répétés, appréciés des participants, sont essentiels à l'apprentissage, à l'intégration et à l'application des nouvelles compétences [31].

## **1.4 CONCLUSION**

Cette partie du rapport a mis en évidence que les assises de l'équipe de mentorat reposent sur des données probantes et une logique pédagogique éprouvée. Une force de l'équipe de mentorat du CEVQ est également d'intervenir de trois façons complémentaires à savoir le rôle-conseil, le mentorat clinique et l'intervention de 2<sup>e</sup> ligne. Ceci lui permet de sélectionner la façon la plus efficace et adaptée de répondre aux besoins des intervenants des différents milieux de soins.

## 2. L'équipe de mentorat du CEVQ et les SCPD

Les SCPD sont un véritable défi clinique pour tout le système de santé. Les mentors du CEVQ sont reconnus par leurs pairs par la qualité de leurs interventions et jouent ainsi un rôle important dans la diminution de la fréquence des SCPD. La première section de ce chapitre décrira l'ampleur des problèmes causés par les SCPD. La deuxième section expliquera en quoi consistent les interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne faites par les mentors du CEVQ. Dans cette section, les bases scientifiques sur lesquelles reposent ces interventions seront décrites puis les résultats obtenus à la suite des activités de mentorat clinique et des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne seront présentés.

### 2.1 LE DÉFI CLINIQUE DES SCPD POUR 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 sévèrement atteintes [40]. Des chercheurs ont d'ailleurs noté une prévalence des SCPD oscillant autour de 85 % chez les patients en centre d'hébergement [41]. Les comportements d'errance ou de résistance aux soins, des cris ou des gestes agressifs sont particulièrement fréquents [42]. En fait, jusqu'à qu'à 90 % des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer manifesteront au moins un de ces symptômes, au cours de leur maladie [43]. Plusieurs estiment que les SCPD constituent l'un des problèmes les plus fréquents et préoccupants en centre d'hébergement [40, 43-45]. Ce problème est aussi de plus en plus présent dans les autres milieux cliniques tels que les milieux hospitaliers, les centres de jour, les résidences privées, mais aussi au domicile des patients atteints de démence [22].

En plus d'être fréquents, les SCPD ont souvent des impacts sur la qualité de vie des patients, mais aussi celle de leurs proches et du personnel soignant [46].

#### 2.1.1 Impacts sur les patients

Pour les aînés, les conséquences des SCPD sont relatives à la peur, l'anxiété et la souffrance [46-48]. Le patient qui présente des SCPD peut également souffrir des réactions des personnes qui l'entourent et qui peuvent conduire à le rejeter. Enfin, les SCPD contribueraient également à des hospitalisations fréquentes [49] et à une institutionnalisation accélérée du patient [50].

La qualité de vie des autres patients peut aussi être altérée par certains SCPD [47, 58-60]. Par exemple, si un patient atteint de démence présente de l'agitation verbale, les autres patients peuvent devenir très inquiets de l'entendre crier ou hurler. Ils peuvent également être dérangés dans leur sommeil et même avoir peur du patient.

### 2.1.2 Impacts sur les proches aidants

Les SCPD sont une source de souffrance et de stress pour les proches aidants [51-53]. Ceux-ci peuvent éprouver de la frustration et se sentir décontenancés face aux comportements [54]. Cette situation peut représenter un fardeau et conduire à l'épuisement et à la détresse du proche aidant, ainsi qu'à l'institutionnalisation du patient [50, 55]. Les SCPD peuvent susciter également de l'incompréhension et même de la honte et de la peur pouvant conduire à une réduction des contacts entre le patient et les membres de sa famille [47, 56, 57]. Les proches aidants peuvent aussi s'inquiéter de la qualité des soins reçus par leur parent. Par le fait même, la relation de confiance avec le personnel soignant peut se détériorer.

### 2.1.3 Impacts sur le personnel soignant

Pour les institutions, les SCPD ont également des conséquences négatives telles qu'un taux élevé d'épuisement professionnel et d'absentéisme, un roulement important du personnel et une qualité de soins réduite. [47, 48, 56, 57, 61-63].

En plus des conséquences physiques comme la fatigue et les blessures [48, 54], les SCPD occasionnent du stress chez le personnel soignant [51, 52, 64]. Les conséquences pour le personnel soignant sont liées à des sentiments d'échec et de culpabilité [47]. Ces sentiments peuvent conduire le personnel soignant à adopter des stratégies de soins non adaptées aux patients atteints de démence, faute de bien connaître les SCPD. Par exemple, la contention physique, l'utilisation non optimale des psychotropes et l'isolement font partie des stratégies généralement inadéquates. Ces mesures ont des effets délétères importants sur la santé des patients [47, 48, 65-67]. De plus, l'épuisement professionnel et l'absentéisme en sont des manifestations [48, 54]. Certains symptômes exigent une supervision accrue. C'est le cas de l'errance, où les risques de blessures ou d'égarement du patient sont présents [68]. Requérant du temps et entraînant de l'insécurité chez le personnel soignant, cette exigence supplémentaire peut conduire à l'épuisement. Par ailleurs, une prévalence élevée des SCPD est associée à une charge de travail plus élevée et un climat de travail moins favorable [69].

Conséquemment, mobilisateurs de temps et de ressources, les SCPD représentent des coûts élevés pour le système de santé [51, 52, 54, 70]. Les résultats de plusieurs études scientifiques ont démontré que les SCPD avaient une incidence significative sur les coûts directs et indirects des soins [71, 72]. Ces coûts pourraient même augmenter si de meilleurs traitements ne sont pas identifiés et que la prise en charge n'est pas améliorée [70].

## 2.2 LES MENTORS DU CEVQ: INTERVENTIONS CLINIQUES DE 2<sup>e</sup> LIGNE CONCERNANT LES SCPD

Cette section décrit brièvement les bases scientifiques des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne faites par les mentors du CEVQ. Dans un premier temps, les données scientifiques qui permettent d'élaborer les plans d'intervention seront décrites. Par la suite, les résultats obtenus par les mentors du CEVQ seront présentés.

### 2.2.1 Bases scientifiques de l'intervention visant les SCPD

Une institution dont un des patients présente des SCPD, et qui n'a pas réussi à trouver une solution efficace, peut contacter les mentors du CEVQ. Ceux-ci accompagneront le personnel soignant pour trouver une solution au problème. Les mentors du CEVQ suivent un processus basé sur des données probantes [22, 73-81] et des lignes directrices sur les SCPD [22, 73, 82-91]. Ce processus se fait de la façon suivante :

- repérer et dépister le SCPD;
- évaluer les besoins précis du patient, du personnel soignant et de l'établissement;
- identifier les causes possibles du SCPD;
- recenser les lignes directrices et les données probantes en lien avec le SCPD problématique;
- planifier les interventions et le suivi. Ce plan d'intervention répond aux besoins individuels, environnementaux et interactionnels du patient. Les interventions non-pharmacologiques sont privilégiées;
- mesurer l'efficacité des interventions après un minimum de quatre semaines [47, 92].

Tel que recommandé, le plan d'intervention qui est produit à la suite de ce processus est remis au personnel soignant [2, 22, 73, 82]. Afin de favoriser l'adhésion du personnel soignant au plan d'intervention, les mentors du CEVQ s'assurent de suggérer des interventions individualisées [93] qui tiennent compte des ressources du milieu [29, 37]. En effet, dans une optique de soins centrés sur la personne [94], il est recommandé d'adapter les interventions non pharmacologiques au patient, à ses capacités, à ses besoins et au contexte spécifique dans lequel il se trouve [95-103]. De ce fait, plus les interventions proposées sont tangibles pour le patient, plus la probabilité de réduire efficacement les SCPD est grande [104, 105]. Il est donc important de bien connaître l'histoire de vie du patient ainsi que ses capacités résiduelles sur les plans cognitif et physique [106]. L'approche inclut donc toute personne qui peut contribuer à améliorer le bien-être du patient (du concierge en passant par l'infirmière, du physiothérapeute en passant par la famille jusqu'au médecin traitant). L'implication du personnel soignant est grandement valorisée. Le fait de personnaliser les interventions garantit une efficacité supérieure en termes de réduction de la fréquence et de la gravité des symptômes et d'augmentation

de la participation du patient aux interventions [104, 107]. Cette approche améliore considérablement le climat de travail [17, 108] en diminuant le stress des équipes [109-111]. Ceci s'explique car les SCPD accaparent beaucoup le temps du personnel soignant [112] puisque le temps moyen pour gérer un SCPD est de 23,1 minutes (de 5,7 à 201,5 minutes) [113]. Certains SCPD sont tels que l'établissement de santé doit engager du personnel supplémentaire (préposé aux bénéficiaires en service privé ou gardien de sécurité).

## 2.2.2 Les cinq étapes de l'approche clinique pour une intervention optimale

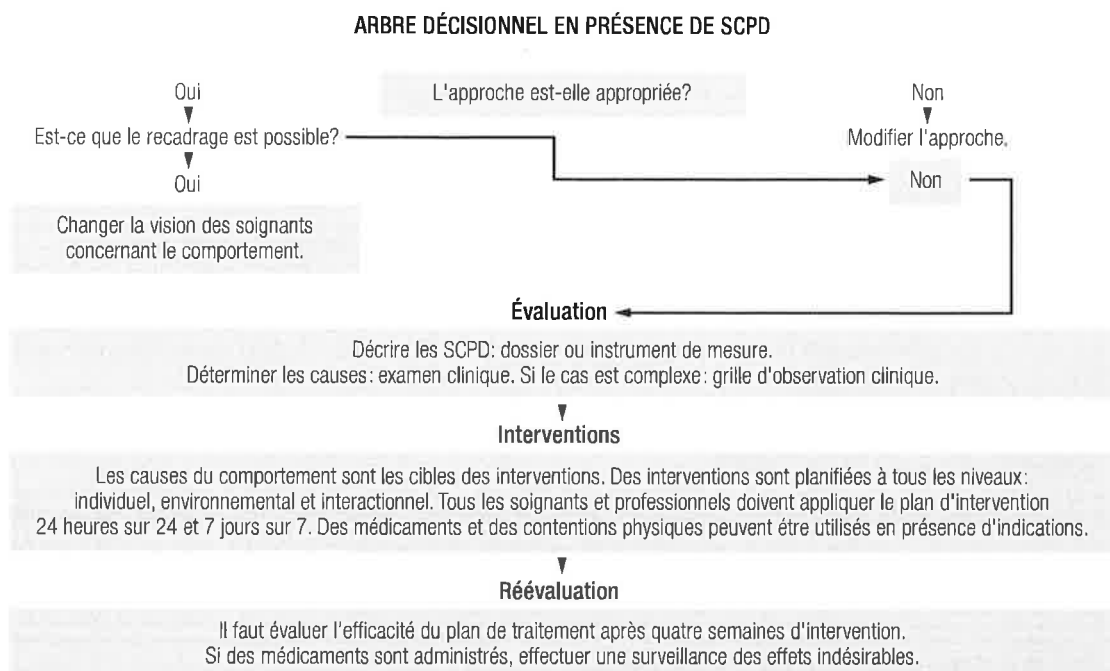
Afin de s'assurer que l'intervention soit optimale, le mentor du CEVQ procède à une démarche qui se fait en cinq étapes (voir figure 1). Ces étapes sont :

1. l'évaluation de l'approche du personnel soignant;
2. le recadrage;
3. l'évaluation objective des SCPD;
4. l'élaboration d'un plan d'intervention;
5. l'évaluation de l'efficacité du plan d'intervention.

L'étape 1 permet d'évaluer si l'approche du personnel soignant envers le patient est appropriée. Si elle ne l'est pas, alors l'approche sera adaptée à la personnalité du patient ainsi qu'à ses déficits physiques et cognitifs. Une fois que l'approche est appropriée, le mentor du CEVQ passe à l'étape suivante. L'étape 2 est le recadrage, c'est-à-dire que le mentor du CEVQ amène le personnel soignant à se demander si le SCPD est dangereux pour le patient, lui cause une détresse sévère ou s'il est dangereux pour les autres patients. Le recadrage se fait en fonction du type d'établissement. Ainsi, un patient qui dort dans un lit autre que le sien peut être acceptable dans une unité prothétique, mais pas dans une unité de soins aigus. L'étape 3 de l'approche clinique est l'évaluation objective des SCPD et l'identification de leurs causes possibles. Une fois les causes trouvées, le mentor du CEVQ passe à l'étape 4, soit le plan d'intervention. Ce plan d'intervention couvre les aspects individuel, environnemental et interactionnel, selon les causes identifiées lors de l'évaluation. Les interventions sont faites en continu, de jour comme de nuit, la semaine comme la fin de semaine. Tout le personnel soignant doit donc les connaître et savoir comment les appliquer. De plus, le plan d'intervention peut inclure de la médication ou une contention, si nécessaire. Finalement, l'étape 5 est l'évaluation de l'efficacité des interventions. Après un minimum de quatre semaines d'intervention, le mentor du CEVQ s'assure que les interventions ont permis de diminuer la gravité ou la fréquence du SCPD problématique. [57, 92, 114-116].



**Figure 1. Les cinq étapes de la démarche clinique**



Source: Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux patients en perte d'autonomie, 2<sup>e</sup> édition. Saint-Laurent: Pearson ERPI. (page 471).

## 2.2.3 Résultats des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne

L'équipe de mentorat évalue les résultats de ses interventions. Cette section détaille les interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne pour lesquelles des établissements ont fait appel à l'équipe de mentorat du CEVQ. L'efficacité de ces interventions est par la suite analysée à la lumière de critères de qualité reconnus. Finalement, le niveau de satisfaction du personnel soignant et des proches aidants par rapport aux interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne est abordé.

### 2.2.3.1 Nombres d'interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne

Dans le cas des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne, les mentors du CEVQ sont intervenus auprès de 104 patients ayant au moins un SCPD problématique.

### 2.2.3.2 SCPD problématiques

Les résultats d'une étude interne effectuée en 2013 démontrent que les principales manifestations de SCPD pour lesquelles l'expertise des mentors du CEVQ est requise sont:

- l'agitation/agressivité (73,7 %);
- l'anxiété (63,6 %);
- les idées délirantes (36,4 %);
- la résistance aux soins (26,3 %).

À noter qu'un même patient peut avoir plus d'un SCPD.

### 2.2.3.3 Efficacité des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne

Pour chacune des interventions de 2<sup>e</sup> ligne, des évaluations d'efficacité sont faites avant et après les interventions à l'aide des échelles validées comme l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) et l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings (INP). Dans 94,7 % des situations, il y a eu une réduction statistiquement significative des SCPD.

Plus précisément, la fréquence de l'agitation a diminué de 32,8 % et celle des symptômes neuropsychiatriques de 43 %. La gravité des SCPD a diminué de 47 %. À titre informatif, il est considéré qu'une intervention est efficace dès que la fréquence des SCPD est réduite de 30 % [117, 118]. À titre comparatif, l'usage des antipsychotiques est efficace dans environ 30 % des cas et il réduit de 15 à 20 % la fréquence des SCPD [117, 119, 120].

### 2.2.3.4 Les critères de qualité

Les interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne doivent rencontrer 56 critères de qualité [2, 22]. Or, les interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne effectuées par les mentors du CEVQ concordent en moyenne avec 91 % de ces recommandations.

### 2.2.3.5 Satisfaction du personnel soignant

Les répondants qui ont participé aux interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne ont été satisfaits à 95 % des résultats de l'intervention et 96,2 % ont trouvé leurs nouvelles connaissances utiles pour leur pratique. Le tableau 1 rapporte le degré de satisfaction du personnel soignant pour la période comprise entre janvier 2011 et décembre 2013.

### 2.2.3.5 Satisfaction des proches aidants

Selon un questionnaire complété par les proches aidants, 100 % se sont dits satisfaits des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne effectuées par l'équipe de mentorat du CEVQ.

## 2.3 Conclusion

Au cours de ce chapitre, le défi clinique posé par les SCPD a été expliqué. Il a été démontré que l'approche des SCPD utilisée par l'équipe de mentorat repose sur des données probantes. Qui plus est, les résultats prouvent que les interventions de l'équipe de mentorat du CEVQ sont efficaces.

**Tableau 1.**  
**Satisfaction des soignants à la suite des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne**

ÉNONCÉS	DEGRÉ DE SATISFACTION (%)				
	1	2	3	4	S.O.
<b>Intervention clinique</b>	<b>66,0</b>	<b>23,1</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>	<b>7,7</b>
L'intervention favorise l'implication de l'équipe soignante	80,8	11,5	3,8	0	1,0
L'intervention permet le transfert de connaissances	73,1	23,1	0	0	3,8
La durée de l'intervention est adéquate	61,5	23,1	7,7	0	7,7
Le plan d'intervention présenté est adapté aux particularités du milieu	61,5	23,1	3,8	0	11,5
Les interventions ciblées sont applicables dans le milieu	69,2	19,2	3,8	0	7,7
L'intervention a permis de résoudre le problème	50,0	38,5	0	0	11,5
<b>Mentor</b>	<b>94,6</b>	<b>5,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
L'approche du mentor favorise les échanges avec l'équipe	96,2	3,8	0	0	0
L'approche du mentor est adéquate et adaptée aux besoins du milieu	84,6	15,4	0	0	0
Le mentor possède les connaissances requises pour intervenir	96,2	3,8	0	0	0
Les explications données par le mentor sont claires	96,2	3,8	0	0	0
Le mentor a une approche respectueuse et centrée sur la personne soignée	100,0	0	0	0	0
<b>Apprentissage et utilisation future</b>	<b>65,4</b>	<b>30,8</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>	<b>1,9</b>
L'intervention permet au personnel soignant d'acquérir de nouvelles connaissances	57,7	38,5	3,8	0	0
Les nouveaux apprentissages sont utiles dans la pratique de l'équipe soignante	73,1	23,1	0	0	3,8
<b>Appréciation générale de l'intervention</b>	<b>78,2</b>	<b>19,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2,6</b>
Le type d'intervention répond aux besoins et attentes du milieu	57,7	38,5	0	0	3,8
J'aurai recours sans hésitation à l'équipe de mentorat dans le futur	96,2	3,8	0	0	0
Le personnel soignant apprécie l'intervention de l'équipe de mentorat	80,8	15,4	0	0	3,8
<b>Total</b>	<b>77,2</b>	<b>17,8</b>	<b>1,4</b>	<b>0</b>	<b>3,6</b>

Légende: 1 = Tout à fait d'accord; 2 = Plutôt en accord; 3 = Plutôt en désaccord; 4 = Tout à fait en désaccord; S.O. = Sans objet



## 3. Les mentors du CEVQ : mode d'emploi

La prochaine section présente une description de la composition et du fonctionnement de l'équipe de mentorat du CEVQ.

### 3.1 LA COMPOSITION

Comme l'ont démontré les sections précédentes, la complexité et la nature des interventions requièrent des mentors aux multiples compétences. Ces compétences sont divisées selon le champ académique, clinique, pédagogique et de recherche. Le tableau 2 récapitule les points saillants de chacune des compétences.

#### 3.1.1 La compétence académique

L'équipe de mentorat du CEVQ est formée de deux infirmières bachelières et d'une infirmière qui possède une maîtrise. Le fait d'avoir 3 infirmières de niveau universitaire est essentiel afin d'assurer le développement continu des compétences de l'équipe. L'infirmière qui détient une maîtrise favorise le développement constant des compétences des infirmières bachelières. Ceci s'explique par les compétences acquises à chacun de ces niveaux de formation.

##### 3.1.1.1 *Mentor avec une maîtrise en sciences infirmières*

La compétence académique atteinte par une diplômée de deuxième cycle lui permet de développer un esprit critique et une grande capacité d'analyse. Cette compétence lui permet de revoir continuellement la qualité des pratiques cliniques et leurs bases scientifiques. Cette utilisation efficace et rigoureuse des données scientifiques se fait grâce aux habiletés suivantes développées dans un programme de deuxième cycle :

- appliquer rigoureusement la démarche scientifique à un problème observé;
- rechercher, transférer, communiquer et appliquer les connaissances scientifiques de pointe;
- développer les connaissances et les habiletés nécessaires pour collaborer à des travaux de recherche;
- utiliser des connaissances et des habiletés dans l'analyse critique des écrits scientifiques, dans la méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique, dans l'analyse statistique et dans l'interprétation des données;
- accroître le transfert des connaissances théoriques favorisant la pratique professionnelle;
- analyser, synthétiser et exercer un jugement critique par rapport à l'évolution de la qualité de la pratique professionnelle.

De plus, le mentor utilise avec aisance les résultats de recherche, les critères d'évaluation et les indicateurs cliniques pour les adapter à sa pratique. Il communique également avec clarté les résultats scientifiques. Il possède des aptitudes pour la rédaction scientifique. Il a aussi de l'aisance avec l'utilisation des technologies de l'information notamment les bases de données, la recherche et la gestion bibliographiques [121].

L'obtention d'un diplôme de deuxième cycle permet au mentor d'intégrer les données scientifiques provenant des sciences infirmières, mais aussi de la biologie, de la santé publique, des sciences biopsychosociales à l'amélioration des soins de différents milieux cliniques. Son bagage académique lui donne la capacité d'identifier et de résoudre des problèmes rencontrés dans sa pratique par l'utilisation des données probantes et des échelles d'évaluation validées. Il utilise également son raisonnement clinique lors de l'évaluation et des interventions de soins avancés. Au besoin, il dissémine les résultats de la recherche. L'utilisation des nouvelles technologies est alors un outil lui permettant d'offrir de meilleurs soins et de mieux coordonner le personnel soignant [122]. Par sa formation de deuxième cycle, le mentor est un leader au sein de l'équipe soignante; il est apte à participer et à collaborer avec d'autres professionnels de la santé pour la gestion et la coordination de soins efficaces. De façon générale, le mentor détenant une maîtrise a une compréhension poussée des sciences infirmières, de même que des sciences apparentées, et a développé la capacité d'intégrer de nouvelles connaissances à sa pratique. Il connaît des stratégies pour enseigner, que ce soit auprès de collègues ou auprès de patients et de proches aidants. [122].

### 3.1.1.2 *Mentor avec un baccalauréat en sciences infirmières*

L'équipe est composée de deux infirmières bachelières qui travaillent en partenariat avec l'infirmière qui possède une maîtrise. La formation de premier cycle rend l'infirmière apte à reconnaître les manifestations de la santé et de la maladie. Grâce à l'acquisition de ses connaissances sur le fonctionnement physique et psychosocial de l'aîné, le mentor est apte à déterminer les causes sous-jacentes aux problèmes de comportements des SCPD, à identifier les besoins compromis, à évaluer l'efficacité de ses interventions et à recourir, de façon efficiente, aux ressources disponibles.

Le mentor détenant un baccalauréat a intégré des attitudes professionnelles face à la maladie, au vieillissement et aux soins centrés sur la personne. Il sait évaluer les barrières du patient âgé dans la compréhension de sa maladie et des soins qu'il doit recevoir. Cette évaluation englobe le milieu de vie et les proches aidants du patient, de même que les besoins fonctionnels, cognitifs, sociaux et psychologiques de la personne aînée. À la suite de cette évaluation, le mentor bachelier aide la personne aînée et ses proches aidants à atteindre les objectifs fixés pour améliorer sa santé physique et mentale. Le mentor est soucieux de déterminer si le patient a subi de mauvais traitements et, si besoin est, de référer cette personne au bon professionnel. Il sait reconnaître la complexité des soins en présence de multimorbidité ainsi qu'en présence de troubles

cognitifs. Il accompagne la personne âgée et ses proches aidants à prendre des décisions quant au choix du milieu de vie, au choix de traitements, à la décision de continuer ou d'arrêter un traitement et à réfléchir aux soins de fin de vie [123]. Le mentor bachelier sait comment communiquer avec ses pairs, ainsi qu'alimenter les discussions et les réflexions sur les soins gériatriques dans un but d'assurer une amélioration constante des soins. Il implante aussi des stratégies de prévention et il promeut des soins de qualité par l'utilisation de ressources et de programmes mis à sa disposition [123].

Le mentor apprend aussi à utiliser judicieusement les résultats de recherche dans sa pratique professionnelle. Par conséquent, sa formation académique lui permet d'acquérir les aptitudes et les habiletés scientifiques telles que :

- d'utiliser sa créativité et son esprit de recherche ;
- de maîtriser les instruments de mesure de la recherche documentaire et des outils électroniques de communication;
- de procéder à la collecte et à la synthèse adéquate des données d'un problème ou d'une situation, de les analyser et de les interpréter, de façon critique, pour dégager des solutions appropriées, compte tenu des enjeux en cause;
- de travailler en équipe;
- de formuler une opinion éclairée de façon efficace, précise et logique.

Par conséquent, il est capable d'utiliser les savoirs nécessaires pour appliquer adéquatement les approches et les principes de base pour la mise en œuvre de stratégies d'intervention appropriées.

### 3.1.2 La compétence clinique

La compétence clinique du mentor est de posséder une expertise de pointe en gériatrie, dans les soins au patient et dans le domaine du vieillissement. C'est un professionnel chevronné qui marie une vaste expérience clinique aux connaissances théoriques. Il a des compétences de consultation et de collaboration. Il est reconnu pour sa facilité à créer des alliances efficaces et des partenariats. Au cœur de sa pratique, il est reconnu comme chef de file dans son milieu clinique et il a la réputation de catalyseur de changement.

Le mentor doit posséder un bon jugement clinique. Il doit savoir tenir compte des variables individuelles et environnementales du patient, ainsi que des particularités de cette personne afin de décider quelles sont les meilleures interventions pour le patient. Cette compétence clinique du mentor lui permettra de savoir quelles évaluations et échelles de mesure sont nécessaires et quand il est opportun de les utiliser. Le mentor se base sur les lignes directrices, mais il se laissera aussi guider par le contexte dans lequel évolue le patient afin de prendre des décisions optimales [124-126].

Le jugement clinique du mentor est essentiel lorsqu'il fait l'évaluation globale du patient âgé. Ainsi, la multimorbidité, la polypharmacologie, l'état cognitif et les fonctions sensorielles et perceptuelles du patient sont pris en considération lors de l'établissement d'un plan d'intervention et lors des soins. Grâce à l'attention accordée à l'histoire familiale et aux habitudes de vie, il est également en mesure de déterminer les besoins du patient et de sa famille lorsqu'il établit les risques et les bénéfices pour le choix de ses interventions [127].

### 3.1.3 La compétence pédagogique

La compétence pédagogique du mentor lui permet de transmettre aisément ses connaissances. Le mentor doit bien connaître les assises scientifiques du mentorat (voir section 1.3) afin d'utiliser efficacement les stratégies pédagogiques décrites à la section 3.4. En plus de ses capacités pédagogiques, le mentor maîtrise les techniques de communication favorisant le transfert des connaissances. Il possède également des qualités personnelles telles que :

- la patience;
- la détermination;
- l'optimisme;
- la générosité;
- la flexibilité;
- la capacité d'adaptation;
- la disponibilité;
- le leadership positif.

Parmi les autres critères de sélection, le mentor requiert des habiletés interpersonnelles, une volonté de partage, le souci des autres et la croyance fondamentale que chacun a la capacité d'apprendre et de réussir.

Que ce soit de façon formelle ou informelle, le mentor est présent auprès du personnel soignant pour l'amélioration des soins gériatriques. Dans la même veine, il sait enseigner les soins et les interventions personnalisés, tout comme il sait accompagner la prise de décision éclairée du patient, ou de ses proches aidants, concernant les choix de santé [127].

### 3.1.4 La compétence en recherche

La compétence en recherche scientifique aide le mentor dans son rôle de veille scientifique. Le mentor a la responsabilité de faire progresser son domaine clinique, d'être un agent de changement et de transférer les savoirs. Par cette démarche réflexive, il explore de nouvelles avenues, il questionne constamment les façons de faire et il contribue au développement des soins et à l'évaluation de l'efficacité des interventions. En se basant sur les données probantes, il a un souci de planifier, d'expérimenter et d'évaluer des approches novatrices pour répondre aux besoins des milieux cliniques et d'intégrer les



résultats dans sa pratique pour assurer le développement de soins de qualité. La compétence en recherche s'inscrit dans une démarche d'équipe où chacun des mentors apporte sa contribution, incluant celle du mentor expert.

Le mentor a la compétence nécessaire pour faciliter l'intégration des données probantes et des nouvelles technologies qui peuvent améliorer les soins. Il contribue à l'élaboration de guides cliniques au sein de son établissement. Pour ce faire, il sait évaluer les nouvelles approches et les données probantes puis les adapter à la réalité de son milieu. Conscient de l'importance de la recherche, le mentor participe à des projets de recherche ou, du moins, en facilitera la mise en place dans son établissement [127].

**Tableau 2. Points saillants de chacune des compétences du mentor**

Compétences	Points saillants
Académique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance générale</li> <li>• Démarche scientifique</li> <li>• Esprit de synthèse</li> </ul>
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vieillesse</li> <li>- Gériatrie</li> <li>- Soins infirmiers</li> </ul> </li> <li>• Savoir-faire               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guides de pratique</li> <li>- Lignes directrices</li> <li>- Examen clinique</li> </ul> </li> <li>• Savoir-être               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitudes positives et chaleureuses</li> </ul> </li> </ul>
Pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies de transfert de connaissances efficaces</li> <li>• Facilité à entrer en relation et à communiquer</li> <li>• Leadership positif</li> </ul>
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des données probantes</li> <li>• Contribution aux projets de recherche</li> </ul>

### 3.2 L'ENCADREMENT

L'équipe de mentorat doit être encadrée en cogestion entre un gestionnaire et un mentor expert. La présence d'un gestionnaire est requise pour la gouvernance et la reddition de compte. Au-delà de ses compétences en gestion, il détient idéalement une formation universitaire des cycles supérieurs qui lui permet de soutenir la démarche scientifique de l'équipe de mentorat. Non seulement ce gestionnaire doit prendre des décisions qui tiennent compte d'enjeux administratifs et financiers, mais il doit aussi promouvoir une pratique clinique axée sur l'excellence. Les prises de décisions du gestionnaire sont donc éclairées par ses connaissances scientifiques, académiques et administratives. Ceci est essentiel pour s'assurer que l'équipe de mentorat réalise son mandat. Puisque

les mentors sont des modèles, le gestionnaire doit garantir des conditions d'exercice leur permettant d'atteindre l'excellence.

En plus du gestionnaire, un mentor expert supervise les activités cliniques et scientifiques des mentors du CEVQ. Il est donc fortement souhaitable de s'adjoindre un professionnel possédant un doctorat. Cet expert pourrait être un professeur d'une faculté des sciences infirmières. Par sa formation académique, il possède des compétences autant cliniques que pédagogiques. Il doit être reconnu pour son leadership, ses habiletés cliniques et ses aptitudes au travail d'équipe. Enfin, cette cogestion favorise l'efficacité et l'atteinte des normes d'excellence et de qualité des activités de l'équipe.

### 3.3 L'ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE

Une équipe de mentorat doit posséder un bureau sécurisé pour être conforme aux règlements sur la gestion des informations confidentielles relatives aux dossiers des patients. Outre l'équipement de bureau standard (ordinateur, téléphone, classeur, imprimante, Internet, etc.), les mentors du CEVQ utilisent un minimum de matériel clinique :

- stéthoscope haut de gamme et stéthoscope double;
- saturomètre;
- sphygmomanomètre;
- thermomètre;
- diapason 128C;
- otoscope;
- lampe réflexe;
- marteau Taylor;
- glucomètre et lancettes;
- ruban à mesurer;
- un amplificateur de voix;
- un lecteur DVD-CD avec des écouteurs;
- un graveur DVD-CD.

De plus, lors des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne, s'ajoute du matériel en lien avec les intérêts du patient afin de faciliter l'orientation du patient ou pour évaluer l'efficacité des interventions. Par exemple, ces objets pourraient être :

- pinceaux ou crayons de couleur;
- bijoux;
- carrés texturés;
- outils jouets;
- peluche ou poupée;
- boulier;
- cahiers pour l'écriture ou le coloriage;
- recueil d'images.

## 3.4 LE FONCTIONNEMENT

Les prochaines lignes décriront la démarche clinique et présenteront les outils utilisés par l'équipe de mentorat du CEVQ. La collaboration avec les autres organisations de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne sera aussi abordée.

### 3.4.1 Généralités

Un programme de formation (formation théorique et mentorat) est offert de façon continue aux mentors du CEVQ. En effet, il est essentiel que les mentors reçoivent aussi des activités de mentorat afin d'assurer le développement continu de leurs compétences. Il s'agit d'un processus interactif qui vise à ce que les mentors améliorent leurs performances, obtiennent des résultats supérieurs et exploitent leurs points forts. Cet accompagnement professionnel assure également un maintien de la standardisation des façons de faire et des compétences acquises.

#### 3.4.1.1 *Rencontre hebdomadaire*

Des échanges hebdomadaires de deux heures permettent aux mentors du CEVQ d'interagir avec le mentor expert. Ces interactions sont indispensables à l'enracinement des compétences, à l'amélioration des aptitudes à la prise de décision et à l'atteinte de l'excellence au sein de la pratique. Ces rencontres se structurent autour de trois activités : l'étude de cas, la supervision clinique et la discussion en groupe.

#### 3.4.1.2 *Étude de cas*

L'étude de cas consiste à sélectionner un cas clinique parmi les interventions de 2<sup>e</sup> ligne effectuées au cours de la semaine précédente. Un survol de l'ensemble de la collecte des données et des évaluations est effectué notamment pour l'examen clinique physique et cognitif, la démarche descriptive des SCPD, la pharmacologie et l'histoire biographique. Une analyse et une interprétation des résultats sont ensuite partagées au sein du groupe de mentors. Les constats qui émanent de cette discussion de groupe permettent de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses énoncées. Cet exercice en groupe permet de bonifier le plan d'intervention.

#### 3.4.1.3 *Supervision clinique*

Hebdomadairement, le mentor-expert désigne deux mentors pour évaluer la qualité de leur savoir-faire auprès de patients hospitalisés dans l'établissement. Le mentor-expert augmente la complexité des cas au fil du temps.

Prenons à titre d'exemple, l'examen clinique de l'état mental de suivi. Le mentor A effectue l'anamnèse liée à la démence et il procède à l'inspection de l'examen de l'état mental et complète son examen à l'aide de différents tests cognitifs adaptés au stade de la démence de l'aîné. Le mentor B vérifie la conformité de l'exécution de la compétence et consulte l'aide-mémoire approprié. Le mentor-expert s'assure que les principes

d'exécution de l'examen clinique sont respectés en examinant :

- les principes généraux de l'examen de suivi
  - maîtrise des connaissances théoriques, et utilisation du questionnaire approprié. Une attention particulière est accordée au respect des principes de passation du questionnaire et du temps de passation;
- les principes de communication optimale
  - les principes liés à l'environnement de façon à permettre la prise en considération des déficits cognitifs et sensoriels de l'aîné, du moment opportun pour effectuer l'examen tout en tenant compte du confort et du rythme de l'aîné;
- Les principes de respect
  - souci de préserver l'intimité du patient et d'obtenir sa collaboration.

En somme, le mentor-expert utilise le principe de saturation dans un contexte de supervision clinique, et ce, pour toute compétence confondue. Cette méthode d'évaluation consiste à ce que le mentor-expert observe et détermine si les approches et la démarche clinique sont acquises et correspondent au standard d'excellence en présence d'une gradation de la complexité des cas cliniques. Dans l'affirmative, il cesse la supervision clinique et il amorce l'évaluation clinique d'une nouvelle compétence.

Pour assurer une standardisation des pratiques, il peut demander aux mentors qui ont acquis la compétence de former deux autres mentors dans des conditions similaires. Au terme de cette démarche, le mentor-expert valide et approuve la conformité de l'exécution des compétences par les deux nouveaux mentors. Par ce processus, il n'y pas seulement le mentor-expert qui supervise les mentors du CEVQ, mais chaque mentor est à la fois un « mentor-expert » qui supervise et qui est supervisé. Ceci permet le développement continu des compétences de supervision clinique.

#### 3.4.1.4 *Discussion d'un article scientifique*

Chaque semaine, le mentor-expert demande à un des mentors du CEVQ de trouver un article scientifique pertinent aux activités de mentorat. Cette activité vise à permettre aux mentors de présenter, à tour de rôle, les points saillants et les conclusions de l'article scientifique de leur choix. Les éléments soulevés lors de cette présentation suscitent des discussions entre le mentor-expert et les mentors du CEVQ. Au terme de cet échange, le mentor-expert soulève les points importants à retenir et il fait des liens avec les cas cliniques antérieurs. Une attention particulière est apportée aux avancées scientifiques proposées dans le domaine du vieillissement et de la gériatrie.

### 3.4.2 **Le rôle-conseil**

Pour avoir accès au service gratuit de rôle-conseil, l'établissement doit faire une demande écrite à l'équipe de mentorat du CEVQ.

#### 3.4.2.1 Réception des demandes

La demande de service se fait au moyen d'un formulaire standard (annexe 1). Tous les intervenants du réseau de la santé peuvent faire une demande.

#### 3.4.2.1 Pondération

Sur réception d'une demande, un des mentors du CEVQ utilise une grille de pondération afin d'attribuer un ordre de priorité à la demande (annexe 2).

#### 3.4.2.2 Analyse du besoin

À la suite de la réception d'une demande, un des mentors du CEVQ discute avec la personne qui a soumis la demande afin de connaître le contexte et cible les besoins de l'organisation.

#### 3.4.2.3 Proposition de solution

Une fois que les besoins de chacun sont bien établis, le mentor du CEVQ discute avec le mentor-expert et les autres mentors du problème lors de la réunion hebdomadaire. Suite à cette réunion, le mentor du CEVQ prépare son rapport écrit.

#### 3.4.2.4 Rapport écrit

À la suite de la rencontre d'équipe, le mentor du CEVQ rédige un court rapport qui décrit le constat de la situation et les solutions proposées. Ces solutions sont adaptées au milieu clinique et tous les intervenants en place peuvent s'approprier les solutions suggérées. Dans le cas d'un maintien à domicile, les solutions seront expliquées aux proches aidants et au professionnel attiré à la situation. Ce rapport est souvent fait sous la forme d'une énumération. Le mentor du CEVQ peut aussi suggérer une des formations offertes par le CEVQ, en lien avec le problème vécu par l'établissement.

#### 3.4.2.5 Évaluation

À la fin d'un service de rôle-conseil, la personne responsable remplit un questionnaire sur son appréciation du service rendu. La fiche d'évaluation se trouve à l'annexe 3.

### 3.4.3 Le mentorat clinique

Les mentors du CEVQ offrent du mentorat clinique seulement aux participants des formations théoriques offertes par le CEVQ. L'apprentissage théorique constitue un préalable au mentorat clinique puisque le but du mentorat est d'intégrer les données probantes à la pratique.

Pour avoir accès au mentorat clinique, une organisation doit en faire la demande.

#### 3.4.3.1 Réception d'une demande

La demande de mentorat clinique se fait au moyen d'un formulaire (annexe 1).

#### 3.4.3.2 Pondération

À la suite de la réception d'une demande, une grille de pondération est utilisée afin d'attribuer un ordre de priorité à la demande (annexe 5).

#### 3.4.3.3 Analyse du besoin

Une fois que la demande de mentorat clinique est acceptée, le mentor du CEVQ et la personne qui a soumis la demande conviennent de dates et de lieux pour les séances de mentorat clinique.

#### 3.4.3.4 Détermination du nombre de mentors locaux

Tel qu'indiqué précédemment, l'équipe de mentorat du CEVQ offre du mentorat aux participants des formations théoriques du CEVQ. Toutefois, le mentorat est offert à une portion seulement des participants. En effet, l'équipe de mentorat du CEVQ demande à l'organisation qui fait la demande de mentorat clinique de sélectionner parmi les participants des personnes qui recevront le mentorat clinique de l'équipe de mentorat du CEVQ. Ces personnes sont nommées des « mentors locaux ». Un mentor local est une personne qui a été formée par l'équipe de mentorat du CEVQ et qui agit à titre de mentor dans sa propre organisation. L'annexe 4 rappelle les qualités recherchées chez un mentor local. Le but est de développer des mentors locaux dans les organisations afin que ceux-ci deviennent autonomes.

Le nombre de mentors locaux est déterminé avec l'établissement qui fait la demande en tenant compte des paramètres suivants :

- il faut au moins un mentor local par établissement
- il faut au moins un mentor local par quart de travail
- il faut au moins un mentor local par 100 infirmières.

Prenons l'exemple d'un CSSS qui compte 5 centres d'hébergement, 5 CLSC et 1 hôpital :

- il faut au moins un mentor local par établissement = 11 mentors locaux
- il faut au moins un mentor local par quart de travail :
  - 5 centres d'hébergement = 10 mentors locaux de plus
  - 5 CLSC = 5 mentors locaux de plus
  - 1 hôpital = 2 mentors locaux de plus
- il faut au moins un mentor local par 100 infirmières
  - s'il y a 500 infirmières au total = 5 mentors locaux de plus

Le grand total pour ce CSSS serait de **33 mentors locaux**.

Les mentors locaux bénéficient également d'un partenariat avec les mentors du CEVQ. Ils ont en effet un accès privilégié afin d'avoir réponse à leurs questions. Enfin, les mentors locaux doivent être munis d'un équipement de pointe (stéthoscope de grande qualité, lampe stylo réflexe, etc.) pour assurer une uniformisation et une standardisation des résultats.

#### 3.4.3.5 *Déploiement du mentorat clinique par les mentors locaux dans leur organisation*

Une fois les mentors locaux formés par l'équipe de mentorat du CEVQ, ils deviennent des personnes ressources pour la compétence apprise et doivent à leur tour offrir du mentorat clinique à leurs pairs dans leur milieu clinique. Par exemple, les infirmières d'un établissement suivent la formation sur l'examen pulmonaire chez l'ainé. L'établissement sélectionne les infirmières qui recevront le mentorat par l'équipe de mentorat du CEVQ. Une fois que le mentorat de celles-ci est complété, elles deviennent des « mentors locaux » et doivent ainsi à leur tour offrir le mentorat clinique à leurs collègues qui ont suivi la formation. Le mentor local devient la personne-ressource pour cette compétence au sein de son équipe de travail.

#### 3.4.3.6 *Déroulement type*

Les séances de mentorat clinique se déroulent toujours de la même façon, peu importe la compétence à acquérir. Une description détaillée du déroulement de chacun des mentorats cliniques des nouvelles compétences se trouve à l'annexe 7. Brièvement, une séance se déroule comme suit :

- Présentation de la journée où chacun des participants peut décrire ses attentes;
- Démonstration sur patient par le mentor du CEVQ;
- Pratique par un des participants pendant que les autres participants observent;
- Discussion de groupe, à l'écart du patient, sur l'examen qui vient d'être fait;
- Rédaction de la note clinique par les participants et discussion sur la note clinique;
- Division du groupe en triade pour répéter l'examen sur des patients différents; chacun des membres de la triade alterne de rôle – exécutant, observateur ou aide-mémoire (voir section qui suit sur les stratégies pédagogiques);
- Rétroaction par le mentor du CEVQ qui va d'une triade à l'autre tout au long de ces pratiques;
- Discussion à l'écart des patients sur la compétence acquise.

## **3.5 LES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES ET ÉTAPES DU MENTORAT CLINIQUE**

Lorsque le mentor intervient au cours de mentorat clinique, il adopte cinq stratégies pédagogiques principales :

- la démonstration en mode enseignant
- le modèle de rôle
- la supervision avec rétroaction immédiate
- les bilans
- la complexification des cas

### **3.5.1 Première stratégie : la démonstration en mode enseignant**

La démonstration en mode enseignant est la première stratégie utilisée lors d'une séance de mentorat clinique. Le mentor du CEVQ fait une démonstration en appliquant la compétence auprès d'un patient. Il exécute alors, devant les participants, la nouvelle compétence tout en expliquant à voix haute chacune des étapes de sa démarche clinique. Cette mise en situation clinique permet l'intégration du contenu de l'enseignement reçu en classe.

### **3.5.2 Deuxième stratégie : le modèle de rôle**

Le modèle de rôle fait suite à la première stratégie. Elle est très similaire à la première, mais le mentor du CEVQ n'explique pas toutes les étapes qu'il réalise. Il effectue par exemple l'examen clinique alors que les participants observent le déroulement de l'examen. Cette stratégie pédagogique est très importante, car elle permet aux participants d'apprendre à examiner différents patients en suivant toutes les étapes nécessaires à l'examen, malgré les difficultés qui peuvent survenir. Cette notion de modèle de rôle est présente durant toute la séance de mentorat clinique puisque le mentor du CEVQ agit en conformité avec les meilleures pratiques de soins. Le but est de favoriser l'apprentissage par imitation.

### **3.5.3 Troisième stratégie : la supervision avec rétroaction immédiate**

La supervision avec rétroaction immédiate est la troisième stratégie utilisée. Les participants sont groupés par équipe de trois. Chacune des triades se déplace d'un patient à l'autre pour réaliser l'examen clinique qui fait l'objet du mentorat. Le mentor supervise les triades durant cette période intensive de pratique. Dans ces triades, chacun des participants alterne de rôle :

- l'exécutant fait l'examen clinique;
- l'aide-mémoire s'assure qu'aucune étape de l'examen clinique n'est oubliée;
- l'observateur commente rétroactivement la façon de faire de l'exécutant.



Ses commentaires visent le développement des compétences de la triade et valident les gestes posés. Si l'observateur émet un commentaire qui est valide, l'exécutant et l'aide-mémoire s'améliorent, si son commentaire est invalide, il s'améliore lui-même. Ainsi, plus l'observateur fait des commentaires, plus la triade s'améliore. Il faut donc créer un contexte où les participants comprennent que la finalité est d'accroître leurs compétences. L'alternance des rôles facilite le développement des compétences de chacun des participants et ils apprennent à être réceptifs à la rétroaction. Ceci les prépare à leur rôle de mentor en apprenant aussi à émettre des commentaires constructifs.

#### **3.5.4 Quatrième stratégie : les bilans**

Durant cette période intensive de pratique, le mentor du CEVQ et tous les participants se réunissent à intervalle régulier pour faire un court bilan. Le mentor du CEVQ commente de façon générale les difficultés observées entourant la pratique de ce nouveau savoir. Un renforcement positif des bonnes pratiques est fait auprès des participants. Les erreurs observées par le mentor sont exprimées sans viser les participants de sorte que ceux-ci réfléchissent sur la bonne technique à utiliser. Il s'avère efficace de faire ces courts bilans car cette façon de faire permet aux participants de développer leur capacité à s'autoévaluer.

#### **3.5.5 Cinquième stratégie : la complexification des cas**

Le mentor du CEVQ utilise les opportunités cliniques pour faire progresser les participants et leur apprendre à résoudre par eux-mêmes des situations de plus en plus complexes. Ainsi, il augmente, au courant du mentorat, la complexité des cas rencontrés par les participants. Le mentor du CEVQ offre un soutien et une assistance constante durant toute la séance de mentorat clinique.

##### *3.5.5.1 Évaluation*

À la fin de la séance de mentorat clinique, les participants complètent un formulaire d'appréciation qui se trouve à l'annexe 8.

#### **3.5.6 L'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne pour les SCPD**

Le cheminement d'une demande d'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne pour les SCPD s'inscrit dans un processus systématique en cinq étapes. À travers ces étapes, le mentor du CEVQ met tout en œuvre pour développer les compétences des intervenants concernant les SCPD. À ce sujet, il importe de décrire brièvement la philosophie de ce partenariat qui s'inscrit dans un processus d'apprentissage. Cette philosophie est expliquée à la suite de la description du processus de la réception d'une demande jusqu'au plan d'intervention.

### 3.5.6.1 Réception d'une demande

Les milieux cliniques qui souhaitent obtenir les services d'un mentor du CEVQ pour une intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne doivent compléter le formulaire qui se trouve à l'annexe 1.

### 3.5.6.2 Pondération

À la suite de la réception d'une demande, un mentor du CEVQ utilise une grille de pondération afin d'attribuer un ordre de priorité à la demande (annexe 9).

### 3.5.6.3 Analyse du besoin

L'analyse de la demande se fait à l'aide d'un formulaire (annexe 6). Le mentor du CEVQ contacte la personne qui a soumis la demande et organise une rencontre dans le milieu de vie de l'ainé présentant des SCPD. Le mentor du CEVQ demande également les documents suivants :

- consentement de divulgation signé par le patient ou son représentant légal;
- évaluation clinique;
- notes des intervenants en lien avec les SCPD;
- pharmacothérapie;
- mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF et iso-SMAF).

### 3.5.6.4 Réalisation

Le mentor du CEVQ amorce l'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne en complétant la fiche de collecte initiale de données qui se trouve à l'annexe 10. Cette collecte permet d'obtenir l'information de base sur le patient comme la présence de maladies, l'autonomie fonctionnelle et les médicaments prescrits. Le mentor du CEVQ obtient aussi plus d'information sur le type et la fréquence du SCPD problématique : agitation, agressivité ou un autre SCPD. Il s'informe s'il y a un moment, un lieu ou une activité qui provoque l'apparition du SCPD pour trouver la cause sous-jacente. Il évalue la charge de travail du personnel soignant ainsi que la possibilité de recadrage. Enfin, il s'informe des stratégies qui ont déjà été mises en place par le personnel soignant. Cette étape oriente toute la démarche clinique.

La deuxième étape consiste à consulter le dossier médical de la personne âgée. Le mentor du CEVQ recueille donc les informations relatives aux diagnostics et aux antécédents médicaux, à la pharmacothérapie, aux paramètres fondamentaux, aux perturbations métaboliques. Une lecture des notes cliniques et médicales se fait en lien avec les SCPD et tout autre renseignement pertinent.

La troisième étape consiste à utiliser des échelles de mesure validées pour quantifier, de façon objective, les SCPD et permettre ultérieurement de déterminer l'efficacité du plan d'intervention.

La quatrième étape consiste à dresser l'histoire biographique du patient en consultant ses proches [89]. L'histoire biographique (voir annexe 11) est une évaluation clinique faite dans le contexte des SCPD, dont l'objectif est préventif et thérapeutique [56]. D'abord, elle permet de développer un lien de confiance entre les proches du patient et le mentor. Deuxièmement, ces informations pertinentes permettent de connaître le vécu du patient et sa personnalité avant l'apparition de la maladie. Après avoir complété l'histoire biographique, le mentor peut modifier ses perceptions sur le patient et ainsi mieux adapter ses interventions compte tenu des événements passés ou des habitudes de vie. Par exemple, l'histoire biographique d'un patient peut montrer que celui-ci se lavait quotidiennement à la débarbouillette à cause de sa crainte de l'eau. Or, dans un contexte de résistance aux soins (RAS), le mentor recommandera d'éviter le bain à la baignoire lors des soins d'hygiène quotidiens. Enfin, l'histoire biographique permet de mieux décoder les comportements du patient [114].

La cinquième étape consiste à procéder à un examen clinique infirmier sur le plan physique et le plan mental pour relever les causes potentielles des SCPD. En premier lieu, l'examen physique constitue l'une des étapes les plus importantes de la démarche clinique en présence de SCPD. C'est pourquoi le mentor du CEVQ procède en premier lieu à ce type d'examen; il prend les signes vitaux puis fait les examens cardiaque, pulmonaire, abdominale, muscolosquelettique et dermatologique du patient. Le document utilisé pour compléter l'examen physique et mental se trouve à l'annexe 12. Cet examen clinique comprend aussi un relevé de la médication prise par le patient. Le gabarit de ce relevé des médicaments se trouve à l'annexe 13. Le mentor effectue aussi un examen clinique de l'état mental à l'aide du mini-examen de l'état mental de Folstein (MEEM). Si le résultat du MEEM est  $\leq 10$ , le mentor complète alors le MEEM pour cas sévère. Deuxièmement, le mentor du CEVQ évalue la présence de dépression chez le patient à l'aide de la version abrégée de l'échelle de dépression gériatrique (EDG). Cette échelle est utilisée pour les patients présentant une démence de stade léger ou modéré et dont le résultat au MEEM est supérieur à 14 [114]. Pour le patient atteint d'une démence modérée ou sévère et éprouvant de la difficulté à décrire son humeur, l'EDG ne convient pas. Le mentor a recours à l'échelle de dépression en cours de démence de Cornell [114]. Enfin, le mentor complète le « Confusion Assessment Method » (CAM), et ce, uniquement après avoir rencontré l'aîné, consulté les proches, les soignants et les professionnels de la santé, ainsi que le dossier. Le CAM est un instrument de mesure validé et fiable pour détecter le delirium. Au terme de son examen clinique infirmier, le mentor doit se questionner sur la présence de problèmes de santé physique ou mentale susceptibles d'expliquer les SCPD du patient [114]. En dernier lieu, il procède à l'évaluation environnementale de l'aîné.

Par la suite, le mentor se retire pour effectuer une analyse complète des données recueillies. Il contacte le médecin traitant du patient afin partager ses constats et transmettre les perspectives infirmières en lien avec la médication.

Après avoir relevé les causes sous-jacentes des SCPD du patient, il dresse un plan

d'intervention personnalisé. Le mentor retourne sur les lieux du milieu clinique pour tester l'efficacité de ses interventions non pharmacologiques afin de garantir leur efficacité, et ce, avant d'être enseignées aux intervenants. Un gabarit du plan d'intervention se trouve à l'annexe 14.

L'étape suivante est de présenter le plan d'intervention au mentor-expert et aux mentors de l'équipe de mentorat du CEVQ afin d'obtenir leurs commentaires. C'est également à cette étape que des objectifs d'apprentissage pour le milieu clinique sont élaborés.

Subséquentement, le mentor fait une deuxième rencontre avec le personnel soignant, les proches aidants et les intervenants au dossier pour la présentation du plan d'intervention. Le mentor rappelle à l'équipe de travail que le succès du plan d'intervention est possible seulement si tous les soignants et les proches appliquent les interventions 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le mentor explique les stratégies d'intervention afin d'outiller le personnel soignant à faire face aux SCPD. Lorsque cette étape est franchie, la personne en charge du dossier du patient avise le mentor de la date de début de l'application du plan d'intervention par le milieu clinique pour qu'il puisse planifier une réévaluation après quatre semaines.

#### 3.5.6.5 *Évaluation*

Une évaluation est effectuée quatre semaines après le début de l'application du plan d'intervention. Ainsi, le mentor réévalue la fréquence des SCPD pour obtenir un bilan comparatif pour la période comprise entre la rencontre initiale et la rencontre post-intervention de quatre semaines dans le but d'évaluer l'efficacité du plan d'intervention. Le formulaire de l'évaluation de l'efficacité du plan d'intervention se trouve à l'annexe 15. En l'absence de résultats, le mentor doit reprendre la démarche évaluative pour confirmer les causes des SCPD ou en déceler d'autres, puis planifier de nouvelles interventions. Si, par contre, il observe une diminution significative de la fréquence des comportements, le mentor entame les étapes d'évaluation finales de la démarche clinique auprès de l'équipe soignante. À titre informatif, une diminution de la fréquence de 30 à 50 % à la suite d'une intervention est considérée comme un excellent résultat [114].

À la fin de l'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne, la personne qui a soumis la demande complète un formulaire d'appréciation qui se trouve à l'annexe 16. L'appréciation des proches aidants est aussi obtenue.

#### 3.5.6.6 *Partenariat et apprentissage dans la démarche clinique*

Afin de créer un partenariat, le mentor implique les intervenants dans toutes les étapes de la démarche clinique visant à résoudre la situation problématique. À cet égard, son rôle consiste à établir d'abord une collaboration interdisciplinaire de qualité pour favoriser l'échange des informations pertinentes par rapport à la situation. Dès les premiers contacts avec le milieu et par la collecte des données, le mentor du CEVQ explore les perspectives convergentes et divergentes des intervenants par rapport au problème, les

difficultés rencontrées et les éléments d'incompréhension dont ils font preuve. Il peut ensuite coordonner et soutenir davantage les efforts pour développer des interventions adaptées au patient dans un milieu clinique précis et orienté vers une vision commune.

De plus, ce partenariat consiste à accompagner et fournir toutes les explications nécessaires aux intervenants en cours de processus. Le mentor agit en modèle de rôle, car les intervenants peuvent observer son attitude, son approche, ses trucs et sa méthode de travail. Les intervenants peuvent observer aussi la grande importance qu'accorde le mentor aux données probantes et comment adapter celles-ci à chaque contexte unique. En effet, lors de l'élaboration de ses interventions, le mentor opérationnalise et intègre les données probantes dans son plan d'intervention. Cette pratique lui permet d'illustrer la façon de les utiliser et de les adapter aux cas cliniques, selon le contexte environnemental. De plus, les avantages d'utiliser les données probantes dans sa pratique sont prouvées par leur efficacité à diminuer la fréquence et l'intensité des SCPD lors des interventions 2<sup>e</sup> ligne.

Suivant le contact avec les intervenants, le mentor formule deux objectifs d'apprentissage en lien avec la situation clinique. Le plan d'intervention tient compte de ces deux objectifs d'apprentissage pour déterminer le choix des stratégies et des approches d'enseignement qui seront privilégiées afin d'améliorer la qualité de vie du patient et d'accroître la capacité du milieu à parfaire leur approche. Ces objectifs d'apprentissage sont judicieusement choisis en se basant sur les données probantes en vue d'améliorer la pratique des intervenants pour la situation vécue par l'aîné. Pour le mentor, le plan d'intervention ne sert donc pas seulement à présenter les stratégies d'intervention à utiliser pour soigner l'aîné, mais aussi à enseigner aux intervenants des concepts clés des soins gériatriques. L'apprentissage de ces concepts va pouvoir les aider dans d'autres situations similaires dans le futur. À titre d'exemple, si le cas clinique traité présente de l'agitation verbale liée à la sous-stimulation, le plan d'intervention pourrait inclure la thérapie occupationnelle. Toutefois, il y aura en plus de cette intervention, un objectif d'apprentissage visant à expliquer la relation qui existe entre la sous-stimulation et l'agitation verbale.

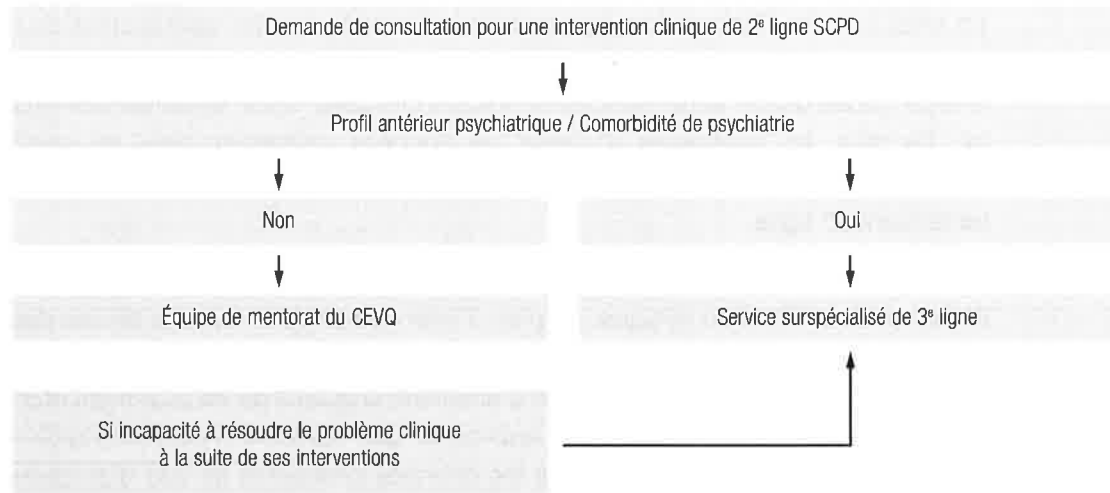
### **3.6 LA COLLABORATION AVEC LES SERVICES SCPD DE 1<sup>re</sup>, DE 2<sup>e</sup> ET DE 3<sup>e</sup> LIGNE**

Les mentors du CEVQ offrent un service de 2<sup>e</sup> ligne qui s'inscrit dans le continuum des services de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne offerts aux patients atteints d'une démence.

Les mentors du CEVQ peuvent être appelés par les services de 1<sup>re</sup> ligne tels que des équipes du programme de soutien à domicile, des cliniques-réseau, des groupes de médecine de famille, des résidences non institutionnelles, des centres d'hébergement et des hôpitaux. Les mentors de l'équipe du CEVQ exercent alors un rôle-conseil et interviennent lors de problèmes relatifs au SCPD.

Au niveau de la 3<sup>e</sup> ligne, les mentors du CEVQ reconnaissent les limites de leur expertise et dirigent les patients dont les interventions de l'équipe n'ont pas été efficaces vers les services surspécialisés de gériatrie ou de gérontopsychiatrie. De plus, pour les demandes de services faites aux mentors du CEVQ qui visent des patients avec comorbidité psychiatrique importante, elles sont automatiquement dirigées vers les services surspécialisés (voir figure 2).

**Figure 2. Continuum de service de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne pour les SCPD**



### 3.7 CONCLUSION

Le chapitre 3 a décrit avec détails la composition de l'équipe de mentorat du CEVQ ainsi que son mode de fonctionnement. Ce chapitre a permis de mettre évidence que le succès des travaux de l'équipe de mentorat repose sur une approche systématique. Cette approche rigoureuse jumelée aux recours aux données probantes appuie l'idée que cette équipe puisse être exportée dans d'autres régions.

## 4. Conclusion

Malgré le défi soulevé par la complexité des soins destinés aux personnes âgées, les solutions novatrices offertes par les mentors du CEVQ permettent d'entrevoir l'avenir d'un bon œil. Les mentors du CEVQ accompagnent avec succès le personnel soignant lors des difficultés rencontrées au cours des soins donnés aux patients âgés, et ce, peu importe le milieu clinique où ils pratiquent. Cet accompagnement se fait de trois façons : par le service de rôle-conseil, par le mentorat clinique ainsi que par des interventions cliniques de 2<sup>e</sup> ligne. L'approche pédagogique des mentors du CEVQ est essentielle à son succès mesuré par une intégration efficace des nouvelles compétences. Enfin, ce document devrait permettre aux différents acteurs du réseau de la santé de mieux connaître les services de l'équipe de mentorat du CEVQ et de déterminer la pertinence d'adopter une telle équipe pour sa région.





## 5. Références

1. Choinière, R., *Viellissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*, ed. Vice-présidence aux affaires scientifiques. 2010: Institut national de santé publique du Québec. 67.
2. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, Marie-Pascale Pomey, Brigitte Côté, Claudio Del Grande, Monia Ghorbel, Phuong Hua et Éric Tremblay*. ETMIS. Vol. 8. 2012, Québec: ETMIS. 103.
3. Rousseau, A.-C. and J.-P. Bastianelli, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins. Rapport 200553*. 2005, Inspection générale des affaires sociales: France. p. 192.
4. Berthiaume, S. *Soins et services aux personnes âgées: un tournant pour les 8000 infirmières et infirmiers en gérontologie?* in *Ordre des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue*. 8 juin 2010.
5. Marleau, D., *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011. Le Québec et ses régions*. 2011, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
6. National League for Nursing, *Care of older adults*. *Nurs Educ Perspect*, 2010. **31**(2): p. 127-9.
7. Thornlow, D.K., C. Auerhahn, and J. Stanley, *A necessity not a luxury: preparing advanced practice nurses to care for older adults*. *J Prof Nurs*, 2006. **22**: p. 116-22.
8. Cox, L., et al., *Underrepresentation of individuals 80 years of age and older in chronic disease clinical practice guidelines*. *Can Fam Physician*, 2011. **57**: p. e263-9.
9. Mutasingwa, D.R., H. Ge, and R.E. Upshur, *How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities?* *Can Fam Physician*, 2011. **57**: p. e253-62.
10. Baumbusch, J.L. and M.A. Andrusyszyn, *Gerontological content in Canadian baccalaureate nursing programs: cause for concern?* *Can J Nurs Res*, 2002. **34**: p. 119-29.
11. Kergoat, M.-J., et al., *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*, ed. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2012, Québec: Gouvernement du Québec. 205.
12. Auerhahn, C., et al., *Ensuring a nurse practitioner workforce prepared to care for older adults: findings from a national survey of adult and geriatric nurse practitioner programs*. *J Am Acad Nurse Pract*, 2012. **24**: p. 193-9.

13. Dupras, A. *Les gestes qui font la différence. Approche d'OPTIMisation des soins aux personnes Âgées à l'Hôpital. in Coresponsable du développement et de l'implantation de l'approche OPTIMAH.* 2011.
14. Kayser-Jones, J.S., C.L. Wiener, and J.C. Barbaccia, *Factors contributing to the hospitalization of nursing home residents.* Gerontologist, 1989. **29**(4): p. 502-10.
15. Viens, C. and Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Expérience de réorganisation des soins, des services et du travail dans les centres d'hébergement de la Montérégie : bilan des réalisations du plan forteresses.* 2011, Longueuil, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie,.
16. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Infirmières et infirmiers praticiens en soins de longue durée. Fiche d'information.* 2013: Ottawa. p. 5.
17. Duff, B., *Creating a culture of safety by coaching clinicians to competence.* Nurse Education Today, 2013. **33**(10): p. 1108-1111.
18. Fournier, M., *La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS.* 2011, AETMIS: Montréal.
19. Turcotte, D., *Les défis rencontrés dans l'évaluation des activités de transfert et d'utilisation des connaissances.* Colloque Les savoirs en action: conférences et ateliers; Atelier 6, 2009.
20. Beaudoin, S. and C. Laquerre, *Guide pratique pour structurer le transfert des connaissances,* ed. Direction du développement de la pratique professionnelle. 2001, Beauport : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. 70.
21. Lafrenière, S. and A. Dupras, *OPTIMAH : ou comment mieux soigner les patients à l'urgence et dans les unités de soins aigus.* L'Avant-garde, 2008. **8**: p. 1-5.
22. 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), dans Lignes directrices nationales.* 2006, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées : Toronto (Ontario).
23. Chapados, C., *Le raisonnement clinique de l'infirmière.* Perspective infirmière, 2014. **11**(1): p. 37-40.
24. Fielden, S.L., M.J. Davidson, and V.J. Sutherland, *Innovations in coaching and mentoring: implications for nurse leadership development.* Health Services Management Research, 2009. **22**(2): p. 92-99.
25. Melnyk, B.M., *The evidence-based practice mentor: a promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems.* Worldviews Evid Based Nurs, 2007. **4**(3): p. 123-5.

26. Wallen, G., et al., *Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme*. Journal of advanced nursing, 2010. **66**(12): p. 2761-2771.
27. McNamara, M.S., et al., *Mentoring, coaching and action learning: interventions in a national clinical leadership development programme*. Journal of Clinical Nursing, 2014: p. n/a-n/a.
28. Maynard, L., *Using Clinical Peer Coaching for Patient Safety*. AORN Journal, 2012. **96**(2): p. 203-205.
29. Alleyne, J. and M.O. Jumaa, *Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services*. Journal of nursing management, 2007. **15**(2): p. 230-243.
30. Ploeg, J., et al., *Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders*. Worldviews Evid Based Nurs, 2007. **4**: p. 210-9.
31. St-Cyr Tribble, D., et al., *Cadre de référence «Trans-Action» en transfert de connaissances. Rapport de la recherche. Le transfert des connaissances entre praticiens, gestionnaires et chercheurs comme source d'innovation en CLSC*, ed. Université de Sherbrooke. 2008, Sherbrooke, Québec: Centre de santé et de services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
32. Levin, R.F., et al., *Fostering Evidence-Based Practice to Improve Nurse and Cost Outcomes in a Community Health Setting: A Pilot Test of the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration Model*. Nursing Administration Quarterly, 2011. **35**(1): p. 21-33.
33. Côté, S. and D. St-Cyr Tribble, *Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept*. Recherche en soins infirmiers, 2012. **4**(111): p. 13-21.
34. Phaneuf, M. *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. Carrefour professionnel - profession [PDF] 2008 2014-03-06]; Disponible: [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le\\_jugement\\_clinique-cet\\_outil\\_professionnel\\_d\\_importance.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_d_importance.pdf).
35. Price, A. and B. Price, *Problem-based learning in clinical practice facilitating critical thinking*. Journal for nurses in staff development, 2000. **16**(6): p. 257-64.
36. Price, A., *Encouraging reflection and critical thinking in practice*. Nursing standard, 2004. **18**(47): p. 46-52, quiz 53.
37. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession guide sur le préceptorat et le mentorat*. 2004, Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.

38. Kowalski, K. and C. Casper, *The Coaching Process : An Effective Tool for Professional Development*. Nursing Administration Quarterly, 2007. **31**(2) : p. 171-179.
39. Byrne, M.W. and M.R. Keefe, *Building research competence in nursing through mentoring*. Journal of Nursing Scholarship, 2002. **34**(4) : p. 391-396.
40. Livingston, G., et al., *Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. The American journal of psychiatry, 2005. **162**(11) : p. 1996-2021.
41. Beck, C.K., et al., *Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents*. Nursing research, 2002. **51**(4) : p. 219-228.
42. Wiener, P.K., et al., *A short-term inpatient program for agitated demented nursing home residents*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2001. **16**(9) : p. 866-872.
43. Duron, E., et al., *Formation des soignants et prise en charge des démences en unités de soins de longue durée*. Soins. Gériatrie, 2010(81) : p. 9-13.
44. Bellelli, G., et al., *Special care units for demented patients: a multicenter study*. The Gerontologist, 1998. **38**(4) : p. 456-462.
45. Rayner, A.V., J.G. O'Brien, and B. Shoenbachler, *Behavior disorders of dementia : recognition and treatment*. American family physician, 2006. **73**(4).
46. Hurt, C., et al., *Patient and Caregiver Perspectives of Quality of Life in Dementia*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2008. **26**(2) : p. 138-146.
47. Bourque, M. and P. Voyer, *La gestion des SCPD et psychologiques de la démence, in Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. 2013, ERPI Inc.: Saint-Laurent, Québec. p. 451-478.
48. Voyer, P., et al., *Managing disruptive behaviors with neuroleptics : treatment options for older adults in nursing homes*. Journal of gerontological nursing, 2005. **31**(11) : p. 49-59; quiz 60-61.
49. Morley, J.E., *Behavioral management in the person with dementia*. The journal of nutrition, health & aging, 2012. **17**(1) : p. 35-38.
50. Vugt, M.E.d., et al., *A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia*. International Psychogeriatrics, 2005. **17**(04).
51. Algase, D.L., *Wandering in dementia*. Annual review of nursing research, 1999. **17** : p. 185-217.
52. Buckwalter, K.C., J.M. Stolley, and C.J. Farran, *Managing cognitive impairment in the elderly: conceptual, intervention and methodological issues*. The online journal of knowledge synthesis for nursing, 1999. **6**.

53. Sörensen, S., et al., *Dementia care : mental health effects, intervention strategies, and clinical implications*. *Lancet neurology*, 2006. **5**(11): p. 961-973.
54. Potts, H.W., M.F. Richie, and M.J. Kaas, *Resistance to care*. *Journal of gerontological nursing*, 1996. **22**(11): p. 11-16.
55. Matsumoto, N., et al., *Caregiver Burden Associated with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Elderly People in the Local Community*. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2007. **23**(4): p. 219-224.
56. Voyer, P., *Milieux de soins et SCPD de la démence*, in *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. 2005, Edisem: [Acton Vale, Québec]. p. 309-343.
57. Voyer, P., *Soins infirmiers et troubles du comportement des aînés*. *Santé mentale*, 2010. **152**: p. 49-53.
58. Brauner, S.S., *Impact of the Confused Elderly on the Lucid Aged in a Nursing Home*. *Journal of Gerontological Social Work*, 1989. **14**(1-2): p. 137-152.
59. Ragneskog, H., L.A. Gerdner, and L. Hellström, *Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units*. *Journal of clinical nursing*, 2001. **10**(6): p. 730-736.
60. Lévesque, L., *Alzheimer : comprendre pour mieux aider*. 1990, Montréal, Québec : Editions du Renouveau pédagogique. 331.
61. Hemels, M.E., et al., *Clinical and economic factors in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia*. *Drugs & aging*, 2001. **18**(7): p. 527-550.
62. Kirkevold, Ø. and K. Engedal, *Quality of care in Norwegian nursing homes - deficiencies and their correlates*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008. **22**(4): p. 560-567.
63. Volicer, L., J.T. Van der Steen, and D.H.M. Frijters, *Modifiable Factors Related to Abusive Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2009. **10**(9): p. 617-622.
64. Rodney, V., *Nurse stress associated with aggression in people with dementia : its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping*. *J Adv Nurs*, 2000. **31**: p. 172-80.
65. Castle, N.G. and J. Engberg, *The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes*. *Medical Care*, 2009. **47**(11): p. 1164-1173.
66. Engberg, J., N.G. Castle, and D. McCaffrey, *Physical Restraint Initiation in Nursing Homes and Subsequent Resident Health*. *The Gerontologist*, 2008. **48**(4): p. 442-452.

67. Evans, D. and M. FitzGerald, *Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis*. International journal of nursing studies, 2002. **39**(7): p. 735-743.
68. Kiely, D.K., J.N. Morris, and D.L. Algase, *Resident characteristics associated with wandering in nursing homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2000. **15**(11): p. 1013-1020.
69. Edvardsson, D., et al., *Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care*. International Psychogeriatrics, 2008. **20**(04).
70. Cummings, J.L. and D.V. Jeste, *Alzheimer's disease and its management in the year 2010*. Psychiatric Services, 1999. **50**(9): p. 1173-1177.
71. Murman, D.L., et al., *The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD*. Neurology, 2002. **59**(11): p. 1721-1729.
72. Herrmann, N., et al., *The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care*. International journal of geriatric psychiatry, 2006. **21**(10): p. 972-976.
73. Draper, B. and I.P.A. International Psychogeriatric Association, *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*. 3rd edition ed. 2012, Northfield, Illinois, É.-U. : Draper, Brian. 222.
74. Cohen Mansfield, J., et al., *The Relationships of Environment and Personal Characteristics to Agitated Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia*. The Journal of clinical psychiatry, 2012. **73**(3): p. 392-399.
75. Cohen-Mansfield, J., et al., *Efficacy of Nonpharmacologic Interventions for Agitation in Advanced Dementia: A Randomized, Placebo-Controlled Trial*. The Journal of Clinical Psychiatry, 2012. **73**(09): p. 1255-1261.
76. Bédard, A., et al., *Reducing verbal agitation in people with dementia: evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs*. Aging Ment Health, 2011. **15**: p. 855-65.
77. Cornege Blokland, E., et al., *Reasons to Prescribe Antipsychotics for the Behavioral Symptoms of Dementia: A Survey in Dutch Nursing Homes Among Physicians, Nurses, and Family Caregivers*. Journal of the American Medical Directors Association, 2012. **13**(1): p. 80.e1-80.e6.
78. Declercq, T., et al., *Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, C. The Cochrane and T. Declercq, Editors. 2013, John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK.

79. Cipriani, G., et al., *Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management*. *Geriatrics and gerontology international*, 2011. **11**(4): p. 408-413.
80. Watson Wolfe, K., et al., *Application of the Antipsychotic Use in Dementia Assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia*. *Geriatric nursing*, 2014. **35**(1): p. 71-76.
81. Rapp, M., et al., *Agitation in Nursing Home Residents With Dementia (VIDEANT Trial): Effects of a Cluster-Randomized, Controlled, Guideline Implementation Trial*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2013. **14**(9): p. 690-695.
82. 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*, in *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne*, Société Alzheimer du Canada, Editor. 2011, Société Alzheimer du Canada, : Toronto.
83. de Vries, K., et al., *Workforce Development for Dementia: Development of role, competencies and proposed training for "Primary Care Liaison Worker" to support pathway to diagnosis of dementia*. 2010, Institute of Health and Society, University of Worcester: Worcester, UK. p. 50.
84. Edberg, A.-K., L.A. Gerdner, and K. Buckwalter, *Nurses' guide to BPSD*. BPSD Educational Pack, ed. International Psychogeriatric Association (IPA). 2007, United States: IPA. 45.
85. Agata, E.D., M.B. Loeb, and S.L. Mitchell, *Challenges in Assessing Nursing Home Residents with Advanced Dementia for Suspected Urinary Tract Infections*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2013. **61**(1): p. 62-66.
86. American Psychiatric Association, *Treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias, in Practice Guideline*, Work Group on Alzheimer's Disease and Other Dementias of the American Psychiatric Association, Editor. 2007. p. 86.
87. Gauthier, S., et al., *Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4)*. *Can Geriatr J*, 2012. **15**(4): p. 120-6.
88. Azermai, M., et al., *Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms*. *Ageing Research Reviews*, 2012. **11**(1): p. 78-86.
89. Haute Autorité de Santé, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations.*, HAS, Editor. 2009, Collège de la Haute Autorité de Santé: France.
90. Feldman, H., et al., *Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis*. *Canadian Medical Association Journal*; CMAJ, 2008. **178**(7): p. 825-836.

91. CCCDTD. *Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence. in Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence.* 2006. Montréal.
92. Voyer, P., C. Gagnon, and J. Germain, *Gestion optimale des SCPD et psychologiques de la démence. Aide-mémoire à la prise de décision.* 2009: Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région3 (RMG3). 15.
93. Seitz, D.P., 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): p. 503-506.e2.
94. Edvardsson, D., B. Winblad, and P. Sandman, *Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward.* The Lancet Neurology, 2008. **7**(4): p. 362-367.
95. Gitlin, L.N., H.C. Kales, and C.G. Lyketsos, *Nonpharmacologic Management of Behavioral Symptoms in Dementia.* JAMA, 2012. **308**(19).
96. Turner, J. and J. Snowdon, *An Innovative Approach to Behavioral Assessment and Intervention in Residential Care: A Service Evaluation.* Clinical Gerontologist, 2009. **32**(3): p. 260-275.
97. Vasse, E., et al., *Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 2012. **27**(1): p. 40-48.
98. Vernooij-Dassen, M., et al., *Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care.* International Psychogeriatrics, 2010. **22**(07): p. 1121-1128.
99. Robert, P.H., et al., *Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium.* European Psychiatry, 2005. **20**(7): p. 490-496.
100. Kverno, K., et al., *Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review.* International psychogeriatrics, 2009. **21**(5): p. 825-843.
101. Landreville, P., et al., *Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities.* International Psychogeriatrics, 2006. **18**(01).
102. Robinson, L., 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): p. 9-22.
103. Padilla, D., et al., *The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts: a case report.* International psychogeriatrics, 2013. **25**(3): p. 500-504.



104. Cohen-Mansfield, J., et al., *The value of social attributes of stimuli for promoting engagement in persons with dementia*. The Journal of nervous and mental disease, 2010. **198**(8): p. 586-592.
105. Gil Ruiz, N., et al., *An effective environmental intervention for management of the 'mirror sign' in a case of probable Lewy body dementia*. Neurocase, 2013. **19**(1): p. 1-13.
106. Rasin, J. and D.D. Kautz, *Knowing the resident with dementia : perspectives of assisted living facility caregivers*. Journal of gerontological nursing, 2007. **33**(9): p. 30-36.
107. Cohen-Mansfield, J., *Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia*. Current Treatment Options in Neurology, 2013. **15**(6): p. 765-785.
108. Pulsford, D., J.A. Pulsford, and M. Duxbury, *A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2011. **18**(2): p. 97-104.
109. Haggstrom, E., et al., *Work satisfaction and dissatisfaction--caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home*. J Clin Nurs, 2005. **14**: p. 9-19.
110. Zimmerman, S., et al., *Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia*. Gerontologist, 2005. **45 Spec No 1**: p. 96-105.
111. Vernooij-Dassen, M., et al., *Cognitive reframing for carers of people with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(11): p. CD005318.
112. Cassidy, E.L. and J.I. Sheikh, *Pre-intervention assessment for disruptive behavior problems: a focus on staff needs*. Aging Ment Health, 2002. **6**: p. 166-71.
113. Souder, E. and P. O'Sullivan, *Disruptive behaviors of older adults in an institutional setting. Staff time required to manage disruptions*. Journal of gerontological nursing, 2003. **29**(8): p. 31-36.
114. Voyer, P., *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. 2e édition ed. Compétences Infirmières. 2013, Saint-Laurent, Québec : ERPI Inc. 753.
115. Voyer, P., *L'examen clinique de le patient: guide d'évaluation et de surveillance clinique*. Compétences infirmières. 2011, Saint-Laurent : ERPI. xvi, 232 p.
116. Landreville, P., et al., *SCPD et psychologiques de la démence*. 2005, Acton Vale, Québec : Edisem / Maloine. 352.
117. Corbett, A., et al., *Treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease*. Curr Treat Options Neurol, 2012. **14**: p. 113-25.
118. Husebo, B.S., et al., *The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2013.
119. Ballard, C., et al., *Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and*

- psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality.* Expert Opin Drug Saf, 2011. **10** : p. 35-43.
120. Schneider, L.S., et al., *Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease.* N Engl J Med, 2006. **355** : p. 1525-38.
  121. Morin, S., Études supérieures recherche. Guide étudiant, Vice-rectorat aux études supérieures de l'Université de Sherbrooke, Editor. 2006 : Sherbrooke, Québec. p. 74.
  122. American Association of Colleges of Nursing. *The essentials of master's degree education in nursing.* Essential Series [pdf] 2011; 64]. Available from : <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/essential-series>.
  123. American Association of Colleges of Nursing, *Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for the nursing care of older adults. A supplement to The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice.*, in *Essential Series*. 2010, American Association of Colleges of Nursing and Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University, : Washington, DC. p. 64.
  124. Voyer, P., *Importance de la formation pour l'application des ordonnances collectives,* in *Conférences Web*. 2011, Philippe Voyer : Québec, Qc.
  125. Voyer, P., *Les échelles de mesure versus le jugement clinique infirmier.*, in *Capsules Web*. 2010, Philippe Voyer : Québec, Qc.
  126. Voyer, P., *Administrer des médicaments PRN et le jugement clinique,* in. 2010, Philippe Voyer : Québec, Qc.
  127. American Association of Colleges of Nursing, *Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Competencies*, Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and National Association of Clinical Nurse Specialists, Editor. 2010 : Washington DC. p. 30.

# Annexes

# **Annexe 1 –**

## **Formulaires de demande de service**

Formulaire M1.0 – Demande de services

Formulaire M1.1 – Demande de mentorat clinique du CEVQ

Formulaire M1.2 – Demande d'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

Formulaire M1.3 – Demande de rôle-conseil

## M1.0 Demande de services

### Équipe de mentorat clinique du CEVQ

Date de la demande		
Nom de l'établissement		
Type d'établissement	<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CSSS	<input type="checkbox"/> CHLSD privé conventionné <input type="checkbox"/> Établissement privé <input type="checkbox"/> Autre : _____
Secteur d'activité	<input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Soins généraux de courte durée <input type="checkbox"/> Urgence/triage <input type="checkbox"/> Clinique réseau <input type="checkbox"/> Soutien à domicile <input type="checkbox"/> Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)	<input type="checkbox"/> UCDG <input type="checkbox"/> URFI <input type="checkbox"/> UJEG <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Ressource de transition <input type="checkbox"/> Autre : _____
Région administrative	<input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/> Saguenay <input type="checkbox"/> Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/> Mauricie et Centre-du-Québec <input type="checkbox"/> Côte-Nord <input type="checkbox"/> Gaspésie- Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/> Autre : _____
Nom du demandeur et fonction		
Direction concernée		
Coordonnées	Téléphone : (    ) _____ Télécopieur : (    ) _____ Adresse courriel : _____	

#### Pour une demande de

Mentorat clinique des nouvelles compétences, compléter le formulaire **M1.1**

Intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne, compléter le formulaire **M1.2**

Rôle conseil, compléter le formulaire **M1.3**

#### Pour nous joindre

Télécopieur : 418 682-7754

Téléphone : 418 682-7511 poste 4844

cevq.mentorat.cha@ssss.gouv.qc.ca

## M1.1 Demande de mentorat clinique du CEVQ

Objectifs poursuivis	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Nombre prévu de participants	
Les participants ont suivi une formation offerte par le CEVQ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compétence visée par la demande de mentorat (examen pulmonaire, cardiaque, abdominal, prévention des chutes, SCPD, etc.)	Spécifier: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Un plan de déploiement de la nouvelle compétence est prévu par l'organisation. De quelle façon les nouvelles connaissances seront transmises dans votre organisation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, préciser: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Faire parvenir ce formulaire par télécopieur au CEVQ, 418 682-7754.

## M1.2 Demande d'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

Description du problème clinique	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Est-ce que le patient concerné a une condition psychiatrique associée ou un profil psychiatrique antérieur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, préciser :  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Si le problème concerne les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, compléter la section suivante.

Est-ce qu'un médecin est impliqué dans le dossier pour le problème qui fait l'objet de la demande ?  Si oui, est-il favorable à l'intervention de l'équipe de mentorat ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'un examen médical a été fait depuis l'apparition du SCPD ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'un examen clinique a été fait par une infirmière depuis l'apparition du SCPD ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'équipe soignante a reçu une formation sur les techniques de communication adaptées à l'aîné présentant ce problème ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Est-ce qu'une analyse du problème a été faite par les intervenants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'une grille d'observation a été utilisée pour l'analyse du problème ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Est-ce qu'un plan d'intervention a été élaboré par les intervenants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : La durée de l'application des interventions : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> Le résultat obtenu (% approximatif d'amélioration du SCPD): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Est-ce que les intervenants acceptent de rencontrer l'équipe de mentorat du CEVQ pour discuter du cas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Faire parvenir ce formulaire par télécopieur au CEVQ, 418 682-7754.



### M1.3 Demande de rôle conseil

#### Développement et déploiement de programmes de soins

Est-ce que vous avez une personne sur un poste de pratique avancée dans votre organisation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Programme de soins à développer	<input type="checkbox"/> Prévention des chutes <input type="checkbox"/> Prévention du delirium <input type="checkbox"/> Diminution des mesures de contrôle <input type="checkbox"/> Rééducation vésicale <input type="checkbox"/> Dépistage de la dépression <input type="checkbox"/> Dépistage de la dysphagie <input type="checkbox"/> Autres Spécifier : _____
Autre demande	Préciser _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Faire parvenir ce formulaire par télécopieur au CEVQ, 418 682-7754.

## **Annexe 2 –** Grille d'attribution de priorité pour les demandes de rôle conseil

## M9.0 Grille d'attribution de priorité

### Rôle conseil

Programme à développer	<input type="checkbox"/> SCPD	<input type="checkbox"/> Delirium
Établissement		
Date de la demande		

Critères	Pointage
1. L'organisation fait partie de la clientèle desservie par le RUIS-UL. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
2. L'organisation a une personne qui occupe un poste de pratique avancée. <input type="checkbox"/> Oui (—) <input type="checkbox"/> Non (1 pt)	
3. Un problème spécifique est rencontré dans le milieu et nécessite le développement du programme. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
4. Une date est prévue pour l'implantation du programme. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
5. Il existe un programme provincial connu sur la thématique (par exemple : contentions physiques, approche adaptée aux aînés). <input type="checkbox"/> Oui (—) <input type="checkbox"/> Non (1 pt)	
6. Autre demande <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
	TOTAL :

**Annexe 3 –**  
Fiche d'évaluation du rôle conseil

## M5.0 Fiche d'évaluation

### Rôle-conseil

Programme	
Établissement	
Intervenante(s)	
Date(s)	Début de l'intervention : _____ Fin de l'intervention : _____
Durée de l'intervention	

Veillez indiquer votre degré d'appréciation de l'activité selon l'échelle suivante :

**1** : Tout à fait d'accord      **3** : Plutôt en désaccord      **S.O.** : Sans objet  
**2** : Plutôt en accord      **4** : Tout à fait en désaccord

Énoncés	1	2	3	4	S.O.
<b>Intervention</b>					
L'intervention a favorisé l'implication de l'équipe et des personnes ressources.					
L'organisation a reçu un soutien adéquat pour le développement du programme.					
L'intervention a permis une planification adéquate des stratégies de transfert des connaissances pour l'organisation.					
Les équipes et les personnes ressources ont reçu le soutien nécessaire lors de la planification du déploiement du programme dans le milieu.					
La durée de l'intervention a été adéquate.					
Les documents transmis étaient de qualité.					
<b>Intervenante</b>					
L'intervenante avait une approche qui favorisait les échanges avec l'équipe.					
Ses méthodes d'intervention étaient adéquates et adaptées aux besoins.					
L'intervenante avait les connaissances requises ou pouvait faire appel à des ressources spécifiques pour le bénéfice de l'organisation.					
L'intervenante était disponible pour répondre à nos questions.					
Les explications données à l'équipe étaient claires.					

Énoncés	1	2	3	4	S.O.
<b>Apprentissage et utilisation future</b>					
L'intervention a permis d'acquérir de nouvelles connaissances favorisant le développement du programme.					
L'équipe pourra se servir des apprentissages acquis dans l'application de nouveaux programmes de soins.					
<b>Appréciation générale de l'intervention</b>					
L'intervention a été utile pour notre organisation.					
J'aurais recours de nouveau à l'équipe de mentorat sans hésitation.					

**Qu'est-ce qui a été le plus aidant pour votre organisation ?**

---



---



---



---



---



---

**Comment l'intervention pourrait-elle être améliorée ?**

---



---



---



---



---



---

**Autres commentaires :**

---



---



---



---



---



---

## **Annexe 4 –** Qualités recherchées chez un mentor local

## Choisir un mentor local

Rôles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être un accompagnateur</li> <li>• Être un agent de changement</li> </ul>
Préalables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posséder la compétence sur le plan théorique</li> <li>• Avoir une philosophie d'entraide             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accepter de répondre aux questions et de jouer le rôle de mentor auprès de ses pairs</li> </ul> </li> <li>• Connaître le plan de déploiement de la compétence             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprendre les attentes de l'organisation                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les objectifs</li> <li>• Connaître leur fonction</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Qualités privilégiées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilité à transmettre des connaissances</li> <li>• Être disponible</li> <li>• Aimer partager</li> <li>• Avoir de la patience</li> <li>• Avoir une bonne écoute</li> <li>• Communiquer avec facilité</li> <li>• Être persévérant</li> <li>• Être un bon leader             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Croire aux changements</li> <li>- Croire en la personne</li> </ul> </li> </ul>

Source: VOYER, P « Le mentorat clinique », *Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec*, [Capsule web], 2010, [www.cha.quebec.qc.ca/cevq](http://www.cha.quebec.qc.ca/cevq).

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014



**Annexe 5 –**  
Grille d’attribution de priorité  
pour les demandes de mentorat clinique

## M8.0 Grille d'attribution de priorité

### Mentorat clinique des nouvelles compétences

Type de mentorat	
Établissement	
Date de la demande	
Critères	Pointage
1. L'organisation fait partie de la clientèle desservie par le RUIS-UL <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
2. Nombre de participants ayant suivi une formation donnée par le CEVQ <input type="checkbox"/> + de 20 (2 pts) <input type="checkbox"/> 10-20 (1 pt) <input type="checkbox"/> - de 10 (—)	
3. Le milieu clinique a un objectif clair visant l'amélioration des soins à l'ainé. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
4. Déterminer quelle est la proportion d'ainés desservie par l'établissement (%) faisant la demande <input type="checkbox"/> + de 50 % (2pts) <input type="checkbox"/> 25 – 50 % (1 pt) <input type="checkbox"/> - de 25 % (—)	
5. L'organisation a prévu et rédigé un plan de déploiement de la compétence pour laquelle le mentorat est demandé <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
6. L'échéancier du déploiement de la nouvelle compétence est clairement établi dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
L'organisation qui obtient le pointage le plus élevé sera priorisée.	Total:
Si deux organisations obtiennent le même pointage, on se réfère à la date de formation	
7. La demande de mentorat s'inscrit dans les six mois suivant la formation <input type="checkbox"/> Oui (1 pt)                      Date: _____ <input type="checkbox"/> Non (—)                      Date: _____	<b>Total :</b>

## **Annexe 6 –**

Analyse d'une demande de mentorat  
des nouvelles compétences ou  
d'une intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

## M2.0 Analyse d'une demande

Date de réception	
Nom de l'établissement	
Nom du demandeur et fonction	
Direction concernée	
Cibles d'intervention et préalables	<input type="checkbox"/> 1. Mentorat clinique des nouvelles compétences <input type="checkbox"/> • Formation du CEVQ <input type="checkbox"/> • Plan de déploiement organisationnel <input type="checkbox"/> 2. Intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne <input type="checkbox"/> • Analyse préalable de la situation <input type="checkbox"/> 3. Conseiller au développement et au déploiement de programmes de soins <input type="checkbox"/> • Absence de ressource clinique spécialisée ou de pratique avancée <input type="checkbox"/> • Problème spécifique qui justifie le développement du programme.
Date prévue de l'intervention	
Durée prévue d'intervention, nombre d'heures ou de jour(s)	
Nombre de mentor(s) demandé(s)	

### Analyse de la demande par le CEVQ

Acceptation de la demande de mentorat	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Justification du refus	_____
Nombre de mentor(s)	_____
Noms des mentors	_____
Date du début de l'intervention	_____
Date prévue de fin d'intervention	_____
Date d'évaluation de la demande	_____
Date d'évaluation clinique (si intervention clinique de 2 <sup>e</sup> ligne)	_____

Analyse effectuée par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **Annexe 7 –**

### **Horaire type de chacun des mentorats cliniques des nouvelles compétences**

- Document M-DM-01 – Déroulement du mentorat clinique sur l'examen pulmonaire
- Document M-DM-02 – Déroulement du mentorat clinique sur l'examen pulmonaire à l'urgence
- Document M-DM-03 – Déroulement du mentorat clinique sur l'évaluation et surveillance de l'aîné en perte d'autonomie
- Document M-DM-04 – Déroulement du mentorat clinique sur les SCPD
- Document M-DM-05 – Déroulement du mentorat clinique sur l'évaluation du risque de chute
- Document M-DM-06 – Déroulement du mentorat clinique sur l'examen clinique de l'état mental
- Document M-DM-07 – Déroulement du mentorat clinique sur l'examen cardiaque
- Document M-DM-08 – Déroulement du mentorat clinique sur l'examen abdominal
- Documents M-DM-09 – Déroulement du mentorat clinique sur l'usage optimal de la médication
  - M-DM-09-1. Planification de la surveillance clinique de la pharmacothérapie
  - M-DM-09-2. Auto-administration des médicaments
  - M-DM-09-3. Révision du profil pharmacologique

## M-DM-01

### Déroulement du mentorat clinique sur l'examen pulmonaire

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir une relation de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire preuve d'ouverture</li> <li>Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>Demeurer professionnel</li> <li>Être à l'écoute des questions des participants</li> <li>Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée. (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter l'activité détaillée</li> <li>Assurer une diversité des patients et une évolution en complexité</li> <li>Permettre aux participants d'écouter un échantillonnage diversifié des bruits respiratoires               <ul style="list-style-type: none"> <li>Cas de démence</li> <li>Cas BPCO</li> <li>Cas avec démence sévère et alité pour identifier l'atélectasie.</li> <li>Cas de pneumonie et OAP, si disponible</li> <li>Tous les cas disponibles</li> </ul> </li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir un patient sans problème cognitif, capable de tolérer le groupe au chevet.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire toutes les étapes de l'examen</li> <li>Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>Faire ausculter le patient par un participant</li> <li>Sortir de la chambre pour commenter l'exercice</li> <li>Demander de rédiger la note clinique</li> </ul> </li> <li>Aviser la personne qui auscultera qu'après la démonstration elle devra nommer les sites auscultés et les bruits entendus.</li> <li>Ne pas oublier de choisir la première personne qui auscultera avant d'entrer dans la chambre.</li> </ul>
Pratique de l'examen clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>Développer la confiance du participant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diviser le groupe               <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire pratiquer la routine complète aux participants.</li> <li>Faire nommer par le participant qui fait l'examen, le site ausculté et le bruit entendu</li> <li>Valider les résultats pour chaque patient avant de quitter la chambre</li> <li>Commenter la performance du participant (ne pas oublier le renforcement positif)</li> <li>Pour le 1<sup>er</sup> patient, faire chercher au dossier :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>les exacerbations dans le dernier mois (toux, expecto, dyspnée. Si le même symptôme revient + d'une fois dans le même quart de travail ou même journée compter pour 1 exacerbation.</li> <li>fluctuation ou stabilité du poids dans les 3 derniers mois.</li> </ul> </li> <li>Faire écrire la note clinique (après 2-3 notes cliniques, ne faire que des auscultations)</li> </ul> </li> <li>En après-midi, ne faire que des auscultations</li> <li>Stratégies pédagogiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire du renforcement positif</li> <li>Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>Éviter d'interrompre les participants lors de l'examen clinique, sauf pour une cause majeure</li> </ul> </li> </ul>

\*\*\* Dans un centre de plus de 100 résidents, les auscultations des participants se feront individuellement, sinon les regrouper. \*\*\*

\*\*\* Si deux mentors sont présents pour le même mentorat, échanger de groupes durant la journée. \*\*\*

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

## M-DM-02

### Déroulement du mentorat clinique sur l'examen pulmonaire adapté à l'urgence

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir une relation de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questions des participants</li> <li>• Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée. (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter l'activité détaillée</li> <li>• Assurer une diversité des patients et une évolution en complexité</li> <li>• Permettre aux participants d'écouter un échantillonnage diversifié des bruits respiratoires               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas de démence</li> <li>- Cas BPCO</li> <li>- Cas avec démence sévère et alité pour identifier l'atélectasie</li> <li>- Cas de pneumonie et OAP, si disponible</li> <li>- Tous les cas disponibles</li> </ul> </li> </ul>
Démonstration	Permettre l'apprentissage d'une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un patient sans problème cognitif, capable de tolérer le groupe au chevet.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire toutes les étapes de l'examen respiratoire aigu</li> <li>- Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>- Faire ausculter le patient par un participant</li> <li>- Sortir de la chambre pour commenter l'exercice</li> <li>- Demander de rédiger la note clinique</li> </ul> </li> <li>• Aviser la personne qui auscultera qu'après la démonstration elle devra nommer les sites auscultés et les bruits entendus.</li> <li>• Ne pas oublier de choisir la première personne qui auscultera avant d'entrer dans la chambre. Si le département n'a pas d'outil pour la note clinique sur l'évaluation pulmonaire, demander de rédiger une note au dossier en se référant à l'exemple de l'aide-mémoire.</li> </ul>
Pratique de l'examen clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>• Développer la confiance du participant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (si possible deux participants/groupe)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire pratiquer la routine complète aux participants</li> <li>- Valider les résultats avant que le participant ne change de patient</li> <li>- Commenter la performance du participant (ne pas oublier de faire du renforcement positif)</li> <li>- Faire écrire la note clinique (si indiqué)</li> </ul> </li> </ul> <p>En après-midi, ne faire que des auscultations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies pédagogiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'examen clinique, sauf pour une cause majeure</li> </ul> </li> </ul>

## M-DM-03

### Déroulement du mentorat clinique sur l'évaluation et la surveillance de l'aîné en perte d'autonomie

1 <sup>er</sup> mentorat (3 hres)	2 <sup>e</sup> mentorat (2 hres)	3 <sup>e</sup> mentorat (2 hres)
<p>13 h - Arrivée au local désigné</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le premier contact</li> <li>• Établir une relation qui favorisera les échanges</li> <li>• Expliquer le déroulement de l'activité</li> </ul>	<p>13 h 30 - Rencontre avec les participants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se rendre immédiatement sur l'unité</li> </ul>	<p>13 h 30 - Rencontre avec les participants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer le rôle du mentor</li> </ul>
<p>13 h 15 - Se rendre sur l'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire une démonstration <ul style="list-style-type: none"> <li>- Choisir un patient sans problème cognitif</li> </ul> </li> <li>• Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>• Faire les cinq étapes suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Échelle de Glasgow</li> <li>2. Signes neurologiques de base</li> <li>3. Détection de la déshydratation</li> <li>4. Auscultation des bases pulmonaires</li> <li>5. Palpation profonde de l'abdomen</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser les participants par groupes de deux</li> <li>• Faire les cinq étapes suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Échelle de Glasgow</li> <li>2. Signes neurologiques de base</li> <li>3. Détection de la déshydratation</li> <li>4. Auscultation des bases pulmonaires</li> <li>5. Palpation profonde de l'abdomen</li> </ol> </li> <li>• Valider l'auscultation pulmonaire et la palpation abdominale avant de quitter la chambre; valider toutes les équipes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser les participants par groupe de deux <ul style="list-style-type: none"> <li>- un participant fait les cinq étapes de l'examen</li> <li>- l'autre participant supervise et valide l'auscultation et la palpation</li> <li>- Le mentor dirige le participant superviseur, au besoin</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser les participants par groupes de deux</li> <li>• Faire répéter les étapes 1 à 5 par les participants <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valider l'auscultation pulmonaire et la palpation abdominale avant de quitter la chambre; valider toutes les équipes.</li> <li>- Retourner au local pour commenter les performances (ne pas oublier de faire du renforcement positif)</li> <li>- Faire noter les résultats de l'examen sur la feuille « Examen clinique lors d'un examen complexe »</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retourner au local pour commenter les performances</li> <li>• Ne pas oublier de faire du renforcement positif <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire noter les résultats de l'examen sur la feuille « Examen clinique lors d'un examen complexe »</li> <li>- Demander aux participants si des questions persistent</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retourner au local pour commenter les performances</li> <li>• Le participant superviseur est celui qui commente, le mentor l'assiste</li> <li>• Ne pas oublier de faire du renforcement positif</li> <li>• Demander aux participants si des questions persistent</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour sur l'unité, reprendre les étapes précédentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour sur l'unité, reprendre les étapes précédentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refaire l'exercice avec l'autre participant</li> </ul>
<p>15 h 45 - Faire compléter les évaluations de l'activité</p>	<p>15 h 15 - Faire compléter les évaluations</p>	<p>15 h 15 - Faire compléter les évaluations</p>
<p>16 h - Fin de l'activité</p>	<p>15 h 30 - Fin de l'activité</p>	<p>15 h 30 - Fin de l'activité</p>



**Directives complémentaires**

- La veille du mentorat, se rendre dans le milieu pour présélectionner et évaluer les patients pour permettre aux participants d'écouter un échantillonnage diversifié des bruits respiratoires.
- Assurer une diversité des clients pour éviter que ce soit toujours les mêmes qui soient sollicités pour les mentorats. De plus, cette variété permettra une évolution en complexité des cas.

**Matériel nécessaire pour le mentorat**

- Stéthoscope
- Stéthoscope double (facultatif)
- Lampes pour la réaction pupillaire (3)
- 4 batteries pour les lampes
- Aide-mémoire pour chaque participant
- Formulaire d'évaluation pour le mentorat clinique

---

*Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014*

## M-DM-04

### Déroulement du mentorat clinique sur les SCPD

Étapes	Objectifs	Directives/interventions
Premier contact (± 15 minutes)	Établir une relation de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questions</li> <li>• Explorer les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement du mentorat (max. 15 min)	Partager la démarche utilisée afin d'assurer le bon déroulement de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter l'activité détaillée               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribution des documents</li> <li>- Démarche d'intervention clinique</li> <li>- M-SCPD-01 Collecte initiale des données</li> <li>- M-SCPD-02 Histoire biographique</li> <li>- Grille d'observation</li> <li>- Guide d'utilisation de la grille d'observation clinique</li> <li>- M-SCPD-05 Plan d'intervention</li> <li>- M-SCPD-03 Relevé de la médication</li> </ul> </li> </ul>
Explications de l'utilisation des documents	Apprendre une démarche structurée pour l'évaluation des SCPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarche d'intervention clinique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir toute la démarche avec le document « Démarche d'intervention clinique d'évaluation des SCPD »</li> </ul> </li> <li>• Collecte initiale de données               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir le document et répondre aux questions</li> </ul> </li> <li>• Histoire biographique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir le document et répondre aux questions</li> <li>- Démontrer l'importance de faire ressortir les champs d'intérêts ou les particularités qui pourront influencer le plan d'intervention</li> </ul> </li> <li>• Examen clinique infirmier               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir le document et répondre aux questions</li> </ul> </li> <li>• Grille d'observation clinique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir le document avec le guide d'utilisation et répondre aux questions</li> <li>- <b>Particularité</b>: La grille d'observation clinique est utilisée seulement dans les cas complexes de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence lorsque la compréhension de ceux-ci est difficile (i.e. le comportement ne se présente pas toujours de la même façon, dans un même contexte, à un moment précis de la journée ou aucune cause sous-jacente n'a pu être identifiée à la suite de l'examen clinique de l'état mental et physique).</li> </ul> </li> <li>• Plan d'intervention               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir le document et expliquer la forme</li> <li>- Référencer au RMG3 Aide-mémoire à la prise de décision</li> </ul> </li> <li>• Relevé de la médication               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir le document et expliquer son utilisation</li> <li>- Répondre aux questions</li> </ul> </li> </ul>

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

## M-DM-05

### Déroulement du mentorat clinique sur l'évaluation du risque de chutes

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir un climat de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questionnements des participants</li> <li>• Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée. (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation détaillée de l'activité</li> <li>• Assurer une diversité des patients</li> <li>• Permettre aux participants de faire l'examen clinique sur des patients qui présentent différents problèmes ou pathologies ayant un impact sur le risque de chute (ex. diabète, parkinson, douleur aux pieds, etc.)</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un patient sans problème cognitif, ni de mobilité, capable de tolérer le groupe au chevet.</li> <li>• Faire toute les étapes de l'examen clinique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- inspection, palpation et percussion</li> <li>- tests optionnels aussi</li> </ul> </li> <li>• Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>• Se retirer et commenter l'exercice, répondre aux questions des participants</li> </ul>
Pratique de l'examen clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>• Développer la confiance des participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (si possible trois participants/groupe)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire faire l'examen clinique complet par les participants</li> <li>- Commenter la performance du participant.</li> </ul> </li> <li>• Lorsque toutes les équipes ont fait l'examen clinique, se retirer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commenter sans cibler un participant en particulier.</li> <li>- Faire écrire la note clinique</li> <li>- Faire retour sur la note clinique</li> </ul> </li> </ul> <p>En après-midi, faire l'examen clinique seulement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies pédagogiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'application de l'examen, sauf pour une cause majeure</li> </ul> </li> </ul>

#### Directives complémentaires

- Si les participants pratiquent dans le milieu où aura lieu le mentorat, leur demander de faire une présélection des patients. Sinon, le mentor responsable de l'activité devra se rendre dans le milieu pour présélectionner et évaluer les patients.
- Assurer une diversité des patients pour éviter que ce soit toujours les mêmes qui soient sollicités pour les mentorats. De plus, cette variété permettra une évolution en complexité des cas.

#### Matériel nécessaire pour le mentorat

- Stéthoscope (HTO)
- Diapason 128 C
- Marteau Taylor (réflexes)
- Grille d'analyse du risque de chute
- Aide-mémoire pour chaque participant
- Formulaires d'évaluation pour le mentorat clinique
- Grille d'évaluation du risque de chute – Instrument d'analyse d'une chute
- Grille de satisfaction

## M-DM-06

### Déroulement du mentorat clinique sur l'examen clinique de l'état mental

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir un climat de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questionnements des participants</li> <li>• Explorer les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée. (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter l'activité détaillée (remise des documents)</li> <li>• Assurer une diversité des patients</li> <li>• Débuter avec des patients sans problème cognitif et poursuivre en augmentant la complexité des cas. (problèmes cognitifs à différents stades)</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un patient sans problème cognitif, capable de tolérer le groupe au chevet</li> <li>• Faire toute les étapes de l'examen clinique de suivi adapté au delirium (anamnèse, inspection)</li> <li>• Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>• Se retirer et répondre aux questions des participants</li> </ul>
Pratique de l'examen clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>• Développer la confiance des participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (si possible deux participants/groupe)</li> <li>• Faire pratiquer l'examen clinique complet par les participants en attribuant un suivi particulier par équipe (delirium, démences, dépression)</li> <li>• Commenter la performance du participant</li> <li>• Lorsque toutes les équipes ont fait l'examen clinique, se retirer : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commenter sans cibler un participant en particulier</li> <li>- Analyser les résultats des tests (1 pt/prob.)</li> <li>- Faire écrire la note clinique</li> <li>- Faire retour sur la note clinique</li> </ul> </li> </ul> <p>En après-midi, faire pratiquer seulement l'examen clinique (s'assurer que chaque participant a pratiqué tous les tests durant la journée)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'application de l'examen, sauf pour une cause majeure</li> </ul> </li> </ul>

#### Directives complémentaires

- Si les participants pratiquent dans le milieu où aura lieu le mentorat, leur demander de faire une présélection des patients (ne pas oublier de faire part des critères de sélection). Sinon, le mentor responsable de l'activité devra se rendre dans le milieu pour en présélectionner.
- Assurer une diversité des patients pour éviter que ce soit toujours les mêmes qui soient sollicités pour les mentorats. De plus, cette variété permettra une évolution en complexité des cas.

#### Matériel nécessaire pour le mentorat

- Aide-mémoire pour chaque participant
- Tous les tests nécessaires pour l'évaluation mentale
- Formulaire d'évaluation pour le mentorat clinique

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

## M-DM-07

### Déroulement du mentorat clinique sur l'examen cardiaque

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir une relation de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire preuve d'ouverture</li> <li>Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>Demeurer professionnel</li> <li>Être à l'écoute des questions des participants</li> <li>Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée. (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter l'activité détaillée et l'aide-mémoire</li> <li>Assurer une diversité des patients et une évolution en complexité</li> <li>Permettre aux participants d'écouter un échantillonnage diversifié des bruits cardiaques (souffle, B3, B4)</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir un patient sans problème cognitif, capable de tolérer le groupe au chevet. <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire toutes les étapes de l'examen</li> <li>Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>Faire ausculter le patient par un participant</li> <li>Sortir de la chambre et commenter l'exercice</li> <li>Répondre aux questions</li> <li>Demander de rédiger la note clinique (suivi)</li> </ul> </li> <li>Aviser la personne qui auscultera qu'après la démonstration elle devra nommer les sites auscultés.</li> <li>Ne pas oublier de choisir la première personne qui auscultera avant d'entrer dans la chambre.</li> </ul>
Pratique de l'examen clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>Développer la confiance du participant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diviser le groupe (deux pers/groupe si possible) <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire pratiquer la routine complète aux participants</li> <li>Valider les résultats avant de quitter la chambre</li> <li>Commenter la performance du participant (ne pas oublier de faire du renforcement positif)</li> <li>Faire écrire la note clinique (après deux notes cliniques, ne faire que des auscultations)</li> </ul> </li> </ul> <p>En après-midi, ne faire que des auscultations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire du renforcement positif</li> <li>Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>Éviter d'interrompre les participants lors de l'application de l'examen clinique, sauf pour une cause majeure</li> </ul> </li> </ul>

\*\*\* Dans un centre de plus de 100 résidents, les auscultations des participants se feront individuellement, sinon les regrouper. \*\*\*

\*\*\* Si deux mentors sont présents pour le même mentorat, échanger de groupes durant la journée. \*\*\*

#### Directives complémentaires

- La veille du mentorat, se rendre dans le milieu pour présélectionner et évaluer les clients pour permettre aux participants d'écouter un échantillonnage diversifiée des bruits respiratoires.
- Assurer une diversité des clients pour éviter que ce soit toujours les mêmes qui soient sollicités pour les mentorats. De plus, cette variété permettra une évolution en complexité des cas.

#### Matériel nécessaire pour le mentorat

- Stéthoscope
- Stéthoscope double (facultatif)
- Tampons d'alcool
- Aide-mémoire pour chaque participant
- Formulaires d'évaluation pour le mentorat clinique

## M-DM-08

### Déroulement du mentorat clinique sur l'examen abdominal

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir une relation de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questionnements des participants</li> <li>• Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation détaillée de l'activité</li> <li>• Présentation de l'aide-mémoire</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un patient sans problème cognitif, capable de tolérer le groupe au chevet. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire toutes les étapes de l'examen incluant les tests optionnels</li> <li>- Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>- Faire ausculter un patient par un participant</li> <li>- Sortir de la chambre et commenter l'exercice</li> <li>- Répondre aux questions</li> <li>- Demander de rédiger la note clinique (suivi)</li> </ul> </li> <li>• Ne pas oublier de choisir la première personne qui auscultera avant d'entrer dans la chambre.</li> </ul>
Pratique de l'examen clinique par les participants	Favoriser l'intégration et le transfert des acquis Développer la confiance du participant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (deux pers/groupe si possible) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire pratiquer la routine complète aux participants</li> <li>- Faire la palpation profonde afin de vérifier si le participant atteint la profondeur maximum</li> <li>- Commenter la performance du participant (ne pas oublier de faire du renforcement positif)</li> <li>- Faire écrire la note clinique (après deux notes cliniques, ne faire que des auscultations)</li> </ul> </li> </ul> <p>En après-midi, ne faire que des auscultations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'application de l'examen clinique, sauf pour une cause majeure</li> </ul> </li> </ul>

\*\*\* Dans un centre de plus de 100 résidents, les auscultations des participants se feront individuellement, sinon les regrouper. \*\*\*

\*\*\* Si deux mentors sont présents pour le même mentorat, échanger de groupes durant la journée. \*\*\*

#### Directives complémentaires

- Si les participants pratiquent dans le milieu où aura lieu le mentorat, demander de faire une présélection des patients. Sinon, le mentor responsable de l'activité devra se rendre dans le milieu pour présélectionner et évaluer les patients.
- Assurer une diversité des clients pour éviter que ce soit toujours les mêmes qui soient sollicités pour les mentorats. De plus, cette variété permettra une évolution en complexité des cas.

#### Matériel nécessaire pour le mentorat

- Stéthoscope
- Stéthoscope double (facultatif)
- Tampons d'alcool 3333
- Aide-mémoire pour chaque participant
- Formulaire d'évaluation pour le mentorat clinique

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

## M-DM-09-1

### Déroulement du mentorat clinique sur l'usage optimal de la médication

#### Planification de la surveillance clinique de la pharmacothérapie

DURÉE DU MENTORAT 3 HEURES

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h30)	Établir un climat de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questionnements des participants</li> <li>• Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée (Début de l'activité à 9 h15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter l'activité détaillée</li> <li>• Assurer une diversité des dossiers (patients)</li> <li>• Permettre aux participants de faire la planification de la surveillance de ≠ profils avec ≠ priorités de santé</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir le dossier d'un patient, faire la planification de la surveillance :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer la cible prioritaire du suivi</li> <li>- À partir du profil pharmacologique, cibler les deux effets secondaires mentaux et les deux effets physiques les plus prévisibles</li> <li>- Déterminer la date du prochain examen</li> <li>- Déterminer la professionnelle responsable du prochain examen de suivi</li> <li>- Expliquer la procédure de documentation</li> <li>- Note au PTI</li> <li>- Écrire le résultat de l'évaluation</li> <li>- Faire suivre les participants avec l'aide-mémoire</li> <li>- Répondre aux questions</li> </ul> </li> </ul>
Pratique de la planification de la surveillance clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>• Développer la confiance des participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (si possible deux participants/groupe)</li> <li>• Faire choisir un dossier par chaque équipe (choisir des patients avec différents problèmes de santé).</li> <li>• Faire pratiquer la planification de la surveillance complète aux participants</li> <li>• Commenter la performance des participants.</li> <li>• Répéter l'exercice pour un total de deux dossiers par équipe</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque toutes les équipes ont pratiqué l'examen clinique, se retirer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commenter sans cibler un participant en particulier.</li> <li>- Faire écrire la note clinique</li> <li>- Faire retour sur la note clinique</li> </ul> </li> <li>• Stratégies pédagogiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'exercice</li> </ul> </li> </ul>

#### Directives complémentaires

- Si les participants pratiquent dans le milieu où aura lieu le mentorat, leur demander de faire une présélection des dossiers. Sinon, le mentor responsable de l'activité devra se rendre dans le milieu pour présélectionner et évaluer les patients.

#### Matériel nécessaire pour le mentorat

- Guide des médicaments
- Aide-mémoire pour chaque participant
- Formulaire d'évaluation pour le mentorat clinique

## M-DM-09-2

### Déroulement du mentorat clinique sur l'usage optimal de la médication

#### Évaluation des capacités de l'ainé à s'auto-administrer les médicaments

DURÉE DU MENTORAT 2X3 HEURES OU 1X6 HEURES

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir un climat de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questionnements des participants</li> <li>• Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation détaillée de l'activité</li> <li>• Assurer une diversité des patients</li> <li>• Permettre aux participants de faire l'évaluation avec des patients présentant différentes problématiques de santé</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un patient qui pourra répondre aux questions et tolérer le groupe au chevet               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer ses capacités à s'auto-administrer ses médicaments</li> <li>- Prendre connaissance du profil pharmacologique</li> <li>- Faire l'évaluation des aptitudes personnelles</li> <li>- Faire l'évaluation de la mémoire                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Court terme</li> <li>- Prospective</li> </ul> </li> <li>- Faire l'évaluation de la santé mentale                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression</li> <li>- Idées suicidaires</li> <li>- Trouble anxieux</li> </ul> </li> <li>- Faire retour sur les données recueillies et analyse</li> <li>- Répondre aux questions</li> </ul> </li> </ul>
Pratique de la planification de la surveillance clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>• Développer la confiance des participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (si possible deux participants/groupe)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire choisir un dossier par chaque équipe (choisir des patients avec différents problèmes de santé).</li> <li>- Faire pratiquer la démarche d'évaluation aux participants</li> <li>- Commenter la performance des participants.</li> <li>- Répéter l'exercice pour un total de deux patients par équipe</li> </ul> </li> <li>• Lorsque toutes les équipes ont pratiqué l'évaluation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commenter sans cibler un participant en particulier.</li> </ul> </li> <li>• Stratégies pédagogiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'exercice</li> </ul> </li> </ul>

#### Directives complémentaires

- Si les participants pratiquent dans le milieu où aura lieu le mentorat, leur demander de faire une présélection des patients et voir la possibilité qu'une médication soit administrée par les participants du mentorat. Sinon, le mentor responsable de l'activité se rendra dans le milieu pour présélectionner et évaluer les patients.

#### Matériel nécessaire pour le mentorat

- Aide-mémoire pour chaque participant
- Photocopies d'un cercle pour le test de l'horloge
- Formulaires d'évaluation pour le mentorat clinique

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014



### M-DM-09-3

## Déroulement du mentorat clinique sur l'usage optimal de la médication

### Révision du profil pharmacologique

DURÉE DU MENTORAT 2X3 HEURES OU 1X6 HEURES

Étapes	Objectifs	Directives et interventions
Premier contact (Arrivée à 8 h 30)	Établir un climat de confiance afin de favoriser les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve d'ouverture</li> <li>• Avoir une attitude chaleureuse</li> <li>• Demeurer professionnel</li> <li>• Être à l'écoute des questionnements des participants</li> <li>• Demander les attentes des participants</li> </ul>
Explication du déroulement de la journée (Début de l'activité à 9 h 15)	Partager la démarche utilisée dans le cadre de l'activité afin d'assurer le bon déroulement de la journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter l'activité détaillée</li> <li>• Assurer une diversité des dossiers (patients)</li> <li>• Permettre aux participants de faire une révision de ≠ profils avec ≠ priorités de santé</li> </ul>
Démonstration	Apprendre une approche structurée de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un patient (qui pourra répondre aux questions et tolérer le groupe au chevet)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire la révision du profil pharmacologique</li> <li>- Déterminer la facilité à administrer/prendre la médication (donner la médication au patient, si possible)</li> <li>- À partir du profil pharmacologique, évaluer la possibilité d'alternatives à la médication</li> <li>- Évaluer la possibilité d'interventions complémentaires                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport sur les résultats de la surveillance clinique</li> <li>- Bilan de santé concernant la priorité ciblée</li> <li>- Fréquence des effets secondaires (mentaux, physiques)</li> <li>- Mettre en évidence les dangers liés à la médication                       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doses potentiellement excessives<sup>s</sup></li> <li>• Plusieurs médicaments appartenant à la même classe</li> <li>• Durée trop longue</li> <li>• Éventualité d'interactions médicamenteuses</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Répondre aux questions</li> </ul> </li> </ul>
Pratique de la planification de la surveillance clinique par les participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intégration et le transfert des acquis</li> <li>• Développer la confiance des participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diviser le groupe (si possible deux participants/groupe)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire choisir un dossier par chaque équipe (choisir des patients avec différents problèmes de santé).</li> <li>- Faire pratiquer la révision du profil pharmacologique complète aux participants</li> <li>- Commenter la performance des participants.</li> <li>- Répéter l'exercice pour un total de deux dossiers par équipe</li> </ul> </li> <li>• Lorsque toutes les équipes ont pratiqué l'évaluation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commenter sans cibler un participant en particulier.</li> </ul> </li> <li>• Stratégies pédagogiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire du renforcement positif</li> <li>- Ne jamais faire plus de deux commentaires négatifs à la fois</li> <li>- Éviter d'interrompre les participants lors de l'exercice</li> </ul> </li> </ul>

### **Directives complémentaires**

- Si les participants pratiquent dans le milieu où aura lieu le mentorat, leur demander de faire une présélection des patients et voir la possibilité qu'une médication soit administrée par les participants du mentorat. Sinon, le mentor responsable de l'activité se rendra dans le milieu pour présélectionner et évaluer les patients.
- Voir si le profil pharmacologique est informatisé et si les effets secondaires y sont intégrés. Sinon, communiquer avec la pharmacie pour explorer la possibilité que ces informations soient fournies.

### **Matériel nécessaire pour le mentorat**

- Aide-mémoire pour chaque participant
- Formulaires d'évaluation pour le mentorat clinique

---

*Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014*

## **Annexe 8 –**

Fiche d'évaluation des mentorats cliniques  
des nouvelles compétences

## M4.0 Fiche d'évaluation

### Mentorat clinique des nouvelles compétences

Programme	
Établissement	
Intervenante(s)	
Date(s)	
Durée de l'intervention	

Veillez indiquer votre degré d'appréciation de l'activité selon l'échelle suivante:

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

Énoncés	1	2	3	4	S.O.
<b>Approche pédagogique</b>					
L'activité permet de faire le lien entre la théorie et la pratique.					
Le contenu abordé est pertinent pour ma pratique.					
L'approche utilisée permet de développer mes habiletés cliniques.					
L'approche utilisée permet de consolider mes apprentissages acquis dans les formations offertes par le CEVQ.					
L'approche utilisée facilite les apprentissages.					
La durée de l'activité est adéquate.					
<b>Intervenante</b>					
L'intervenante a les connaissances requises pour diriger l'activité et répondre à mes questions.					
L'intervenante a une approche qui favorise les échanges avec les participants.					
L'intervenante est en mesure d'adapter ses méthodes pédagogiques à mes besoins.					
Les explications de l'intervenante sont claires.					
<b>Appréciation générale de l'activité</b>					
Je suis satisfaite de l'activité.					
Je recommanderais cette activité à mes collègues.					
À la suite de l'activité de mentorat, j'ai plus d'assurance pour appliquer les notions apprises.					

**Qu'est-ce qui a été le plus utile pour moi dans l'activité de mentorat clinique ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Comment l'intervention pourrait-elle être améliorée pour la rendre plus utile pour moi ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Autres commentaires :**

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Annexe 9 –**

Grille d'attribution de priorité pour  
les demandes d'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

## M10.0 Grille d'attribution de priorité

### Intervention clinique de 2<sup>ième</sup> ligne

Type d'intervention	<input type="checkbox"/> SCPD	<input type="checkbox"/> Delirium
Établissement		
Date de la demande		

Critères	Pointage
1. L'organisation fait partie de la clientèle desservie par le RUIS-UL. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
2. Le patient a une condition psychiatrique associée ou des antécédents de maladies psychiatriques, excluant la dépression gériatrique. <input type="checkbox"/> Oui (—) <input type="checkbox"/> Non (1 pt)	
3. Une analyse du problème a été faite par les intervenants du milieu. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
4. Un plan d'intervention a été élaboré par les intervenants. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
5. Les interventions ont été appliquées sur une période d'au moins quatre semaines par l'équipe soignante. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
6. L'équipe a évalué le résultat de ses interventions avec une méthode éprouvée. <input type="checkbox"/> Oui (1 pt) <input type="checkbox"/> Non (—)	
	TOTAL:

## **Annexe 10 –**

Fiche de la collecte initiale d'information  
pour une intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne



## M-SCPD-01

### Collecte initiale des données

Intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

Milieu :		
Admission :		
Niveau de soins :		
Cas :	Sexe :	Âge :
Personne à contacter :		Tél. :
Médecin :		Tél. :
Complété par :		Date :

#### Étape 1 : Collecte d'information

Phases	Contenu	Description	Interventions/Suivi				
Dossier médical et interventions de l'équipe de mentora	Dx. médicaux et problèmes pertinents		Ex. physiques standards et spécifiques : Cf. formulaire M-SCPD-04-02 Examen clinique infirmier				
	Médication	Cf. formulaire M-SCPD-03 Relevé de la médication					
Autonomie fonctionnelle (si un SMAF a déjà été complété, inscrire le résultat global et la date de l'évaluation)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se nourrir               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale	
		<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle				
		<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se laver               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale	
		<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle				
		<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>S'habiller               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale	
		<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle				
<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretenir sa personne               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale			
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle						
<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonction vésicale               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale			
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle						
<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonction intestinale               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale			
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle						
<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Transfert               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale			
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle						
<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mobiliser               <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonome</td> <td><input type="checkbox"/> Aide partielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stimulation/supervision</td> <td><input type="checkbox"/> Aide totale</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale			
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle						
<input type="checkbox"/> Stimulation/supervision	<input type="checkbox"/> Aide totale						
	SMAF :	Date :					

### Étape 1 : Collecte d'information (suite)

Phases	Contenu	Description
Dossier médical et interventions de l'équipe de mentora	Poids + SV récents	• Poids : kg
		• Pouls : Batt./min
		• T/A : mm hg
		• SAT. : %
		• Respiration : /min.
		• T° : °C
	Autres renseignements cliniques pertinents (contentions physiques, sommeil, nutrition, audition, vision, perturbations métaboliques, ....)	
	État cognitif (attention, état de conscience, orientation, troubles perceptuels, désorganisation de la pensée)	Ex. de l'état mental standards et spécifiques ;  Cf. formulaire M-SCPD-04-02 Examen clinique infirmier
	Comportement (type, fréquence, manifestation clinique)	
	Interventions faites par l'équipe soignante	
	Intervenant(s) dans le dossier	
Équipe soignante • les faits • ne pas tenir compte des interprétations	• Infirmière Selon vous, que serait un comportement acceptable ou tolérable ?	
	• Infirmière auxiliaire Selon vous, que serait un comportement acceptable ou tolérable ?	
	• Préposé aux bénéficiaires Selon vous, que serait un comportement acceptable ou tolérable ?	
Équipe multi.	• Autres professionnels - Ergo, physio, etc. - Intervenante en récréo. - Bénévole	
Médecin	Expliquer la raison de notre intervention	Avisé le : Est-il en accord avec l'intervention ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Famille	Cf. formulaire M-SCPD-02 Histoire biographique	

## Étape 2: Première rencontre

Phases	Contenu	Description
Évaluation du comportement et de l'attitude de la personne	Observation de la personne et de son attitude	
	Observation de sa collaboration possible (Pour évaluer la collaboration de la personne faire une tâche avec elle. Par exemple, mettre un vêtement)	
	Réaction à l'application des principes de l'approche de base	
Environnement physique	Décrire chambre, ameublement, objets et décoration	

### Application du plan d'intervention

Phases	Contenu	Description
Donner les directives reliées à l'application du plan d'intervention	Application des interventions par tous les soignants et les membres de l'équipe inter. 24hres/24hres et 7 jours/7jours Ajustement du PTI	
	Médecin avisé des recommandations	

### Environnement organisationnel

Phases	Contenu	Description
Décrire les spécificités en regard de la situation	Application du plan commencé par l'équipe soignante de façon continue et rigoureuse Horaire des soins Nombre de soignants pour les soins	

### Informations complémentaires reliées à la charge de travail de l'équipe

Titre	Nombre/quart de travail			Ratio patients	Temps/horaire pour interventions spécifiques
	Jour	Soir	Nuit		
Infirmière(s)					
Infirmière(s) auxiliaire(s)					
Préposé(s)					

Source : Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné - Guide d'évaluation et de surveillance clinique. St-Laurent : ERPI. 232 p.

## **Annexe 11 –**

Histoire biographique lors  
d'une intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

**M-SCPD-02**  
**Histoire biographique**

Cas	
Établissement	
Unité	
Personne-ressource	
Complétée par	
Date	

<b>Catégories</b>	<b>Exemples de questions types</b>	<b>Informations recueillies</b>
Famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui est le (la) conjointe + décrire vie couple ?</li> <li>• Combien d'enfants et de petits-enfants la personne a-t-elle ?</li> <li>• Combien de frères et de sœurs a-t-elle ?</li> <li>• Quel type de relations la personne entretient-elle avec sa famille ?</li> <li>• Est-ce qu'il y a présence de conflits familiaux ?</li> <li>• Est-ce qu'il y a des personnes significatives à l'extérieur des membres de la famille ?</li> <li>• Est-ce que la personne reçoit de la visite (fréquence, durée, qui la visite la plus souvent) ?</li> </ul>	
Provenance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle ville la personne est-elle née ?</li> <li>• Dans quelle ville la personne a-t-elle habité la majeure partie de sa vie ?</li> <li>• Quel était le type de résidence de la personne (maison, logement) ?</li> <li>• Est-ce que la personne aimait particulièrement un lieu ?</li> </ul>	
Travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel était le métier de la personne ?</li> <li>• Quel est le niveau de scolarité de la personne ?</li> <li>• Quelle école a-t-elle fréquentée ?</li> <li>• Est-ce que la personne s'est impliquée dans des activités de bénévolat ?</li> </ul>	

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Passions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui stimule la personne ?</li> <li>• Quelles sont ses passions ?</li> <li>• Quelles étaient les activités dans lesquelles elle investissait le plus de temps ?</li> <li>• Quelles étaient ses divertissements et ses occupations à la retraite ?</li> </ul>	
Réalisations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De quoi la personne est-elle la plus fière, selon vous ?</li> <li>• Quelles sont ses plus grandes réalisations personnelles ?</li> <li>• Quelles sont ses plus grandes réalisations professionnelles ?</li> </ul>	
Habitudes de vie et routines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les habitudes alimentaires et d'hydratation de la personne (heure de repas, collation, aliments préférés, type de breuvage,...) ?</li> <li>• Quelles sont ses préférences concernant son hygiène (douche ou bain, moment de la journée) ?</li> <li>• Quelles sont ses habitudes de sommeil et sa routine (heure, activité avant le coucher, siestes,...) ?</li> <li>• Est-ce que la personne est sportive ?</li> <li>• Est-ce que la personne aime les activités extérieures ?</li> <li>• Quelles sont ses habitudes de marche ?</li> </ul> <p>(Toutes les autres habitudes de vie pertinentes)</p>	
Événements marquants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les événements les plus marquants pour la personne (mariage, famille, retraite, décès,...) ?</li> <li>• Quels sont les événements les plus heureux de sa vie ?</li> <li>• Quels sont les événements les plus tristes de sa vie ?</li> <li>• Quelles ont été les épreuves les plus difficiles de sa vie ?</li> </ul>	
Personnalité Qualités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel genre de personne est-elle ? (solitaire, sociable, fonceuse, douce, intellectuelle, ricaneuse, triste, sérieuse,...)</li> <li>• Comment réagit la personne lors des situations difficiles ?</li> <li>• Qu'est-ce qu'elle aime ou déteste chez les autres ?</li> <li>• Quelles sont ses qualités ?</li> <li>• Quelles sont ses défauts ?</li> </ul>	

Produit par Karine Labarre inf. M.Sc. conseillère-cadre au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (à partir de l'aide-mémoire à la prise de décision SCPD du RMG3)

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

**Annexe 12 –**  
Examen clinique infirmier  
lors d'une intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

## M-SCPD-04-2

### Examen clinique infirmier

Cas :	Sexe :	Âge :
Établissement :		
Date de l'examen :		
DX :		
Examen(s) spécifiques requis :		
Complété par :		

#### Signes vitaux

T° :	°C	<input type="checkbox"/> Rectale	<input type="checkbox"/> Buccale
(T° si changement dans l'état de conscience ou changement de comportement ou perte d'autonomie récente)			
Respiration :	/min		
Saturation :	%	<input type="checkbox"/> AA	<input type="checkbox"/> Avec O2 ___ L/min
Pouls :	/min	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Irrégulier
P. artérielle :	/		
Poids :	kg	Stable depuis 3 mois :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Si non, préciser :	kg Date : / /

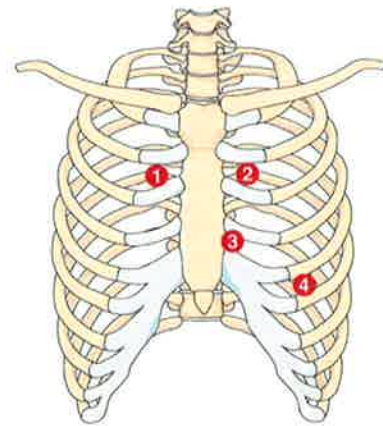
#### Évaluation des problèmes de santé

Perte d'autonomie Récente et soudaine (≤ 1 semaine)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Changement de comportements Récente et soudaine (≤ 1 semaine)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Modification de l'état mental Récente et soudaine (≤ 1 semaine)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand ?
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser le site : Douleur : /10 PACSLAC : <input type="checkbox"/> N/A
Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand ?
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand ?
Signes de problèmes digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Signes de problèmes éliminatoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Isolement social	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand ?



<b>Examen de l'état mental</b>			
Capacité d'attention	<input type="checkbox"/> Attentif	<input type="checkbox"/> Inattentif	
État de conscience	<input type="checkbox"/> Alerté <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique)	<input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Comateux	<input type="checkbox"/> Léthargique (verbal)
Problème(s) perceptuel(s)	Illusion(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :		
	Hallucination(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifier :		
Idée(s) délirante(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser :
Orientation spatio-temporelle	<input type="checkbox"/> Orienté(e)	<input type="checkbox"/> Désorienté(e)	Si désorienté(e), préciser :
Signes de dépression	Préciser :		
	Échelle de dépression :	Gériatrique :	/15 Cornell : /38
Signes d'anxiété	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser :
Signes d'insomnie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser :
Signes de délirium	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :		
	CAM :	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif
Évaluation cognitive	MEEM :	/30	MEEMS : /30
Cohen-Mansfield	Résultat :	/203	
NPI Cummings	Résultat (FxG) :	/ 144	
Autres signes	Préciser :		

<input type="checkbox"/> <b>Sans objet</b>	<b>Examen cardiaque</b> (Minimum requis : foyers aortique et mitral)	
Auscultation	1. Foyer aortique <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	3. Foyer tricuspide <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle
	2. Foyer pulmonaire <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	4. Foyer mitral <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Bruits de galop <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4
Si HTO	T/A (couché): / T/A (assis): /	
Œdème des MI	MID: <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère MIG: <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère	
DRS durant le dernier mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, fréquence:	



1 Foyer aortique      3 Foyer tricuspide  
2 Foyer pulmonaire      4 Foyer mitral

<input type="checkbox"/> <b>Sans objet</b>	<b>Examen abdominal</b> (Minimum requis : Les lobes inférieurs faces antérieure et postérieure)
--	---

**Auscultation**

**FACE ANTÉRIEURE**

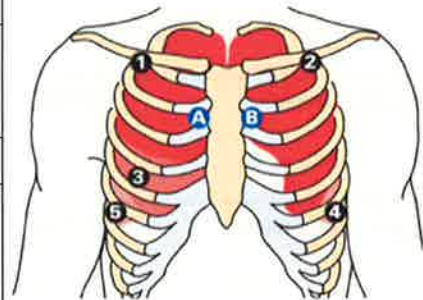
Bronches et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs

Bruits bronchiques (Rapport de 1:1)

	Normaux	Ronchi	Sibilants
A. Bronche droite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Bronche gauche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Murmures vésiculaires (Rapport de 3:1)

	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
1. LSD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. LSG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. LM:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. LIG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. LID:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

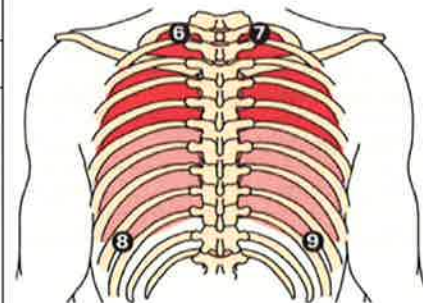


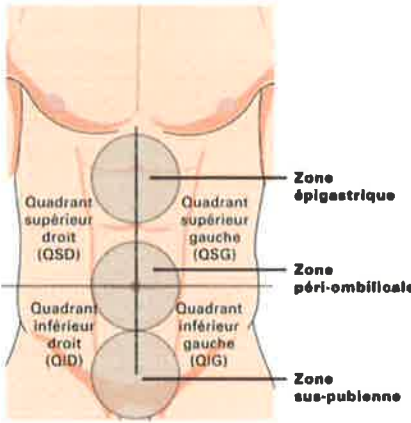
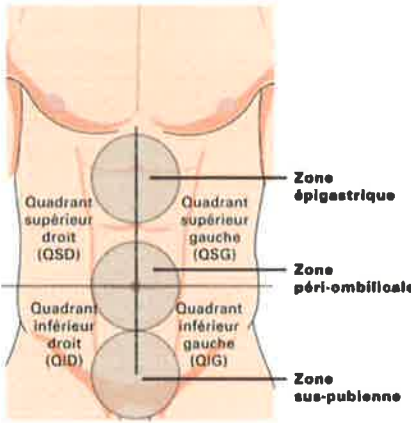
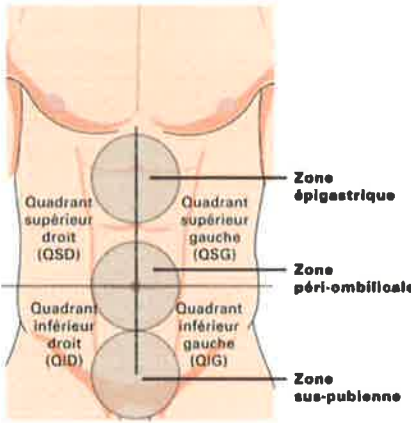
**FACE POSTÉRIEURE**

Lobes supérieurs et lobes inférieurs

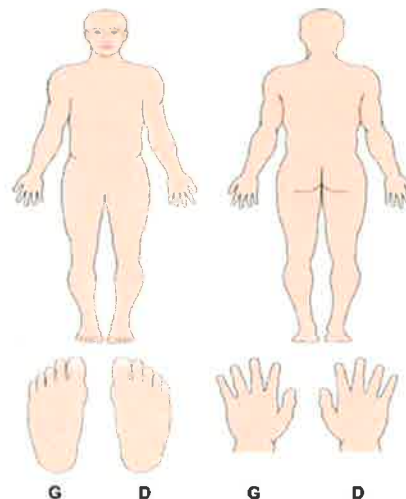
Murmures vésiculaires (Rapport de 3:1)

	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
6. LSG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. LSD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. LID:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. LIG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/> <b>Sans objet</b>	<b>Examen abdominal</b> (Minimum requis : Examen de la langue et palpation profonde)		
Déshydratation	<input type="checkbox"/> Langue sèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Absence de salive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Peau sèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Turgor sternal	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif
	<input type="checkbox"/> Turgor frontal	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif
Auscultation (péristaltisme)	QID <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent		
	QSD <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent		
	QSG <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent		
	QIG <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent		
Percussion	QID <input type="checkbox"/> Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme		
	QSD <input type="checkbox"/> Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme		
	QSG <input type="checkbox"/> Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme		
	QIG <input type="checkbox"/> Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme		
Palpation	QID <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur		
	QSD <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur		
	QSG <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur		
	QIG <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur		

<input type="checkbox"/> Sans objet	<b>Examen musculosquelettique et risque de chute</b> (Minimum requis : Déficients visuel et auditif, évaluation de la démarche et de la force musculaire)			
Déficit auditif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Compensé	<input type="checkbox"/> Non compensé
Déficit visuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Compensé	<input type="checkbox"/> Non compensé
Force musculaire	Membres supérieurs			
	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Diminuée	<input type="checkbox"/> Asymétrique	
Équilibre	Membres inférieurs			
	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Diminuée	<input type="checkbox"/> Asymétrique	
Démarche (Capable de circuler sur 3 mètres)	<input type="checkbox"/> Sans aide			
	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> 1 pers	<input type="checkbox"/> 2 pers	
	<input type="checkbox"/> Avec canne	<input type="checkbox"/> Marchette		
Déplacements	<input type="checkbox"/> Sans aide			
	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> 1 pers	<input type="checkbox"/> 2 pers	
	<input type="checkbox"/> Avec canne	<input type="checkbox"/> Marchette		
	<input type="checkbox"/> Avec fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec aide	
	<input type="checkbox"/> Avec fauteuil gériatrique	<input type="checkbox"/> Avec tablette		
	<input type="checkbox"/> Ne se déplace plus			
Capacité sensorielle au toucher léger	MI :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si non, préciser le site :
	MS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si non, préciser le site :
Plaie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma Stade :	
Rougeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma	
Œdème	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser le site :	
Autre(s)				



Tiré de Philippe Voyer (2011). L'examen clinique de l'ainé. Saint-Laurent : ERPI.  
Formulaire original conçu par Sylvain Lavoie, Groupe Roy Santé inc. Reproduction autorisée.

Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

**Annexe 13 –**  
Relevé de la médication  
lors d'une intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne





## **Annexe 14 –**

Plan d'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne



**M-SCPD-05**  
**Plan d'intervention**

Cas :
Planifié par :
SCPD :
Objectifs d'apprentissage souhaités : 1. 2.

Causes	Objectifs spécifiques	Interventions	Intervenants	Horaire d'application
<b>Individuelles</b>				
<b>Interactionnelles</b>				

Causes	Objectifs spécifiques	Interventions	Intervenants	Horaire d'application
Environnementales				

**Sources :**

Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2e édition). St-Laurent (Québec) : ERPI. 753 p.  
 Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné - Guide d'évaluation et de surveillance clinique. St-Laurent : ERPI. 232 p  
 Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. St-Laurent (Québec) : ERPI. 661p.  
 Voyer, P et al (2009). RMG3 Aide-mémoire à la prise de décision. Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

N.B : Ne pas hésiter à modifier l'horaire pour répondre aux besoins de la personne (fatigue, intérêt pour une autre activité...)

## Plan d'intervention (suite)

Échelle d'inventaire neuropsychiatrique de Cumming

### Recommandations sur le suivi de la médication

Médicaments	Cible thérapeutique	Effets secondaires	Surveillance

### Si toutes les interventions complémentaires sont épuisées

Médicaments	Cible thérapeutique	Effets secondaires	Surveillance

Plan d'intervention présenté le: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Équipe de mentorat du CEVQ, avril 2014

## **Annexe 15 –** Suivi de l'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

**M-SCPD-13**

**Évaluation de l'efficacité du plan d'intervention**

Cas :

Date de réception de la demande :	Problème :
Date de la présentation du p.i :	Date de l'évaluation de l'efficacité du p.i :
	Personne contactée pour le suivi :

**Perspectives infirmières en lien avec la médication**

---



---



---



---



---



---

**Thérapie médicamenteuse régulière**

Médicaments	Posologie	Horaire d'administration	Relevé des modifications	Commentaires
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	

**Nouvelles molécules**

Médicaments	Posologie	Horaire	Cibles thérapeutiques	Commentaires

### Thérapie médicamenteuse PRN

Médicaments	Posologie	Horaire d'administration	Relevé des modifications	Commentaires
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	
			<input type="checkbox"/> cessé le : <input type="checkbox"/> modifié le :	

### Nouvelles molécules

Médicaments	Posologie	Horaire	Cibles thérapeutiques	Commentaires

### Instruments de mesure

Instrument	Résultat initial	Résultat final	Commentaires
CMAI	/ 203	/ 203	
NPI	/ 144	/ 144	

**Est-ce que le plan de traitement a été appliqué par tous les soignants?**

(adhésion du personnel aux recommandations)

Oui  Non

Si non, expliquer.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Difficultés rencontrées lors de l'application du plan d'intervention :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**État général du patient :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Annexe 16 –**

Fiche d'évaluation de la satisfaction  
de l'intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne



### M3.0 Fiche d'évaluation

#### Intervention clinique de 2<sup>e</sup> ligne

Type de mentorat	
Établissement	
Intervenante(s)	
Date(s)	
Durée de l'activité	

Veuillez indiquer votre degré d'appréciation de l'activité selon l'échelle suivante:

**1** : Tout à fait d'accord      **3** : Plutôt en désaccord      **S.O.** : Sans objet

**2** : Plutôt en accord      **4** : Tout à fait en désaccord

Énoncés	1	2	3	4	S.O.
<b>Intervention clinique</b>					
L'intervention favorise l'implication de l'équipe soignante.					
L'intervention permet le transfert de connaissances.					
La durée de l'intervention est adéquate.					
Le plan d'intervention présenté est adapté aux particularités du milieu.					
Les interventions ciblées sont applicables dans le milieu.					
L'intervention a permis d'améliorer le problème.					
<b>Intervenante</b>					
L'approche de l'intervenante favorise les échanges avec l'équipe.					
L'approche de l'intervenante est adéquate et adaptée aux besoins du milieu.					
L'intervenante possède les connaissances requises pour intervenir.					
Les explications données par l'intervenante sont claires.					
L'intervenante a une approche respectueuse et centrée sur la personne soignée.					
<b>Apprentissage et utilisation future</b>					
L'intervention permet à l'équipe soignante d'acquérir de nouvelles connaissances.					
Les nouveaux apprentissages sont utiles dans la pratique de l'équipe soignante.					
<b>Appréciation générale de l'intervention</b>					
Le type d'intervention répond aux besoins et attentes du milieu.					
J'aurais recours sans hésitation à l'équipe de mentorat dans le futur.					
L'équipe soignante apprécie l'intervention de l'équipe de mentorat.					
<b>Appréciation de la famille</b>					
La famille de la personne soignée est satisfaite des résultats obtenus à la suite de l'intervention.					

**Qu'est-ce qui a été le plus utile lors de l'intervention ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Comment la méthode d'intervention pourrait-elle être améliorée pour la rendre plus utile pour l'équipe ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Autres commentaires :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



