

TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD)

Une alternative à l'hospitalisation du
Plateau de services intégrés spécialisés
en santé mentale

GUIDE D'APPLICATION

Édition

La Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec.

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Ce document a été rédigé en suivant les principes généralement acceptés de rédaction épicène, qui donnent une place équivalente au féminin et au masculin, genres envisagés comme des pôles opposés, mais non absolus, dans le continuum du genre.

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-555-02945-3 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Santé Québec, 2025

Nous reconnaissons l'engagement et l'expertise du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale dans la conduite des travaux de rédaction ayant mené à ce document. Sa contribution se distingue par sa collaboration, son rôle actif et son expertise.



Par respect pour l'environnement, privilégiez la consultation de ce document en version numérique.

LISTE DES COLLABORATEURS

DIRECTION

Tung Tran, directeur général santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique, Santé Québec

Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Fortin, directrice adjointe des services en santé mentale adulte, en psychiatrie légale et en milieu carcéral, Santé Québec

Véronique Fugère, directrice des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

COORDINATION DES TRAVAUX

Audrey Duchesne, agente de planification, de programmation et de recherche, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie-Claude Harvey, conseillère cadre projet Hôpital Saint-François d'Assise et Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

COMITÉ DE RÉDACTION

Audrey Duchesne, agente de planification, de programmation et de recherche, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Justine Fortin, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat au Traitement intensif bref à domicile (TIBD), Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie-Claude Harvey, conseillère cadre projet Hôpital Saint-François d'Assise et Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Karine Martel, travailleuse sociale, coordonnatrice du volet psychosocial et des admissions des équipes TIBD, Direction

Andréane Dionne-Jalbert, cheffe de service TIBD et équipe de réinsertion sociale, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

AVEC LA COLLABORATION

Comité consultatif (en ordre alphabétique)

Martin Barolet, conseiller cadre – Alternatives à l'hospitalisation, Direction du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Moana Desbiens, conseillère en santé mentale – Alternatives à l'hospitalisation, Santé Québec

Patricia Bédard, cheffe de service des cliniques externes de psychiatrie générale, suivi clozapine et service de prélèvement (SPI) et clinique externe de gérontopsychiatrie, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Andréane Dionne-Jalbert, cheffe de service TIBD et équipe de réinsertion sociale, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Alexandre Boisvert, infirmier clinicien et assistant du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Audrey Duchesne, agente de planification, de programmation et de recherche, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Julie Bouchard, cheffe d'équipe au programme des premiers épisodes psychotiques (PPEP), Clinique Notre-Dame des Victoires (CNDV), Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Audrey Duchesne, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction santé mentale et dépendance, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Yannick Boucher-Arseneau, psychiatre au TIBD, CISSS de Laval

Audrey-Anne Dumais-Michaud, professeure adjointe, Faculté des sciences sociales – École de travail social et de criminologie, Université Laval

Julie Couture, directrice adjointe, Services d'urgence, alternatifs à l'hospitalisation et ambulatoires, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Laurence Fortier, cheffe de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital de jour des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Justine Fortin, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Simon Giasson, psychiatre au TIBD, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Annie-Claude Harvey, conseillère cadre projet Hôpital Saint-François d'Assise et IPAM, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Ève Lacroix, agente de planification, de programmation et de recherche, projet des mesures alternatives à l'hospitalisation, Direction du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Marie-Frédérique Leclerc, psychiatre au TIBD, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marc Lecourtois, psychologue en rôle-conseil, chargé de projet IPAM Action 6.2, conseiller aux établissements, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Claudine Lepage, conseillère cadre en psychologie, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Emmanuelle Lepire, conseillère cadre en soins infirmiers, volet santé mentale, dépendances et itinérance, Direction des soins infirmiers et de la santé physique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Autres contributrices (en ordre alphabétique)

Stéphanie Brochu, pharmacienne, Direction des affaires pharmaceutiques et médicaments, MSSS

Lise Laberge, conseillère en soins infirmiers, Mandats spéciaux, direction adjointe de la qualité des pratiques professionnelles et développement clinique, Direction des soins infirmiers et de la santé physique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

RELECTRICES ET RELECTEURS

Établissements vitrines

Stessy Alix, éducatrice au TIBD, Direction des programmes santé mentale et dépendances, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marianne Genest, psychiatre au TIBD, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Élizabeth Godin, travailleuse sociale de liaison et de la fluidité au sein du Plateau de services de l'Axe 6 (TIBD, ABC, UIBP), Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Laval

Annie Leblanc, travailleuse sociale au TIBD, Direction du programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Julie Lesage, coordonnatrice de la mise en œuvre des plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (jusqu'à juin 2024)

Sandra L'Heureux, conseillère cadre et partenaire ressources humaines, Direction des ressources humaines et des communications, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Karine Maltais, cheffe de service de l'Accompagnement bref dans la communauté (ABC) et de la clinique Pôle santé mentale, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Karine Martel, travailleuse sociale, coordonnatrice du volet psychosocial et des admissions des équipes TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Louise Montreuil, proche-partenaire

Catherine Potvin, cheffe de service PPEP (CNDV), Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Ève Simard, conseillère cadre volet alternative à l'hospitalisation en santé mentale, Direction santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Alexandre St-Germain, coordonnateur de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, Santé Québec

Claudine Lemay, conseillère cadre à la collaboration interprofessionnelle, Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Catherine Lesueur, pharmacienne au TIBD, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Maxime Lafrance-Tremblay, psychiatre au TIBD, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Nathalie Lefrançois, cheffe d'administration de programmes – Alternatives aux hospitalisations, Direction des programmes de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marianne Savard-Woods, assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction de la santé mentale et dépendances, CISSS de l'Outaouais

Autres établissements déployant le TIBD

Valérie Bastille, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Claudie Hébert, cheffe des unités de soins et urgence santé mentale, réseau local de services Pierre-Boucher, TIBD et ABC, Direction des programmes de santé mentale et dépendances, CISSS de la Montérégie-Est

Johanne Jussaume, infirmière au TIBD, Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance, CISSS de la Montérégie-Centre

France Moise, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance, CISSS de la Montérégie-Centre

Marie-Hélène Wagner, psychiatre au TIBD, CISSS de la Montérégie-Ouest

Comité de travail sur les modalités rurales

Martin Barolet, conseiller cadre – Alternatives à l'hospitalisation, CISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Audrey Bernard, conseillère cadre aux mandats transversaux et cheffe de projet, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'à décembre 2023)

Julie Couture, directrice adjointe, Services d'urgence, alternatifs à l'hospitalisation et ambulatoires, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Moana Desbiens, conseillère en santé mentale – Alternatives à l'hospitalisation, Santé Québec

Andréane Dionne-Jalbert, cheffe de services TIBD et équipe de réinsertion sociale, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Audrey Duchesne, agente de planification, de programmation et de recherche, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie-Claude Harvey, conseillère cadre projet Hôpital Saint-François d'Assise et IPAM, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Ève Lacroix, agente de planification, de programmation et de recherche, projet des mesures alternatives à l'hospitalisation, Direction du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Jennifer Lavallée, directrice, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CISSS de la Côte-Nord

Julie Lesage, coordonnatrice de la mise en œuvre des plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, MSSS (jusqu'à juin 2024)

Karine Martel, travailleuse sociale, coordonnatrice du volet psychosocial et des admissions au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Caroline Mathieu, directrice des services multidisciplinaires et programmes services de proximité, CISSS des Îles

Kimberly Mercier, chargée de projet, conseillère cadre mesures IPAM, CISSS de l'Outaouais

Louise Montreuil, proche-partenaire

Sylvain Nadeau, directeur programme santé mentale, dépendances et services psychosociaux généraux, CISSS de la Gaspésie

Monique Rezende, conseillère cadre élaboration de programmes, Direction des programmes de santé mentale et dépendances, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (jusqu'à juillet 2024)

Gilles Roy, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Krystina Sawyer, directrice des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Marie-Ève Simard, conseillère cadre volet alternative à l'hospitalisation en santé mentale, Direction santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Alexandre St-Germain, coordonnateur de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, Santé Québec

Éric Saint-Jean, directeur des programmes santé mentale et dépendance, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Marc Tremblay, directeur adjoint soutien et réadaptation dans la communauté, CIUSSS de la Capitale-Nationale

RELECTRICES ET RELECTEURS DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

Mélyssa Arseneault, infirmière et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Dany Bourgault, infirmier clinicien et intervenant de liaison des équipes TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Georges-Émile Bourgault, pharmacien et chef adjoint, soins pharmaceutiques, Département de pharmacie

Marie-Claude Charron, professionnelle-conseil, Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux

Geneviève Côté, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux

Isabelle Deaudelin, cheffe de service par intérim, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Nathalie Dion, pharmacienne coordonnatrice des soins pharmaceutiques en santé mentale, Département de pharmacie

Audrey Clain, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Isabelle Joseph, coordonnatrice à la gestion des lits et aux continus de soins, direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Myriam Labbé, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Marie-Anne Lagueux, pharmacienne, cheffe adjointe aux services pharmaceutiques, Département de pharmacie

Catherine Lesueur, pharmacienne au TIBD

Alexandra Mercier, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Annabelle Poliquin, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Mathieu Turcotte, infirmier clinicien et assistant du supérieur immédiat au TIBD, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

Julie Villeneuve, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

RÉVISION LINGUISTIQUE

Guide d'application : Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec

Médiagraphie : Plurielles et Singulières

REMERCIEMENTS

Le déploiement du TIBD à travers le Québec s'inscrit dans la continuité d'une innovation née en 2009 dans la Capitale-Nationale. Ce projet, qui a nécessité un changement de culture et de pratiques, a pu voir le jour grâce à la persévérance et à l'engagement de nombreuses personnes (psychiatres, gestionnaires et équipes cliniques). Celles-ci ont joué un rôle central dans l'adaptation du modèle aux réalités cliniques tout au long de ces 16 dernières années, en intégrant les principes du TIBD dans leur pratique quotidienne, en partageant leur expertise et en contribuant activement à la définition des meilleures pratiques. Nous tenons à les remercier et à souligner leur contribution essentielle à l'évolution du modèle vers ce qu'il est aujourd'hui.

Nous remercions également les personnes qui se sont consacrées à la coordination du mandat national, au soutien des équipes ayant déployé le modèle et à l'élaboration du guide. Leur expertise, leur rigueur et leur engagement ont permis de placer le bien-être des personnes et de leurs proches, ainsi que le sens clinique, au cœur de ce guide.

Nous soulignons également l'apport des équipes cliniques, des gestionnaires, des partenaires, des proches et des personnes utilisatrices de services qui ont participé aux consultations, aux projets pilotes et à la relecture du guide. Leur expérience terrain a enrichi la réflexion et a assuré la pertinence du contenu.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance aux équipes TIBD du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui ont contribué aux formations et partagé leur savoir-faire avec les établissements déployant le modèle.

Ce guide est le fruit d'un travail collectif et d'un engagement remarquable.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. MANDAT, OBJECTIFS, RETOMBÉES ATTENDUES ET POPULATION VISÉE....	3
1.1 Mandat	3
1.2 Objectifs.....	5
1.3 Retombées attendues.....	5
1.4 Population visée	5
2. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES....	7
2.1 Statut administratif des personnes utilisatrices de services	7
2.2 Territoires desservis	7
2.3 Heures d'ouverture	8
2.4 Composition de l'équipe.....	8
2.4.1 Composition des équipes et répartition des quarts de travail.....	8
2.4.2 Ajouts et adaptations possibles à l'équipe	10
2.4.3 Stabilité et autosuffisance de l'équipe	11
2.5 Cohorte et capacité de l'équipe.....	12
2.5.1 Capacité d'intégration hebdomadaire	13
2.6 Trajectoires	13
2.7 Modalités d'accès.....	15
2.7.1 Provenance des références	15
2.7.2 Transmission et traitement des références.....	15
2.8 Fonctionnement de l'équipe	16
2.8.1 Rôles et responsabilités	16
2.8.2 Pratiques collaboratives.....	21
2.8.3 Répartition des suivis	23
2.8.4 Répartition des contacts au quotidien.....	24
2.8.5 Rencontres d'équipe	27
2.9 Pratiques de gestion agiles et flexibles	30
2.10 Locaux et lieux des interventions	30
2.11 Moyens de communication	31
2.11.1 Communication avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches	31
2.11.2 Communication avec les milieux référents.....	32
2.11.3 Communication entre les membres de l'équipe	32
2.12 Télésanté.....	33
2.13 Formation du personnel.....	35
2.13.1 Formation initiale pour une équipe en démarrage.....	35
2.13.2 Intégration subséquente du personnel	36
2.13.3 Formation continue.....	36
2.14 Soutien organisationnel et clinique.....	37
2.15 Processus organisationnels	38
2.16 Partenariats et collaborations	41
2.16.1 Ressources d'hébergement d'urgence ou temporaire	42
2.16.2 Pharmacies communautaires.....	42
2.16.3 Organismes communautaires et fondations.....	42
2.16.4 Organismes gouvernementaux	43
2.16.5 Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).....	43
2.16.6 Services policiers	43
2.16.7 Autres collaborations.....	43
3. MODALITÉS CLINIQUES	45
3.1 Approches privilégiées	45
3.2 Interventions privilégiées	45
3.3 Considérer, intégrer et outiller les proches ..	47
3.4 Entrée dans les services	49
3.4.1 Attribution d'une catégorie de référence et d'un délai visé pour la réalisation de l'évaluation initiale.....	49
3.4.2 Analyse préliminaire de l'admissibilité	50
3.4.3 Rencontre d'évaluation initiale.....	55
3.4.4 Planification du début de suivi et raccompagnement à domicile	58
3.5 Durée, intensité et modalités de suivi.....	60
3.5.1 Durée de l'épisode de soins et services.....	60
3.5.2 Coordination de l'épisode de soins et services.....	61
3.5.3 Intensité et modalités de suivi	61
3.5.4 Synthèse des phases de suivi au TIBD	65
3.6 Fin des services et relais	67
3.6.1 Critères de fin de l'épisode de soins et services	67
3.6.2 Orientation, référence et relais	67
3.7 Tenue de dossier.....	69
3.8 Plans, outils et formulaires	69
3.8.1 Principaux outils clinico-administratifs spécifiques au TIBD.....	69
3.8.2 Outils cliniques divers	70

4. SÉCURITÉ EN CONTEXTE TIBD	72
4.1 Sécurité des personnes utilisatrices de services et de leurs proches	72
4.2 Sécurité du personnel	75
5. ADAPTATIONS ET PARTICULARITÉS POUR LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION.....	77
5.1 Organisation des services.....	77
5.1.1 Réalisation d'une analyse stratégique	77
5.1.2 Ajustement de la capacité de l'équipe	78
5.1.3 Étendue du territoire pouvant être couverte.....	78
5.1.4 Mise en place d'équipes intégrées....	78
5.1.5 Mise en place d'équipes satellites	78
5.2 Rareté de la main-d'œuvre, composition des équipes et soutien clinique.....	79
5.3 Gestion des risques.....	80
5.3.1 Couverture réseau.....	80
5.3.2 Téléconsultation	80
5.3.3 Événements climatiques extrêmes ..	80
5.4 Organisation du travail	80
6. IMPLANTATION	82
6.1 Critères minimaux requis pour le démarrage sécuritaire d'une équipe TIBD	82
7. SUIVI DE LA QUALITÉ, DE LA PERFORMANCE ET AMÉLIORATION CONTINUE.....	90
CONCLUSION	91
MÉDIAGRAPHIE	92
LEXIQUE	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Processus de coconstruction du guide d'application TIBD	XIII
Figure 2. Piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale	4
Figure 3. Principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale.....	4
Figure 4. Trajectoires courantes au TIBD.....	14
Figure 5. Processus d'entrée dans les services.....	49
Figure 6. Délais visés pour la réalisation de l'évaluation initiale selon les catégories de références ..	50
Figure 7. Processus d'analyse préliminaire de l'admissibilité	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Composition de l'équipe	8
Tableau 2. Répartition de l'équipe sur les quarts de travail	10
Encadré 2. Adaptations possibles à l'équipe de base .	11
Tableau 3. Rencontres d'équipe au TIBD.....	27
Tableau 4. Exemple d'horaire hebdomadaire typique en matière de rencontres.....	29
Tableau 5. Processus organisationnels à mettre en place avec des services ou secteurs de l'établissement	38
Tableau 6. Types d'interventions réalisées au TIBD	46
Tableau 7. Durée approximative des phases de suivi..	62

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1. Précisions sur la population visée.....	6
Encadré 3. Principales variables à considérer pour déterminer la capacité d'intégration.....	13
Encadré 4. Exemples de contribution des membres de l'équipe dans un contexte d'interdisciplinarité	17
Encadré 5. Exemple d'intervention d'une pharmacienne ou d'un pharmacien au TIBD	19
Encadré 6. Exemple de contribution à la surveillance de certains effets indésirables liés à la médication	21
Encadré 7. Aspects à considérer dans la répartition des contacts à chaque quart de travail.....	25
Encadré 8. Interventions pour lesquelles l'utilisation de la téléconsultation est déconseillée....	34
Encadré 9. Éléments à valider pour établir l'admissibilité préliminaire	51
Encadré 10. Conditions d'accès.....	52
Encadré 11. Critères cliniques de priorisation	53

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Approches privilégiées au TIBD	99
Annexe 2 : Contenu de la boîte à outils.....	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABC	Accompagnement bref dans la communauté	IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé en santé mentale
ASI	Assistante ou assistant au supérieur immédiat	IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
CIP	Collaboration interprofessionnelle	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	OOIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
CRD	Centre de réadaptation en dépendance	PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
DSQ	Dossier Santé Québec	PEPP	Programme de prévention et d'intervention précoce pour la psychose
CRT	<i>Crisis Resolution Teams</i>	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
DÉBA	Dépistage et évaluation du besoin d'aide	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse	SBNI	Soutien de base non intensif
DSI	Direction des soins infirmiers	SIF	Suivi d'intensité flexible
DSM	Direction des services multidisciplinaires	SIM	Suivi intensif dans le milieu
DSP	Direction des services professionnels	SIV	Soutien d'intensité variable
ETC	Équivalent temps complet	TIBD	Traitements intensifs brefs à domicile
ICASI	Infirmière clinicienne assistante ou infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat	TS	Travailleuse sociale ou travailleur social
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux	UIBP	Unité d'intervention brève en psychiatrie
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé en première ligne		

AVANT-PROPOS

Ce guide d'application du Traitement intensif bref à domicile (TIBD) découle du cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale (ci-après nommé Plateau) (3) qui pose les grands principes des trois actions de l'axe 6 du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif](#) (PAISM) : l'Accompagnement bref dans la communauté (ABC), l'Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) et le TIBD. Des guides d'application distincts ont été développés pour ces trois actions (6,7).

Ce guide d'application a pour objectif de présenter les balises pour un déploiement du TIBD et d'outiller les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dans sa mise en œuvre. Une boîte à outils, dont le contenu est présenté à l'annexe 2, accompagne ce guide pour faciliter l'implantation du service.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE D'APPLICATION

Ce document s'adresse principalement :

- aux gestionnaires, aux médecins et aux équipes cliniques du RSSS impliqués dans le déploiement du Plateau et dans la prestation de soins et services au sein de celui-ci, et plus particulièrement, dans la mise en œuvre de l'action 6.3 (le TIBD) du PAISM 2022-2026;
- à leurs partenaires, qu'ils soient du secteur public ou communautaire;
- aux différentes instances de recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux susceptibles de s'intéresser au fonctionnement, au parcours de soins et aux trajectoires cliniques impliquant le TIBD.

COMMENT CE GUIDE A ÉTÉ DÉVELOPPÉ

L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale offre des services TIBD depuis 2008. Inspirées par les modèles internationaux, notamment celui du Royaume-Uni, les équipes de la Capitale-Nationale ont développé leur expertise tout en adaptant le modèle à la réalité du RSSS québécois et aux besoins locaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour soutenir le déploiement de TIBD dans sept établissements vitrines et pour élaborer ce guide d'application, reconnaissant ainsi l'expertise clinique et scientifique de l'établissement. En effet, le CIUSSS de la Capitale-Nationale possède une désignation universitaire en santé mentale, quatre centres de recherche, une équipe de développement de pratiques de pointe et de mandats nationaux, une équipe de transfert de connaissances et de rayonnement ainsi que trois équipes TIBD.

Un modèle clinique préliminaire a été développé en 2023 pour soutenir le déploiement du TIBD dans les établissements vitrines. Afin de produire ce document, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a pu compter sur :

- l'expertise des membres des équipes TIBD;
- une recension des écrits (disponible dans la boîte à outils);
- une consultation réalisée auprès d'établissements offrant différents modèles s'apparentant au TIBD¹;
- une consultation réalisée auprès de différents acteurs impliqués au TIBD de la Capitale-Nationale².

Ce modèle clinique préliminaire a été expérimenté par 12 établissements. Parmi ceux-ci, sept établissements ont été désignés à l'origine comme projets vitrines et ont été financés par l'IPAM :

- CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
- CISSS de Laval;
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec;
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- CISSS de l'Outaouais.

Se sont ajoutés en cours de projet les établissements suivants :

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- CISSS de la Montérégie-Centre;
- CISSS de la Montérégie-Est;
- CISSS de la Montérégie-Ouest;
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

¹ CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et CISSS de l'Outaouais.

² Personnes utilisatrices de services, proches, intervenantes et intervenants, gestionnaires, psychiatres, partenaires.

La tenue de rencontres régulières avec ces établissements (accompagnement individuel et échanges cliniques en sous-groupes), des visites des équipes cliniques TIBD au CIUSSS de la Capitale-Nationale et des visites des équipes déployant le modèle dans les diverses régions ont permis de faire évoluer le modèle clinique tout au long de l'élaboration de ce guide d'application, de façon à tenir compte des spécificités et des enjeux propres aux différentes régions du Québec. De même, plusieurs initiatives locales ont permis d'explorer de nouvelles façons de faire et de bonifier le modèle clinique ([figure 1](#)). Un comité consultatif³ a également conseillé l'élaboration de ce guide et un comité de travail sur les modalités rurales⁴ a joué un rôle-conseil en regard des adaptations possibles du modèle pour les milieux non urbains. Des échanges réguliers avec les équipes projets responsables de l'ABC et de l'UIBP ont également alimenté la démarche. De nombreuses séances de travail ont ainsi ponctué l'élaboration de ce guide d'application, qui s'est échelonnée de septembre 2023 à janvier 2025. Cette démarche de coconstruction a permis de définir les éléments clés du modèle, ainsi que de valider sa transférabilité vers d'autres types de milieux.

Les équipes TIBD des différents établissements nommés ci-dessus ont été déployées progressivement au cours des années 2023 et 2024. Ce guide prend en considération les meilleures pratiques au moment d'écrire ces lignes et s'inscrit dans une approche de système de santé apprenant. Ainsi, ce document sera mis à jour afin de tenir compte de l'évolution du modèle dans les années à venir.

Processus de coconstruction du guide d'application TIBD

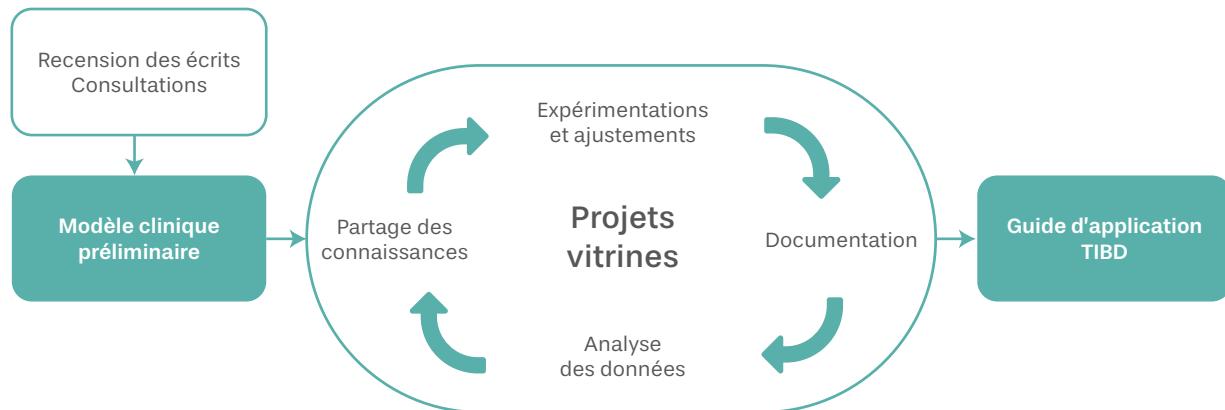


Figure 1. Processus de coconstruction du guide d'application TIBD

³ Composé d'établissements vitrines, de proches de personnes utilisatrices, de médecins, d'intervenantes et d'intervenants du TIBD, de gestionnaires, de partenaires et de membres de la recherche.

⁴ Composé des instituts universitaires en santé mentale responsables de l'ABC et du TIBD ainsi que de personnes représentantes du CISSS du Bas-Saint-Laurent, CISSS de la Gaspésie, CISSS des îles, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, CISSS de la Côte-Nord, CISSS de l'Outaouais et CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

INTRODUCTION

Au Québec, une personne sur cinq se présentant à l'urgence pour un trouble de santé mentale est hospitalisée (8). Bien que l'hospitalisation régulière sur une unité de soins en psychiatrie puisse être nécessaire et indiquée dans certaines situations pour évaluer ou traiter un trouble de santé mentale, certaines personnes utilisatrices de services la décrivent comme une expérience négative, encore lourdement stigmatisée, qui peut parfois être traumatisante (9–11). Elle pourrait aussi freiner leur autodétermination et leur autonomie. L'hospitalisation contribuerait à renforcer l'autostigmatisation des personnes et aurait un effet délétère sur leur estime de soi ainsi que sur leur processus de rétablissement (12). En réponse à cette problématique, l'axe 6 du PAISM 2022–2026 propose trois actions émergentes au Québec qui sont jugées prometteuses : l'ABC, l'UIBP et le TIBD. Ces actions visent à prévenir l'hospitalisation ou à abréger celle-ci, ainsi qu'à favoriser le maintien ou un retour rapide de la personne dans son milieu de vie (13). Le domicile étant considéré comme un lieu où les soins reçus sont moins invasifs et traumatisques, les personnes se sentirraient moins stigmatisées d'y recevoir leurs soins en santé mentale (14,15). La convergence et la complémentarité de l'ABC, de l'UIBP et du TIBD s'opérationnalisent par la mise en place d'un plateau de services.

Le TIBD vise à offrir une alternative à une hospitalisation en offrant des soins et services à domicile, afin de stabiliser l'état mental des personnes qui requièrent un niveau de soins aigu, et pour lesquelles le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation en psychiatrie serait autrement nécessaire dans l'immédiat ou les jours suivants. Le TIBD peut aussi être indiqué pour la clientèle hospitalisée afin d'écourter la durée du séjour et poursuivre le traitement en communauté. Ce type de suivi permet d'instaurer ou d'ajuster un traitement pharmacologique et de réaliser des interventions appropriées auprès des personnes et de leurs proches dans leur environnement, tout en favorisant le maintien du fonctionnement social malgré un contexte de soins aigus.

Développement du TIBD

Dans la foulée du mouvement d'externalisation des soins en psychiatrie et de l'émergence de services dans la communauté, différents services précurseurs au TIBD ont été développés afin de maintenir dans leur milieu les personnes souffrant de troubles de santé mentale. C'est dans les années 1990 que les premières *Crisis Resolution Teams* (CRT), un modèle hybride entre l'ABC et le TIBD, ont vu le jour. Par la suite, le modèle a été implanté à grande échelle au Royaume-Uni et en Norvège (9,16). Le modèle a aussi été implanté au cours des 20 dernières années dans de nombreux autres pays d'Europe dont la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Irlande, la Suisse, le Danemark et l'Espagne (10,14,17–30). Inspirée par ce modèle, une première équipe TIBD a été implantée à Québec en 2008 (31). Depuis, deux nouvelles équipes ont vu le jour au CIUSSS de la Capitale-Nationale et plusieurs établissements du RSSS ont déployé ce service.

Le modèle TIBD développé au Québec est unique, mais a de fortes similitudes avec les modèles européens qui ont fait l'objet de nombreuses recherches. Bien que la fidélité au modèle varie grandement en Europe, les résultats de recherche indiquent que les services de type CRT représentent une alternative efficace à l'hospitalisation en psychiatrie et seraient liés à une diminution de celle-ci (24,30,32–34). Les données probantes suggèrent aussi une amélioration de l'état clinique et du fonctionnement psychosocial chez les personnes utilisatrices de services (10,22,23,29,35,36). La satisfaction des personnes recevant des services

de type CRT est supérieure à celle des personnes ayant vécu une hospitalisation régulière ([15,33,37](#)-[39](#)). Les proches ont aussi des taux de satisfaction élevés ([38](#)).

Les données favorables à l'égard de ce type de service, tant au niveau de l'efficacité que de la satisfaction des personnes et de leurs proches, démontrent que le TIBD est un modèle prometteur pour changer la façon de soigner les personnes nécessitant une hospitalisation en psychiatrie au Québec.



1. MANDAT, OBJECTIFS, RETOMBÉES ATTENDUES ET POPULATION VISÉE

1.1 MANDAT

S'insérant dans le Plateau, le TIBD a pour mandat spécifique de stabiliser l'état mental d'adultes qui requièrent un niveau de soins aigu tout en favorisant le maintien ou la reprise de leur fonctionnement. Pour ce faire, il offre un traitement intensif et bref à domicile, dans l'optique de favoriser le rétablissement et la prévention des rechutes. Plus précisément, le TIBD :

- évalue les besoins biopsychosociaux des personnes en s'appuyant sur les déterminants sociaux de la santé;
- effectue le suivi à même le milieu de vie ou les lieux fréquentés par la personne pour objectiver les symptômes et intervenir à la source de ce qui les exacerbe;
- instaure ou ajuste un traitement pharmacologique, en combinaison avec des interventions psychosociales;
- offre aux personnes et à leurs proches un enseignement sur la maladie et la médication, dans l'optique de favoriser le rétablissement et la prévention des rechutes;
- optimise la qualité des soins et services en misant sur l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité, le partage de tous les types de savoirs, les meilleures pratiques et les données probantes;
- engage un processus de rétablissement qui place la personne et ses besoins, ainsi que ses proches, au centre des décisions et des interventions;
- considère, intègre et outille les proches en tenant compte de leurs besoins, volontés, capacités et limites, en leur offrant le soutien et l'enseignement nécessaires, ainsi qu'en développant leurs capacités à soutenir la personne;
- offre une occasion de recevoir des soins et services aux personnes qui refusent l'hospitalisation régulière pour des raisons personnelles, professionnelles, familiales ou sociales;
- offre une trajectoire optimale dans le continuum de soins en santé mentale, en évitant le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation lorsque le maintien à domicile peut être envisagé, tout en assurant un transfert personnalisé vers les services nécessaires à la fin de l'épisode de soins et services.

Mise en garde :

Une vigilance doit être exercée afin de s'assurer que les équipes TIBD ne s'écartent pas de leur mandat et que le modèle ne soit pas dénaturé en palliant une rupture, un manque ou une absence de services.

Pour réaliser son mandat, le TIBD s'appuie sur les assises énoncées dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau (3). Celui-ci repose sur quatre piliers ([figure 2](#)) et six principes directeurs ([figure 3](#)).



Figure 2. Piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale



Figure 3. Principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

1.2 OBJECTIFS

En cohérence avec les objectifs du Plateau (3), le TIBD vise à :

- offrir un modèle alternatif de soins aigus en santé mentale;
- rejoindre les personnes utilisatrices à différents moments de leur parcours de soins pour éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation ou pour écourter une hospitalisation;
- agir de façon précoce pour éviter la détérioration de l'état mental des personnes;
- favoriser le maintien de l'exercice des rôles sociaux des personnes et éviter une rupture avec leurs réseaux social, familial et socioprofessionnel, malgré un contexte de soins aigus;
- offrir des services spécialisés en santé mentale au moment requis pour les personnes qui refuseraient l'hospitalisation régulière ou à qui cela pourrait causer préjudice.

1.3 RETOMBÉES ATTENDUES

Le déploiement du TIBD permet de :

- favoriser l'engagement de personnes qui présentent des enjeux d'adhésion à l'offre de services actuelle en santé mentale;
- normaliser les soins et services en santé mentale en offrant une expérience de soins positive, le développement de stratégies d'adaptation personnalisées et une gestion positive des risques, afin de prévenir les épisodes subséquents et d'encourager un recours précoce aux services en santé mentale lors de la survenue de ceux-ci;
- considérer, intégrer et outiller les proches pour soutenir le rétablissement à plus long terme;
- diminuer le recours à l'hospitalisation et à l'urgence ou écourter les séjours hospitaliers, dans l'optique d'éviter l'engorgement du RSSS;
- réduire le phénomène de « portes tournantes » en offrant les soins appropriés au bon moment.

1.4 POPULATION VISÉE

La population visée pour le TIBD est composée de personnes :

- âgées de 18 ans et plus qui présentent un trouble de santé mentale, le plus souvent un trouble psychotique ou un trouble de l'humeur;
- dont l'état mental est suffisamment instable ou à haut risque de détérioration pour justifier un niveau de soins aigus et pour lequel le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation serait requis le jour même ou dans les jours suivants;
- nécessitant un suivi médical, infirmier et psychosocial intensif, dans une pratique allant de l'interdisciplinarité à la transdisciplinarité;
- devant commencer ou ajuster un traitement pharmacologique pour stabiliser leur état mental.

Encadré 1. Précisions sur la population visée

Lorsqu'il y a présence d'un trouble concomitant (trouble lié à l'utilisation de substances) ou d'une comorbidité médicale (p. ex. : trouble de la personnalité, trouble alimentaire, trouble cognitif, trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle), comme pour toute référence, l'équipe analyse la situation dans son ensemble pour évaluer si le TIBD est l'orientation la plus appropriée en fonction de son mandat, de ses objectifs, de la durée de suivi visé et des services que l'équipe est en mesure d'offrir. L'équipe évalue aussi si les manifestations du trouble concomitant ou des comorbidités permettent un engagement efficace dans l'épisode de soins et services ([10,25,28,32,38](#)). Lorsque le TIBD est l'orientation à privilégier, la mise en place d'une approche intégrée et adaptée est favorisée. Dans le cas contraire, une réorientation vers un service plus approprié sera considérée.

En tout temps, le jugement clinique doit être utilisé en concertation avec des membres clés de l'équipe (assistante ou assistant au supérieur immédiat [ASI] / infirmière clinicienne assistante ou infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat [ICASI], psychiatre, gestionnaire, travailleuse sociale ou travailleur social [TS]) afin de ne pas exclure d'emblée des personnes pour qui le TIBD serait bénéfique.

2. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

2.1 STATUT ADMINISTRATIF DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES

Les personnes en suivi au TIBD ont un statut d'inscrit et non d'admis, ce qui implique notamment que :

- la médication est fournie par les pharmacies communautaires, aux frais de la personne;
- des processus organisationnels fluides doivent être mis en place afin d'assurer une réponse aux besoins des personnes au moment opportun⁵.

2.2 TERRITOIRES DESSERVIS

Il revient aux directions des établissements de prendre les décisions quant aux territoires à desservir et à l'emplacement géographique des équipes en prenant en considération que la clientèle présente un état nécessitant des soins aigus, habituellement associés à une hospitalisation. Dans les premières phases du TIBD, plusieurs visites par jour sont nécessaires. De plus, l'instabilité de l'état mental de la clientèle peut mener à une augmentation de la fréquence et de la durée des visites à domicile en cours d'épisode de soins. Le choix des territoires et du positionnement des équipes doit s'appuyer sur une analyse stratégique des ressources disponibles, des besoins de la population et des particularités régionales, dont la densité de population.

Dans le cadre de cette analyse stratégique, il est essentiel de prendre en considération le temps requis pour se rendre aux limites du territoire à couvrir. Ce temps de déplacement doit permettre d'assurer la sécurité des personnes en suivi, et celle de leurs proches et de la communauté. En général, un temps de déplacement de 30 minutes est acceptable, mais peut varier en fonction de la situation clinique et des modalités qui peuvent être mises en place pour assurer la sécurité. Il est possible que le déploiement du TIBD dans certaines régions soit difficile, voire irréalisable, compte tenu de l'impossibilité d'offrir une réponse rapide aux personnes lorsque requis et d'assurer leur sécurité. Des pistes de réflexion pour couvrir des territoires moins densément peuplés sont proposées à la section *Adaptation et particularités pour les milieux à faible densité de population*.

C'est le lieu de résidence de la personne, que celui-ci soit stable (p. ex. : maison, appartement), temporaire (p. ex. : chez un proche) ou substitut (p. ex. : centre de crise, ressource d'hébergement d'urgence ou temporaire), qui détermine quelle équipe est responsable d'offrir le service. Cela implique donc qu'une personne qui séjourne temporairement sur le territoire d'une équipe TIBD peut bénéficier du suivi pour la période où elle se trouve sur ce territoire, même si ce n'est pas celui où elle réside habituellement. En aucun temps des motifs administratifs ou **le lieu du suivi psychiatrique externe ne doit prévaloir sur le lieu de résidence**, même temporaire, de la personne.

La littérature du Royaume-Uni suggère qu'une équipe CRT complète (modèle similaire au TIBD combinant le mandat du TIBD et de l'ABC) est requise pour une population approximative de 150 000 habitants (9,16). L'expérience des 15 dernières années au CIUSSS de la Capitale-Nationale permet d'affirmer

5 Voir la section *Processus organisationnels*.

qu'en deçà de ce seuil, les équipes ne suffisent pas à la demande et doivent refuser quotidiennement des références admissibles, par manque de place. Les délais d'accès au TIBD s'en trouvent également affectés.

2.3 HEURES D'OUVERTURE

Les équipes TIBD doivent être disponibles du lundi au dimanche et couvrir un horaire de 8 h à 23 h. Ces heures d'ouverture étendues permettent :

- d'offrir des services à une clientèle ayant des besoins aigus;
- d'assurer une gestion positive des risques;
- de prévenir le recours aux services d'urgence et de crise en dehors des heures d'ouverture;
- de respecter autant que possible les routines de vie des personnes.

Bien qu'il y ait en général peu de besoins la nuit, un filet de sécurité en partenariat avec d'autres services doit être mis en place en dehors des heures d'ouverture afin de répondre aux besoins ponctuels et d'assurer la sécurité des personnes utilisatrices, de leurs proches et de la communauté (p. ex : entente avec un centre de crise ou ligne d'écoute d'urgence).

2.4 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

La composition de l'équipe présentée dans cette section est idéale du point de vue clinique. Sa faisabilité doit toutefois être évaluée par les établissements afin d'être en cohérence avec les conventions collectives en vigueur.

2.4.1 Composition des équipes et répartition des quarts de travail

La littérature soutient que les perspectives biomédicale et psychosociale doivent être représentées dans les équipes de type TIBD ([10,17,20,21,24-28-30-32,38,40-44](#)). Le [tableau 1](#) montre la composition habituelle d'une équipe TIBD complète⁶, où certains postes sont exprimés en équivalents temps complet (ETC).

Tableau 1. Composition de l'équipe

Profession	Nombre
Psychiatres dédiés	2
ASI/ICASI	2 ETC
Infirmières ou infirmiers cliniciens	2 ETC
Infirmières ou infirmiers	8 ETC
TS	2 ETC
Éducatrice ou éducateur spécialisé	1 ETC
Gestionnaire	0,5 ETC
Agente ou agent administratif	0,5 ETC
Pharmacienne ou pharmacien dédié	0,5 ETC

L'équipe accueille aussi des stagiaires et des médecins en résidence qui participent aux activités de l'équipe.

⁶ Voir [Fiches synthèse 3 : Critères minimaux requis pour le démarrage sécuritaire d'une équipe TIBD et évolution attendue](#).

La taille de l'équipe et la répartition des quarts de travail qui sont proposées ici prévoient des effectifs réduits la fin de semaine, puisque pendant ces quarts il n'y a habituellement pas :

- de rendez-vous médicaux;
- d'évaluations initiales;
- de démarches administratives ou d'autres interventions non urgentes, sans conséquences négatives sur l'état clinique de la personne.

Une équipe qui maintiendrait ces dernières activités la fin de semaine aurait besoin d'un nombre plus important d'effectifs médicaux, infirmiers et psychosociaux afin d'avoir une couverture suffisante sur tous les jours de la semaine.

Le personnel est réparti stratégiquement sur les quarts de travail :

- Du personnel infirmier est affecté à tous les quarts de travail en raison des actes réservés, du niveau de soins requis par la clientèle, des ajustements fréquents de la médication et des changements rapides qui peuvent survenir.
- Les TS sont affectés principalement aux quarts de semaine et de jour afin de maximiser les interventions psychosociales, plus propices à être réalisées en journée. Toutefois, certaines interventions, comme celles auprès des familles, pourraient être prévues en soirée, selon les besoins. L'éducatrice ou l'éducateur spécialisé est affecté aux quarts de jour ou de soir en fonction des besoins de la clientèle.
- L'implication du personnel psychosocial dans la couverture des fins de semaine et des jours fériés peut être envisagée lorsqu'un soutien est requis sur ces quarts de travail et qu'une infirmière ou un infirmier est déjà présent.
- Les psychiatres doivent être en mesure d'assurer une présence physique au TIBD idéalement cinq jours par semaine. Si ce n'est pas possible, ils doivent assurer une présence physique minimale de trois jours, répartis dans la semaine, tout en démeurant disponibles les deux autres journées, pour des imprévus. Il n'est pas attendu que les psychiatres de l'équipe assurent une présence les soirs, les fins de semaine et les jours fériés. Toutefois, en l'absence de ces derniers, une ou un psychiatre de garde, selon les mécanismes en place dans l'établissement, doit pouvoir être joint.
- Les pharmaciennes ou pharmaciens, les gestionnaires et les agents ou agents administratifs des équipes assurent généralement une présence en semaine de jour, sans toutefois y être restreints.
- La pharmacienne ou le pharmacien participe à au moins deux rencontres interdisciplinaires par semaine, en plus d'être disponible pour réaliser des évaluations pharmacothérapeutiques systématiques, répondre aux demandes de consultation et rencontrer la clientèle lorsque requis.

Le [tableau 2](#) montre un exemple de répartition du personnel sur les différents quarts de travail. Il est donné à titre indicatif puisqu'une organisation différente du travail pourrait être mise en place.

Tableau 2. Répartition de l'équipe sur les quarts de travail

Répartition de l'équipe sur les quarts de travail	
Quart de jour	<ul style="list-style-type: none"> • ASI / ICASI (1) • Infirmière ou infirmier clinicien (1) • Infirmière ou infirmier (4)⁷ • Travailleuse ou travailleur social (2) • Pharmacienne ou pharmacien (1) • Psychiatre (2) • Gestionnaire (1) • Agente ou agent administratif (1)
Quart de soir	<ul style="list-style-type: none"> • ASI/ICASI (1) • Infirmière ou infirmier clinicien (1) • Infirmière ou infirmier (4)⁸ • Educatrice ou éducateur spécialisé (1)
Fin de semaine et jours fériés	<ul style="list-style-type: none"> • infirmière ou infirmier de jour (1) • infirmière ou infirmier de soir (1) • infirmière ou infirmier de garde pour chacun des deux quarts de travail en cas d'imprévu (généralement celle ou celui du quart inverse) (1)

Un membre de l'équipe qui travaille seul sur son quart de travail doit en tout temps être en mesure de solliciter une ou un collègue afin de réaliser une intervention en dyade si nécessaire. Il est de la responsabilité de l'établissement de mettre en place des modalités qui le permettent (p. ex. : tour de garde de membres de l'équipe TIBD, solliciter l'équipe ABC ou les équipes SIM, communiquer avec les équipes mobiles de crises de la communauté).

2.4.2 Ajouts et adaptations possibles à l'équipe

Il est possible de bonifier la composition de l'équipe de base en ajoutant d'autres catégories d'emploi comme la pair-aidance ou la pair-aidance famille qui apportent une vision complémentaire. En raison de son vécu et de son expérience personnelle avec le réseau de la santé et des services sociaux, la paire-aidante ou le pair-aidant contribue à susciter l'espoir d'un rétablissement et à déstigmatiser les troubles de santé mentale, autant pour les personnes et leurs proches que pour les membres de l'équipe ([45,46](#)).

Il est également possible de faire certaines adaptations à la composition de l'équipe dans un contexte de rareté de la main-d'œuvre, tel que proposé dans l'[encadré 2](#). Dans ce contexte, il est primordial de maximiser la contribution de chaque intervenante et intervenant, en optimisant l'utilisation des compétences spécifiques, en fonction des meilleures pratiques recommandées ainsi que des lois et normes en vigueur. Les établissements sont encouragés à consulter leur direction des services multidisciplinaires (DSM), direction des soins infirmiers (DSI) et direction des services professionnels (DSP) afin de réaliser une analyse approfondie qui tiendra compte des besoins cliniques de l'équipe. Cette démarche soutiendra, par le fait même, la collaboration interprofessionnelle et assurera une composition d'équipe efficiente, en adéquation avec les objectifs de soins et de services. Néanmoins, tous les changements apportés dans la composition de l'équipe doivent être en cohérence avec le modèle clinique et respecter les critères minimaux mis en place dans la [ligne synthèse 3](#).

⁸ Idem.

Encadré 2. Adaptations possibles à l'équipe de base

Pour le **volet médical**, l'ajout d'une ou d'un IPSSM peut être envisagé. Il est toutefois requis qu'il y ait minimalement une ou un psychiatre dans l'équipe. Les IPSSM s'intègrent aux équipes en collaborant étroitement avec les psychiatres et en assumant une partie de la charge de cas. Les modalités de collaboration IPSSM/psychiatre doivent être établies entre eux, en fonction du champ de pratique de chacun, afin d'assurer une prestation de soin optimale et sécuritaire pour les personnes utilisatrices.

Pour le **volet psychosocial**, une équipe TIBD doit compter au moins une travailleuse ou un travailleur social. La décision de modifier un deuxième poste par une autre profession psychosociale doit être guidée par une analyse du contexte, de la clientèle, des ressources disponibles, etc. Il est essentiel de prendre en considération la complémentarité des champs de pratique des titres d'emplois envisagés, pour s'assurer de répondre à l'ensemble des besoins psychosociaux des personnes utilisatrices de services et de leurs proches.

Pour le **volet infirmier**, étant donné l'instabilité de la clientèle et un requis important d'activités réservées à la profession infirmière, ce titre d'emploi peut difficilement être remplacé par un autre, bien que le ratio de personnel infirmier clinicien et technicien peut varier. Une équipe TIBD doit compter au moins deux infirmières ou infirmiers cliniciens. Il n'est pas recommandé de démarrer une équipe sans une quantité suffisante d'infirmières et infirmiers puisque leur nombre aura un impact direct sur la capacité totale de la cohorte de personnes en suivi.

Lorsqu'une nouvelle équipe TIBD se déploie, certaines adaptations quant à la composition de l'équipe sont possibles afin de permettre un démarrage graduel, à équipe réduite. Elles sont précisées dans la [fiche synthèse 3](#). Il est à noter que ces adaptations correspondent au requis minimal permettant d'assurer une prestation de soins et services sécuritaire, mais qu'elles devront évoluer vers le modèle d'équipe mature après une ou deux années d'existence.

2.4.3 Stabilité et autosuffisance de l'équipe

Étant donné l'instabilité de l'état mental de la clientèle, le niveau de risque élevé qui peut y être associé ainsi que la nature des soins prodigués, la stabilité de l'équipe a une incidence directe sur la sécurité des personnes et la qualité des soins et services offerts au TIBD. La littérature souligne qu'il est essentiel d'avoir du personnel expérimenté, spécialisé et compétent dans ce type d'équipe ([18,35,38,47](#)). Il est donc recommandé que l'équipe soit autosuffisante pour combler ses propres besoins en effectifs en cas d'absence et évite de recourir à du personnel non attitré à l'équipe.

Des mesures telles que l'autogestion des horaires, l'instauration d'horaires de 12 h ou la création de postes en surdotation pourraient être utiles afin d'atteindre la stabilité et l'autosuffisance visées. Également, le fait de réaliser en continu une projection des absences telles que les vacances, les jours fériés et les divers congés (p. ex. : psychiatriques, pour études) favorise l'atteinte de cette autosuffisance.

La littérature appuie le fait que le personnel œuvrant au sein d'une équipe TIBD doit être bien supervisé et doit recevoir une formation spécifique afin d'accomplir pleinement son rôle (27,33,38). Dans la mesure où il serait inévitable d'avoir recours à du personnel non attitré à l'équipe TIBD pour remplacer les absences ponctuelles, de la supervision, de la formation et du jumelage doivent impérativement lui être fournis. Ces mesures doivent permettre à l'intervenante ou l'intervenant de développer les compétences et l'expertise requises pour une prestation de soins sécuritaire et de qualité au sein du TIBD.

Une intervenante ou un intervenant non attitré et non formé au TIBD pourrait agir exceptionnellement en soutien à un membre de l'équipe TIBD lorsqu'une rencontre en dyade est requise et qu'aucun autre membre de l'équipe n'est disponible. Cette personne ne devrait toutefois pas faire de remplacement et réaliser d'interventions seule auprès des personnes en suivi.

2.5 COHORTE ET CAPACITÉ DE L'ÉQUIPE

En général, une équipe TIBD complète et mature peut assurer un suivi auprès d'une cohorte d'un nombre approximatif de 15 à 20 personnes⁹. Un nombre fixe de personnes par cohorte ne peut être déterminé puisque la capacité de l'équipe fluctue notamment en fonction des éléments présentés à l'[encadré 3](#).

L'équipe veille à instaurer un rythme régulier d'intégrations et de fins de suivi à travers les semaines, favorisant ainsi une cadence de travail constante et contribuant à prévenir les grandes variations dans la charge de travail (l'intensité étant plus élevée en début qu'en fin de suivi). Considérant l'instabilité de l'état mental des personnes en suivi, une marge de manœuvre doit être conservée en tout temps pour faire face à des imprévus, à la gestion de crises ponctuelles, à un rehaussement de l'intensité des soins lorsque requis ou à la survenue d'intégrations non planifiées et prioritaires.

Afin d'assurer l'efficacité et la continuité des soins et services, il est recommandé de ne pas dépasser le nombre de 20 personnes en suivi, sur une période prolongée, pour une équipe complète. La création d'une deuxième équipe devrait être considérée lorsque :

- l'équipe observe que la quantité de références reçues surpassé les capacités d'intégration de façon régulière;
- la capacité d'intégration permet d'avoir un plus grand nombre de personnes suivies sur une période prolongée.

⁹ Ce nombre est basé sur le modèle d'une équipe ayant des activités réduites la fin de semaine.

2.5.1 Capacité d'intégration hebdomadaire

Il est primordial que cette capacité soit évaluée de manière hebdomadaire puisqu'elle peut grandement fluctuer d'une semaine à l'autre. Maintenir une capacité fixe à moyen terme limite la marge de manœuvre nécessaire aux équipes pour assurer des soins et services sécuritaires et de qualité. Une fois par semaine, l'ASI/ICASI doit procéder à une analyse de la capacité d'intégration de l'équipe pour la semaine suivante, en concertation avec les intervenantes et intervenants psychosociaux, et en tenant compte des différentes variables présentées à l'encadré 3. Le document *Déterminer la capacité d'intégration hebdomadaire* est disponible dans la boîte à outils afin d'accompagner l'ASI/ICASI dans cette évaluation. C'est en concertation en équipe, en corrélation avec les disponibilités médicales offertes, que la capacité d'intégration projetée par l'ASI/ICASI sera officialisée.

Encadré 3. Principales variables à considérer pour déterminer la capacité d'intégration

- **Ressources humaines disponibles** (absences prévues, intégration de nouveau personnel), incluant la présence de stagiaires et de médecins en résidence.
- **Projection de la semaine suivante** en fonction des contacts, interventions ou démarches spécifiques de la cohorte active, en prenant en considération la distance et les temps de déplacement en communauté, ainsi que le niveau d'imprévisibilité ou d'instabilité des personnes en suivi actif.
- **Facteurs liés à la maturité de l'équipe**, notamment l'aisance dans le fonctionnement quotidien, la cohésion d'équipe, l'appropriation du mandat, de la vision, des piliers et des principes directeurs du TIBD et du Plateau, etc.
- **Autres facteurs pouvant avoir une incidence sur la charge de travail ou sur les délais de réponse**, notamment des travaux routiers ou évènements politiques, culturels ou sportifs d'envergure entravant les déplacements de façon inhabituelle.

2.6 TRAJECTOIRES

La trajectoire de services présentée à la [figure 4](#) met l'accent sur la provenance des références de même que sur les services susceptibles de prendre le relais à la fin d'un épisode de soins et services au TIBD.

Trajectoires courantes ou TIBD

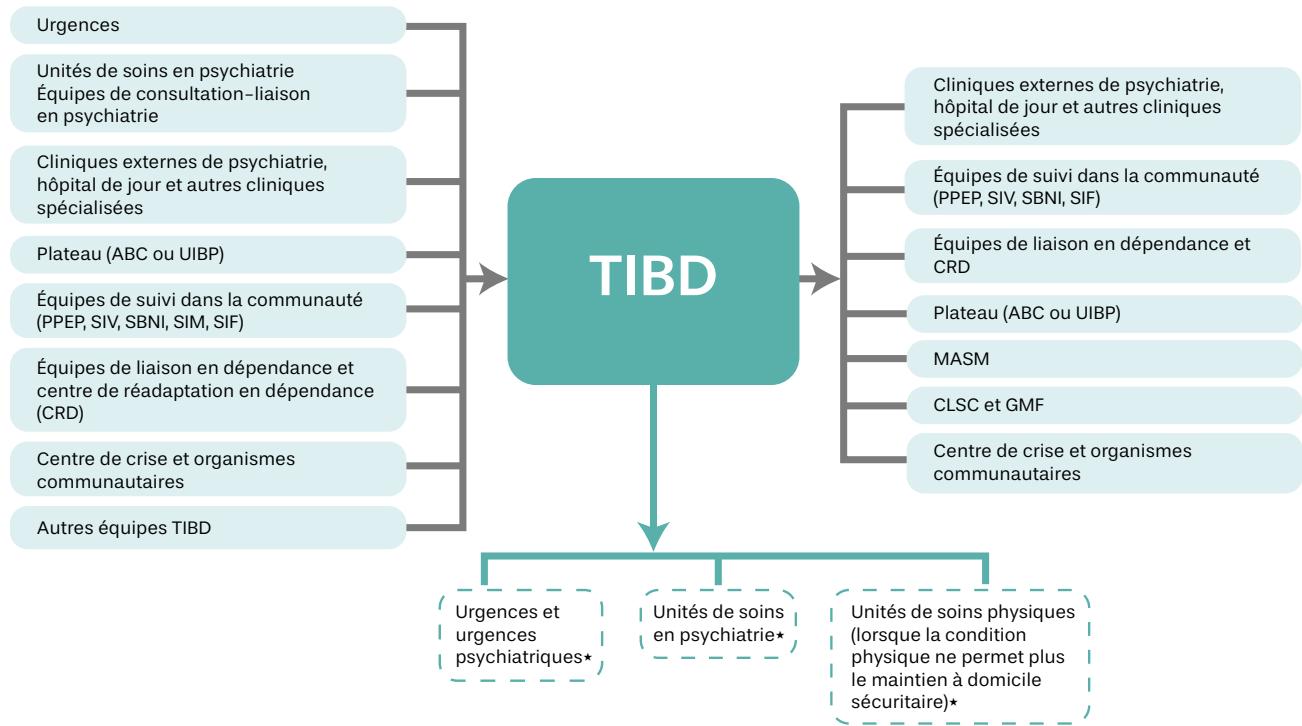


Figure 4. Trajectoires courantes au TIBD

* Ce ne sont pas des trajectoires souhaitées, mais un recours à l'urgence ou à l'hospitalisation pourrait être requis si l'état de santé de la personne se détériorait de façon importante ou si la personne n'offrait plus de collaboration minimale permettant d'offrir un service sécuritaire.

2.7 MODALITÉS D'ACCÈS

2.7.1 Provenance des références

Afin de s'assurer que le mandat et les objectifs du TIBD sont respectés, les références au TIBD proviennent d'une ou d'un psychiatre, d'une ou d'un IPSSM ou encore, dans de plus rares cas, d'une ou d'un médecin omnipraticien¹⁰ ayant réalisé une évaluation médicale récemment. Les personnes référentes doivent être associées à l'un des milieux suivants :

- urgences (incluant les urgences psychiatriques)
- unités de soins en psychiatrie
- équipes de consultation/liaison en psychiatrie
- Plateau (ABC ou UIBP)
- cliniques externes de psychiatrie, hôpital de jour et autres cliniques spécialisées
- équipes de suivi dans la communauté (programme de prévention et d'intervention précoce pour la psychose [PPEP], suivi d'intensité variable [SIV], soutien de base non intensif [SBNI], suivi intensif dans le milieu [SIM], suivi d'intensité flexible [SIF])
- équipes de liaison en dépendance et itinérance et CRD
- centres de crise et organismes communautaires
- équipes TIBD situées sur un autre territoire

Les établissements peuvent prendre la décision d'élargir la provenance des références en fonction de leur contexte régional et du volume de références qu'ils sont en mesure de traiter.

2.7.2 Transmission et traitement des références

Les références sont transmises au TIBD par des voies de communication désignées (courriel et téléphone). Elles sont traitées de manière centralisée par une ou plusieurs personnes attitrées¹¹, appuyées par l'ASI/ICASI, les psychiatres, la ou le gestionnaire et une ou un TS. Il est recommandé que la référente ou le référent prenne d'abord contact par téléphone avec la personne assurant la réception et le traitement des références afin de simplifier le processus et de valider si l'orientation au TIBD est bien à privilégier. Les documents pertinents¹² sont par la suite transmis par courriel. Il pourrait notamment s'agir de :

- formulaires de référence selon le besoin de l'établissement;
- rapports de consultation ou d'évaluation médicale et psychosociale du milieu référent, ou les plus récents;
- notes d'admission du milieu référent ;
- profil pharmacologique à jour;

¹⁰ À condition que ce médecin ait la fonction d'admettre des personnes en psychiatrie dans le cadre de l'organisation régionale de son lieu de pratique.

¹¹ Ce rôle est idéalement assumé par une personne exerçant la fonction de contrôle d'accès pour les trois services du Plateau, ou alors par une intervenante ou un intervenant propre au TIBD. Voir le rôle de la personne assurant la réception et le traitement des demandes dans la section *Rôles clés au TIBD* pour plus de détails sur cette fonction.

¹² Ces documents peuvent varier en fonction du milieu référent et de la situation de la personne utilisatrice de services.

- résultats d'examens pertinents (p. ex. : prélèvements, électrocardiogramme, électroencéphalogramme);
- consultations pharmacologiques récentes;
- sommaires d'hospitalisations;
- tout autre document pertinent.

La simplicité du processus et la rapidité du traitement des références sont primordiales puisqu'elles permettent :

- d'éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation;
- de rejoindre des personnes réticentes ou ambivalentes à recevoir des soins ou à demeurer dans un milieu de soins;
- d'entretenir une bonne collaboration avec les personnes référentes.

Une équipe TIBD doit donc être réactive, saisir les occasions et traiter les références aussitôt que possible lors de leur réception. Cela peut impliquer de faciliter le processus de référence, si cela permet d'éviter un recours imminent à l'urgence.

2.8 FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE

2.8.1 Rôles et responsabilités

2.8.1.1 Des rôles partagés en interdisciplinarité ou en transdisciplinarité

Les membres de l'équipe clinique disposent d'un haut niveau d'autonomie professionnelle. Ils sont encouragés à utiliser leur plein champ de pratique et à travailler en complémentarité en tenant compte des activités réservées. Les rôles de chaque membre de l'équipe sont définis par les normes professionnelles en vigueur.

Le suivi des personnes dans leur globalité est une responsabilité partagée au sein de l'équipe. Les membres de cette dernière sont amenés à contribuer, à différents degrés :

- à l'évaluation de l'état clinique;
- à la surveillance du traitement;
- au rétablissement du fonctionnement de la personne.

Ils travaillent donc de concert, en transcendant les disciplines, pour répondre aux besoins globaux des personnes, en menant à bien les activités qui ne sont pas réservées à une profession spécifique (p. ex. : distribution de la médication, démarches psychosociales non complexes). L'[encadré 4](#) fournit deux exemples concrets de contribution possible des membres de l'équipe clinique selon ces principes.

Encadré 4. Exemples de contribution des membres de l'équipe dans un contexte d'interdisciplinarité

Exemple 1

Une TS se présente chez une personne afin d'amorcer sa demande d'assurance-emploi, comme convenu la veille. À son arrivée, la personne exprime un inconfort physique général (non documenté lors des derniers contacts), en associant celui-ci à la prise d'une nouvelle molécule débutée il y a trois jours. Dans ce contexte, elle se demande si elle va poursuivre le traitement prescrit et se questionne sur la capacité de l'équipe à l'aider à se rétablir étant donné l'important mal-être qu'elle ressent. La TS propose à la personne d'échanger sur les questionnements et inconforts exprimés, plutôt que de réaliser la démarche financière prévue. Alors qu'elle est toujours sur place, la TS communique avec un infirmier de l'équipe afin de valider si les symptômes exprimés requièrent une évaluation immédiate ou si cela peut attendre à la prochaine visite prévue. Les prochaines interventions sont ensuite revues en conséquence (p. ex. : devancer le prochain rendez-vous avec le psychiatre du TIBD, impliquer la pharmacienne de l'équipe, majorer l'intensité de suivi).

Exemple 2

Un infirmier se rend chez une personne en début d'avant-midi pour administrer une injection à longue action. À son arrivée, la personne l'informe qu'elle n'a plus d'argent pour s'acheter de la nourriture avant trois jours. Après s'être concerté avec la TS de l'équipe qui confirme qu'aucun service d'aide alimentaire n'est connu ou à privilégier pour la personne, l'infirmier l'accompagne au comptoir d'aide alimentaire de son quartier. Pendant son intervention, il échange avec la personne, ce qui l'amène à se questionner sur la capacité de celle-ci à poursuivre ses études à temps partiel à l'université. De retour au bureau, l'infirmier s'assure de documenter les informations colligées au dossier et d'en aviser la TS attitrée afin qu'elle puisse poursuivre l'évaluation de cet aspect et explorer avec la personne et le milieu scolaire les adaptations possibles.

2.8.1.2 Rôles clés au TIBD

Intervenante ou intervenant assurant la réception et le traitement des références

Ce rôle est assuré par une personne exerçant la fonction de contrôle d'accès pour les trois services du Plateau ou par une intervenante ou un intervenant du TIBD. La fonction peut être occupée tant par du personnel infirmier que par du personnel psychosocial, à condition d'avoir une solide expérience en santé mentale et un excellent savoir-être. Son rôle consiste à :

- assurer la réception et le traitement des références;
- échanger avec les milieux référents pour compléter la collecte d'informations;
- prioriser les références et l'évaluation préliminaire de l'admissibilité, seul ou en concertation avec les ASI/ICASI, une ou un psychiatre, une ou un TS et la ou le gestionnaire¹³;

13 L'admissibilité finale est déterminée par les membres de l'équipe réalisant l'évaluation initiale. Voir la section [Rencontre d'évaluation initiale](#) pour plus de détails.

- lorsque la référence est refusée, expliquer le motif de refus à la personne référente, proposer d'autres orientations de services et préciser les conditions préalables à l'acheminement d'une nouvelle référence;
- planifier le moment et le lieu des évaluations initiales en collaboration avec la personne référente, les ASI/ICASI et les autres membres de l'équipe pertinents, en fonction des places disponibles;
- réaliser d'autres tâches connexes en lien avec les rencontres d'évaluations initiales, si la charge de travail le permet et selon la fonction occupée dans l'équipe.

ASI/ICASI¹⁴

Les ASI/ICASI ont pour rôle de :

- coordonner les activités de l'équipe;
- fournir un soutien clinique aux membres de l'équipe;
- discuter avec la ou le gestionnaire et les autres personnes assurant un soutien clinique (s'il y a lieu), afin de :
 - définir les rôles et responsabilités de chacun;
 - préciser les modalités de collaboration;
 - développer et maintenir une vision commune;
 - coordonner les activités de l'équipe;
- collaborer étroitement avec l'ASI/ICASI du quart inverse (jour ou soir);
- réaliser régulièrement des interventions auprès de la clientèle afin de maintenir leurs compétences professionnelles, de suivre l'évolution de la cohorte active et de jouer leur rôle de coordination clinique;
- réaliser, lorsque requis, des visites en dyade avec des membres de l'équipe afin d'offrir des rétroactions sur les interventions, documenter l'atteinte des habiletés et compétences attendues dans le contexte du TIBD et cibler les actions à mettre en place pour les développer.

Infirmière ou infirmier pivot¹⁵

Les infirmières et infirmiers de l'équipe agissent à titre de pivots dans les dossiers. Les pivots travaillent en duo et chacun d'eux comprend un membre du personnel infirmier du quart de jour et un du quart de soir. Ces duos désignés par les ASI/ICASI ont pour rôle de :

- réaliser certaines activités professionnelles auprès des personnes de leur cohorte;
- coordonner les activités cliniques des autres intervenantes et intervenants qui interviennent dans leurs dossiers;
- s'approprier les dossiers qui leur sont attribués et s'assurer d'avoir une vue d'ensemble du plan de cheminement clinique et des services que la personne reçoit ou pourrait recevoir;
- se concerter régulièrement à l'extérieur des réunions interdisciplinaires, en impliquant les intervenantes et intervenants psychosociaux au dossier.

14 Le document *Rôles et responsabilités des ASI/ICASI*, disponible dans la boîte à outils, fournit plus de détails.

15 Le document *Responsabilités des infirmières et infirmiers pivots*, disponible dans la boîte à outils, fournit plus de détails.

Pharmacienne ou pharmacien

La pharmacienne ou le pharmacien du TIBD intervient dans les situations impliquant la thérapie médicamenteuse de la personne utilisatrice.

En général, ce rôle implique :

- lors de l'intégration, en présence d'un ou plusieurs critères systématiques établis :
 - d'effectuer une évaluation pharmacothérapeutique;
 - d'élaborer un plan de soins pharmaceutiques et de mettre en place les interventions requises;
- durant l'épisode de soins et services :
 - d'assurer le suivi de l'efficacité et de la sécurité associées aux ajustements médicamenteux, en collaboration avec l'équipe, en procédant à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne selon les signes, symptômes et les tests paracliniques nécessaires (p. ex : créatinine, ions, formule sanguine complète);
 - d'effectuer une consultation pharmacothérapeutique, d'élaborer un plan de soins pharmaceutiques et de mettre en place les interventions requises à la suite d'une demande de consultation spécifiant l'intention thérapeutique déterminée par la ou le médecin requérant;
 - de réaliser des activités d'enseignement auprès de la personne et de ses proches, au besoin;
 - de réaliser des visites à domicile, au besoin;
 - de travailler en collaboration avec la pharmacie communautaire de la personne pour assurer la continuité des soins;
- de se rendre disponible pour répondre aux questionnements de l'équipe au sujet de la médication et contribuer au développement des connaissances de l'équipe clinique (p. ex : formation).

Encadré 5. Exemple d'intervention d'une pharmacienne ou d'un pharmacien au TIBD

Le pharmacien du TIBD est sollicité par l'équipe à la suite de la visite du matin pour une personne utilisatrice qui a présenté de l'hypotension orthostatique symptomatique. Cette personne est en introduction de clozapine et prend aussi un antihypertenseur. Le pharmacien ajuste à la baisse la dose de l'antihypertenseur. Il assure le suivi des tensions couché-debout avec l'équipe pour les jours à venir et intervient de nouveau si requis, par exemple si l'hypotension persiste et nécessite l'amorce de midodrine.

2.8.1.3 Rôles par rapport à la médication

2.8.1.3.1 Accessibilité de la médication

Le personnel médical du TIBD assure la prise en charge complète des ordonnances liées au traitement de la condition mentale pendant toute la durée du suivi. Afin de favoriser le maintien de l'adhésion au traitement dans le temps, les membres prescripteurs de l'équipe sont fortement encouragés à considérer les coûts associés aux ajustements des piluliers ainsi qu'aux choix des molécules et à leur posologie, en fonction de la situation de la personne.

Les membres de l'équipe facilitent, autant que possible, l'accès aux médicaments prescrits. Pour ce faire, ils doivent :

- connaître les options de service et de paiement accessibles sur leur territoire;
- tenir compte des types de couverture d'assurances médicaments, des délais d'attente possibles pour obtenir une couverture d'assurances, des frais de préparation ou de franchise, etc.;
- se référer au centre de soutien de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), au besoin;
- faire preuve de créativité et de persévérance dans la recherche de solutions.

2.8.1.3.2 Distribution de la médication

Mise en garde

Le TIBD n'est pas une prestation de services de soutien à domicile, mais plutôt une alternative à l'hospitalisation pour un court épisode de soins et services. Dans ce contexte, le TIBD n'est pas concerné par la Règle de soins nationale *Activités de soins confiées à des aides-soignants — Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne* (articles 39.7 et 39.8 du Code des professions). Les membres des équipes TIBD sont la plupart du temps en contexte de distribution ou de supervision de prise de la médication, qui ne sont pas des activités réservées.

La distribution réfère à la simple remise matérielle d'un médicament déjà prescrit et préparé par un professionnel habilité à le faire à une personne qui se l'administre elle-même. La distribution d'un médicament implique que la personne ait un degré d'autonomie suffisant pour qu'elle puisse se l'administrer elle-même ou reconnaître ses médicaments. La distribution de médicaments peut inclure, entre autres, de :

- rappeler à la personne de prendre sa médication;
- lui donner son médicament à sa demande;
- lui apporter une aide minimale (p. ex : lui ouvrir le sachet ou le pot et lui mettre les pilules dans la main).
- La distribution des médicaments peut donc être faite par tout membre de l'équipe clinique du TIBD puisqu'elle ne constitue pas une activité réservée ([48](#)).

2.8.1.3.3 Suivi et surveillance du traitement pharmacologique

Le personnel infirmier :

- assure un suivi des effets indésirables;
- prodigue l'enseignement aux personnes utilisatrices quant au traitement pharmacologique, avec la collaboration de la pharmacienne ou du pharmacien, au besoin.

Toutefois, l'ensemble de l'équipe peut contribuer à la surveillance de certains effets indésirables en assurant les liens avec le personnel infirmier ou avec la ou le psychiatre, au besoin (voir l'exemple ci-dessous). Dans certains cas, des directives spécifiques peuvent être données en matière de surveillance par le personnel infirmier au personnel psychosocial (48).

Encadré 6. Exemple de contribution à la surveillance de certains effets indésirables liés à la médication

Une TS se présente au domicile d'une personne pour poursuivre son évaluation du fonctionnement social. Dans le cadre de la visite, elle doit remettre la médication du matin, préalablement préparée par un collègue infirmier, à la personne et en superviser la prise. À son arrivée, elle observe que la personne présente des pertes d'équilibre lorsqu'elle se déplace, ce qui est inhabituel. Elle suspend la distribution de la médication et fait appel à un membre du personnel infirmier afin de lui faire part de ses observations et vérifier si une évaluation infirmière est requise avant de procéder à la distribution de la médication.

2.8.2 Pratiques collaboratives

2.8.2.1 Collaboration au sein de l'équipe TIBD

Une bonne connaissance des rôles respectifs de chacun est essentielle au bon fonctionnement d'une équipe TIBD puisqu'elle favorise l'optimisation de la contribution et de la collaboration interprofessionnelle (CIP) de ses membres. Les équipes sont donc encouragées à échanger sur le sujet, dès le démarrage, afin d'avoir une compréhension commune des rôles et responsabilités de chacun, des défis possibles ainsi que des activités qui peuvent être partagées dans un contexte TIBD. Il est recommandé de collaborer avec les DSI et DSM des établissements, afin d'obtenir de l'accompagnement pour faciliter ces discussions et contribuer à la réflexion collective. Les équipes doivent réviser et ajuster en continu les rôles et responsabilités de chacun, en fonction des situations, du contexte et de l'évolution des normes professionnelle et des lois en vigueur.

Étant donné la complexité des situations vécues par la clientèle, les pratiques de soins et de services partagés¹⁶, en interdisciplinarité, voire même en transdisciplinarité¹⁷, sont les plus fréquentes au TIBD. Ce service repose sur une évaluation continue des personnes, à laquelle chaque membre de l'équipe clinique de même que la personne utilisatrice et ses proches sont amenés à contribuer. Pour ce faire, les actions suivantes doivent être mises en place :

- Les rencontres interdisciplinaires sont quotidiennes, les jours ouvrables.
- Tous les membres de l'équipe sont impliqués dans les suivis.
- Les interventions conjointes sont favorisées lorsque pertinent.
- Chaque membre de l'équipe s'appuie sur les observations des autres afin d'ajuster ses interventions.

¹⁶ Les soins et services partagés représentent le niveau maximal de collaboration interprofessionnelle (CIP) qui implique l'équipe ainsi que la personne et ses proches pour fixer en commun les objectifs et les actions à privilégier pour les atteindre. Ce type de collaboration est visée dans les situations où le degré de complexité exige une harmonisation des points de vue pour assurer une vision commune de la situation et l'élaboration d'un plan d'action commun (49).

¹⁷ Voir le cadre conceptuel du Plateau (3) pour les définitions.

- Les prises de décisions¹⁸ sont partagées entre les membres de l'équipe, mais aussi avec la personne utilisatrice et ses proches, qui sont experts de leur vécu.
- Chaque intervenante et intervenant doit faire part de ses observations lors des rencontres d'équipe, de façon à favoriser le développement d'une vision commune et interdisciplinaire de chaque dossier.
- L'opinion professionnelle de chaque membre de l'équipe est entendue et respectée, de même que l'opinion, les besoins, les volontés et les limites exprimés par la personne et ses proches.

Ces éléments permettent de :

- favoriser la qualité, la continuité et la sécurité des soins;
- contribuer à la transmission des savoirs entre les membres des équipes et à l'instauration d'une vision commune;
- favoriser le développement du sentiment d'appartenance et de confiance entre les membres de l'équipe.

Par ailleurs, chacun des membres de l'équipe est encouragé à participer à la réflexion continue en lien avec l'amélioration de l'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe. Pour ce faire, des modalités sont mises en place, telles que des rencontres périodiques ou une communauté de pratique.

2.8.2.2 Collaboration avec les partenaires internes et externes

Outre la collaboration au sein de l'équipe, il est essentiel d'établir des collaborations efficaces avec les acteurs de différents services, internes ou externes à l'établissement. Il s'agit de mettre en commun les ressources de différents services afin d'agir sur les situations complexes pour une réponse complémentaire et globale aux besoins (51). Afin d'assurer la qualité, la fluidité et la continuité des soins, il est essentiel que les équipes TIBD entretiennent ce type de collaboration de manière efficace, **notamment avec les intervenantes ou intervenants déjà au dossier de la personne ou qui prendront le relais une fois l'épisode de soins et services TIBD terminé**. Par exemple, le TIBD pourrait collaborer avec des intervenantes et intervenants de l'ABC, du SIV, de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), d'un centre de crise, d'une équipe en dépendance ou d'un organisme communautaire. Ces partenaires doivent établir leur niveau de collaboration **en fonction des besoins de la personne**, ce qui implique minimalement d'échanger de l'information et de se concerter aux moments opportuns, que ce soit en début, en cours ou en fin d'épisode de soins et services, en respect de la confidentialité.

Afin d'optimiser le travail de collaboration entre les équipes, des ententes précisant les mandats respectifs et les modalités de collaboration peuvent être établies entre les équipes impliquées. Ces ententes permettent une compréhension commune et favorisent l'atteinte des mandats et objectifs de chacune des équipes impliquées, en respect de leurs approches respectives.

Lors de l'intégration au TIBD d'une personne utilisatrice qui est déjà en suivi avec un autre service, il convient d'analyser conjointement la pertinence de maintenir ces services ou de les suspendre

¹⁸ Notamment en ce qui concerne les plans de traitement, les objectifs thérapeutiques et les soins et services à instaurer à la fin de l'épisode de soins et services du TIBD.

temporairement. Cette pertinence doit être revue à chaque phase de suivi, afin de déterminer si le mode de fonctionnement gagnerait à être modifié. Dans le cas où les interventions de l'autre service se poursuivraient, il est nécessaire de convenir des modalités d'intervention dans cette situation précise afin de favoriser l'atteinte des objectifs thérapeutiques, d'assurer la sécurité de tous et d'éviter de surcharger la personne et ses proches en dédoublant les interventions (par exemple en réalisant des interventions conjointes).

Une collaboration très étroite, impliquant une clarification des rôles de chacun et des contacts fréquents, doit être mise en place pour maintenir la coordination et la cohérence des services en lien avec les besoins de la personne. Afin d'assurer une gestion positive du risque en raison de l'intensité du suivi TIBD, de l'instabilité et des fluctuations possibles de l'état mental des personnes, l'équipe TIBD doit s'assurer que les éléments suivants sont mis en place :

- Une communication a lieu entre l'équipe TIBD et l'intervenante ou l'intervenant externe avant et après chacune de ses rencontres avec la personne. L'intervenante ou l'intervenant externe doit au minimum prendre connaissance des plus récentes notes au dossier et faire un compte rendu de sa rencontre.
- L'équipe TIBD soutient l'intervenante ou l'intervenant externe afin qu'une attention soit portée à l'état mental de la personne et que les informations rapportées par celle-ci à l'égard de la médication soient documentées.
- Lorsque possible, l'intervenante ou l'intervenant externe rédige la note au dossier le jour même de l'intervention afin que l'équipe du TIBD puisse s'y référer rapidement si requis.
- L'équipe TIBD invite l'intervenante ou l'intervenant externe aux rencontres d'équipe pertinentes.

2.8.3 Répartition des suivis

La cohorte de suivis actifs est généralement divisée entre quatre duos d'**infirmières et infirmiers pivots**. Les dossiers sont systématiquement attribués par l'ASI/ICASI à un duo de pivots lors de l'intégration. Au-delà de leur rôle de pivot, les infirmières et infirmiers de l'équipe sont amenés à intervenir auprès de l'ensemble des personnes de la cohorte, à différents moments de leur épisode de soins et services.

Une ou un **psychiatre** est systématiquement affecté à chaque dossier. La cohorte est partagée entre les deux psychiatres dans un ratio équitable et elle est modulée en fonction de la charge clinique associée aux suivis en cours et des disponibilités hebdomadaires respectives. En général, les psychiatres interviennent dans leurs suivis respectifs, mais peuvent être amenés à intervenir ponctuellement dans les suivis de leur collègue (p. ex. : absence ponctuelle, couverture de vacances).

Une ou un TS est systématiquement impliqué dans chaque dossier. Les dossiers sont partagés dans un ratio équitable, en tenant compte des besoins psychosociaux des personnes et du nombre d'interventions à réaliser. Les TS interviennent majoritairement dans les suivis qui leur sont attribués. Cependant, ils doivent être en mesure d'intervenir ponctuellement en soutien dans les autres dossiers.

L'éducatrice ou l'éducateur spécialisé ne se voit pas attribuer de dossiers de façon systématique afin de pouvoir rencontrer l'ensemble des personnes de la cohorte à divers moments dans leur épisode de soins et services. En général, elle ou il s'implique dans les dossiers en fonction des besoins, des motivations et des capacités des personnes en suivi, ainsi que des occasions qui se présentent. Parfois, elle ou il peut se voir attribuer le rôle d'intervenante ou d'intervenant psychosocial principal dans

un dossier, dans les limites de son champ de pratique, notamment dans le cas où une ou un TS d'une autre équipe demeurerait activement impliqué auprès de la personne.

La pharmacienne ou le pharmacien de l'équipe n'est pas systématiquement impliqué dans l'ensemble des dossiers, mais peut être amené à intervenir à divers moments au cours d'un épisode de soins et services, selon les besoins.

Bien que la responsabilité des dossiers soit répartie parmi les membres de l'équipe, il est attendu que toutes et tous connaissent l'ensemble des personnes de la cohorte, afin que tous soient en mesure d'assurer tous les contacts nécessaires et de répondre aux imprévus.

2.8.4 Répartition des contacts au quotidien

Les contacts quotidiens avec la clientèle (p. ex. : visites à domicile, accompagnements en communauté, participation aux rendez-vous médicaux, appels téléphoniques) sont réalisés par l'ensemble du personnel infirmier et psychosocial. Chaque membre de l'équipe fait en moyenne deux à trois contacts par quart de travail, selon leur nature et la charge de travail connexe.

2.8.4.1 Planification permettant de faire face aux imprévus

Afin d'avoir une vision d'ensemble de la charge de travail et de la capacité d'intégration, les contacts quotidiens sont planifiés provisoirement deux semaines à l'avance sur le *Tableau des visites* (voir boîte à outils). Dans une visée de conserver une marge de manœuvre pour les imprévus, les contacts sont planifiés sur les quarts de travail sans préciser l'heure, ni le membre de l'équipe qui les réalisera. Il n'est donc pas recommandé de prendre d'engagement précis à l'avance avec les personnes en suivi, hormis certaines exceptions. Certains contacts peuvent toutefois être planifiés à heure fixe ou avec un membre de l'équipe précis pour :

- des rendez-vous planifiés (p. ex. : suivi avec la ou le psychiatre de l'équipe, examen d'imagerie, audience à la cour, fin du suivi);
- permettre à la personne de réaliser une activité sociale, sportive ou familiale;
- accommoder les proches de la personne (p. ex. : visite sur l'heure de dîner du conjoint qui souhaite se joindre à la rencontre).

Cette projection doit être mise à jour à chaque début de quart de travail. Les préférences des personnes utilisatrices doivent être prises en considération dans la mesure du possible.

2.8.4.2 Répartition équitable des contacts au quotidien

La répartition des contacts est réalisée au début de chaque quart de travail par l'ASI/ICASI, en collaboration avec les autres membres de l'équipe, et vise une répartition équitable de la charge de travail. L'[encadré 7](#) présente les éléments à prendre en considération.

Encadré 7. Aspects à considérer dans la répartition des contacts à chaque quart de travail

- Horaire et routine des personnes utilisatrices et des personnes avec qui elles cohabitent (p. ex : proches, colocataires), lorsque pertinent.
- Nécessité d'introduire un membre de l'équipe que la personne ne connaît pas (par exemple celui qui fera les visites pendant la fin de semaine).
- Distance à couvrir ou temps de déplacement entre chaque contact.
- Heures fixes à respecter (p. ex : rendez-vous médical, supervision de médication à heures fixes).
- Démarches et interventions à réaliser, en fonction de l'expertise des membres de l'équipe.
- Nécessité de rencontrer certaines personnes en dyade.
- Temps approximatif pour chaque visite en fonction de la nature du contact.
- Nécessité d'interventions auprès de proches.
- Temps approximatif de rédaction des notes en fonction de la nature du contact.
- Possibilités qu'une intervention se prolonge dans le temps (p. ex : intervention psychosociale qui risque de demander un temps d'attente au téléphone, risque de détérioration ou imprévisibilité de l'état mental d'une personne).
- Temps estimé pour la réalisation des évaluations initiales prévues dans le quart de travail.
- Démarches ou tâches connexes à effectuer (p. ex : contact avec la pharmacie, référence à une équipe externe, concertation avec partenaires).
- Vue d'ensemble de la semaine, autant les contacts déjà réalisés que ceux à venir dans les prochains jours, afin de viser une équité au sein de l'équipe.
- Tout autre élément pouvant avoir une incidence sur la charge clinique et l'organisation des soins.

À la suite de la répartition des contacts pour la journée, les membres de l'équipe procèdent à la planification de leur quart de travail. Le document *Horaire typique* est disponible dans la boîte à outils, afin de donner une idée du déroulement des quarts de travail au TIBD.

Afin de faire face aux imprévus (p. ex : contact qui se prolonge, ajout d'un contact non prévu), les membres de l'équipe :

- conservent des plages horaires où le temps n'est pas structuré à l'avance ([52](#));
- ne fixent pas d'heures précises pour les repas et sont encouragés à les prendre à un moment jugé opportun (en tenant compte des besoins des personnes utilisatrices de services et de leurs proches, tout en demeurant en cohérence avec les conventions collectives);
- doivent utiliser leur jugement clinique et faire preuve d'adaptabilité afin de réorganiser les soins et services en fonction des priorités cliniques lorsque requis;
- restent joignables pendant les heures de travail pour soutenir leurs collègues en cas de besoin.

2.8.4.3 Participation des membres de l'équipe aux rendez-vous médicaux

Lors d'un rendez-vous médical avec une ou un psychiatre du TIBD, la participation d'au moins un membre de l'équipe est prévue afin d'assurer une meilleure continuité des soins. Les membres de l'équipe présents participent activement aux échanges et assurent une coordination rapide du plan de traitement à la suite de la rencontre. Le choix du ou des membres de l'équipe qui participent doit tenir compte des objectifs principaux poursuivis par la rencontre médicale (p. ex : personnel infirmier en cas d'ajustement du traitement pharmacologique, personnel psychosocial pour aborder les dynamiques familiales). La présence de l'infirmière ou de l'infirmier pivot ou de l'intervenante ou intervenant psychosocial au dossier est privilégiée.

2.8.4.4 Interventions en dyade

Les interventions en dyade impliquent la présence de deux membres de l'équipe, de même titre d'emploi ou non, selon les besoins identifiés. Ces interventions peuvent inclure des visites à domicile, la présence aux rendez-vous médicaux ou divers accompagnements dans la communauté.

Les visites en dyade permettent de réaliser une évaluation plus complète d'une situation, de partager la prise de décision, de favoriser la continuité des soins et de favoriser une gestion positive des risques. Dans certains contextes, les interventions en dyade sont **requises** pour assurer la santé, la sécurité et l'intégrité des personnes, de leurs proches ou des membres de l'équipe, notamment :

- lors du premier contact avec la personne dans son milieu;
- lorsqu'un risque suicidaire ou hétéroagressif est présent, surtout lorsque celui-ci est jugé élevé;
- dans les situations cliniques complexes, notamment lorsque l'évaluation des symptômes est complexifiée en raison de l'état mental ou des habitudes de consommation de la personne;
- lorsqu'une imprévisibilité ou une fluctuation significative de l'état mental d'un contact à l'autre est constatée.

D'autres contextes sont **favorables** aux interventions en dyade, dans une visée thérapeutique, sans toutefois être exigées, notamment :

- lorsque les proches sont présents, afin d'intervenir simultanément avec ceux-ci;
- lorsqu'une nouvelle intervenante ou un nouvel intervenant est présenté à la personne, afin de favoriser la création du lien de confiance ou prévenir l'exacerbation de certains symptômes (p. ex : méfiance, anxiété);
- lorsque le contenu des échanges est associé à une charge émotive élevée (p. ex : deuil traumatique, situation d'abus ou de violence).

Les interventions en dyade peuvent aussi s'avérer **pertinentes** pour optimiser la continuité des soins, favoriser le partage des connaissances et le transfert des savoirs entre les membres de l'équipe ainsi que pour consolider la collaboration interprofessionnelle. Les interventions en dyade sont donc fortement encouragées, lorsque cela est pertinent et lorsque la charge de travail le permet.

2.8.5 Rencontres d'équipe

Le [tableau 3](#) ci-après précise l'ensemble des rencontres à tenir au sein du TIBD afin de :

- maintenir la continuité, la sécurité ainsi que la qualité des soins et services prodigués aux personnes et à leurs proches;
- permettre à l'équipe d'échanger et de se concerter, favorisant ainsi la circulation de l'information;
- favoriser l'amélioration continue des processus cliniques et organisationnels.

Tableau 3. Rencontres d'équipe au TIBD

Rencontre et participants	Fréquence et durée	Précisions
Réunion du matin Personnel du quart de jour : <ul style="list-style-type: none"> • ASI/ICASI • personnel infirmier • personnel psychosocial 	Fréquence : quotidienne, les jours ouvrables Durée : environ 30 minutes, incluant la préparation à la réunion	<p>La rencontre permet de planifier la journée.</p> <p>Préparation à la réunion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lire les dernières notes au dossier de l'ensemble des personnes en suivi, incluant les personnes pour lesquelles aucun contact n'était prévu la veille ou dans la journée à venir¹⁹. <p>Contenu de la rencontre (pour chaque personne en suivi) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire un résumé des interventions réalisées et du plan projeté lors du dernier contact; • Ajuster le plan de la journée initialement prévu, le cas échéant.
Rencontre interdisciplinaire²⁰ Personnel du quart de jour et du quart de soir : <ul style="list-style-type: none"> • personnel infirmier et psychosocial • psychiatres²¹ • pharmacien ou pharmacienne • gestionnaire, une fois par semaine²² 	Fréquence : quotidienne, les jours ouvrables Durée : entre 45 minutes et 1 h 15	<p>La rencontre permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • partager une vision commune; • favoriser la communication entre les membres de l'équipe et de favoriser une gestion des risques adéquate; • maintenir la continuité du plan de cheminement clinique et l'ajustement de celui-ci; • déterminer les orientations cliniques pertinentes pour chaque personne en suivi; • favoriser le transfert de connaissances par le biais des discussions de cas et des prises de décisions partagées; • résoudre des désaccords cliniques; • discuter des situations qui génèrent un sentiment d'impuissance, des contre-transferts ou une impression d'impasse clinique. <p>Contenu de la rencontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation des nouvelles intégrations de la journée. • Discussion du dossier de toutes les personnes en suivi.
Rapport interquarts • personnel infirmier de jour et de soir	Fréquence : quotidienne, les fins de semaine et jours fériés Durée : 15 minutes	<p>La rencontre permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • transmettre les informations nécessaires au suivi clinique de la cohorte, afin d'assurer la continuité des soins de façon efficiente et sécuritaire pour le quart de soir; • réorganiser les contacts de la soirée et se concerter sur les interventions prioritaires en cas d'imprévus; • évaluer les besoins de recourir à du personnel supplémentaire pour effectuer des interventions en dyade.

19 Chaque pivot est responsable de ses dossiers. En cas d'absence d'un pivot, la lecture des dossiers doit être explicitement confiée à d'autres membres de l'équipe présents.

20 Plus de détails sont disponibles dans le document *Rencontres interdisciplinaires* disponible dans la boîte à outils.

21 Les psychiatres participent idéalement à toutes les réunions interdisciplinaires. Ils assistent minimalement à trois réunions par semaine, dont obligatoirement celles du lundi et du vendredi, et demeurent disponibles pour celles des trois autres jours de la semaine, lorsque requis.

22 Pour avoir une vision globale du fonctionnement et pour être à jour sur le plan clinique.

Rencontre et participants	Fréquence et durée	Précisions
Rencontre de pivots personnel du quart de jour et de soir : <ul style="list-style-type: none"> • duo d'infirmières et d'infirmiers pivots • personnel psychosocial au dossier • ASI/ICASI, au besoin 	Fréquence : minimalement hebdomadaire Durée : environ 45 minutes, en une seule rencontre ou réparties dans la semaine	<p>La rencontre permet à chaque duo d'infirmières et infirmiers pivots de se concerter sur leurs dossiers, en collaboration avec les intervenantes et intervenants psychosociaux impliqués, afin de coordonner le cheminement clinique.</p> <p>Contenu de la rencontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour des démarches en cours et des objectifs de suivi. • Soins et surveillance à mettre en place ou à ajuster. • Évaluation de la capacité à reprendre l'exercice des rôles sociaux. • Révision du niveau d'implication des proches et du consentement à la divulgation des renseignements. • Révision du niveau d'implication des partenaires. • Révision des modalités et de l'intensité de suivi. • Partage des responsabilités pour la semaine à venir. • Planification ou projection de la fin de suivi. <p>Les conclusions des échanges doivent être rapportées en rencontre interdisciplinaire pour être entérinées.</p>
Comité de coordination des références , au besoin* <ul style="list-style-type: none"> • ASI/ICASI du quart de jour • gestionnaire • psychiatre (1) • personne assurant la réception et le traitement des références • TS (1)23 	Fréquence : hebdomadaire, vers la fin de la semaine Durée : 1 heure	<p>* Ce comité peut être mis sur pied au besoin si le volume de références reçues est important. Sinon, des concertations plus informelles entre les membres de l'équipe peuvent permettre de répondre aux besoins.</p> <p>La rencontre permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordonner les intégrations en fonction des places disponibles et des références reçues; • identifier les bloquants à la fluidité, dans une optique d'amélioration continue. • Contenu de la rencontre : • Présentation du portrait de la cohorte : nombre de personnes en suivi actif et fins de suivi projetées pour la semaine suivante. • Projection de la capacité d'intégration de l'équipe pour la semaine suivante, en fonction des disponibilités médicales, infirmières et psychosociales. • Analyse des références qui présentent un niveau de complexité requérant une concertation pour statuer sur leur admissibilité préliminaire. • Attribution des places disponibles selon le mode de fonctionnement déterminé et révision de celui-ci au besoin. • Échange sur les bloquants à la fluidité pour les suivis actifs. • Échange sur le fonctionnement général (p. ex : processus de référence, évaluation de l'admissibilité), lorsque requis.
Rencontre d'ASI/ICASI <ul style="list-style-type: none"> • ASI/ICASI du quart de jour et du quart de soir • gestionnaire 	Fréquence : hebdomadaire Durée : 45 minutes	<p>La rencontre permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordonner les activités et de maintenir une vision commune du secteur; • discuter des enjeux, nouveautés et occasions clinico-administratives en matière de ressources humaines et de processus cliniques et organisationnels, tels que : • mise à jour des politiques ou procédures; • nouvelles directives à mettre en place; • répartition des rôles et responsabilités; • outils cliniques et besoins de formation continue; • etc.

23 Sa participation n'est pas requise si le rôle de réception et de traitement des références est assuré par un membre du personnel psychosocial.

Rencontre et participants	Fréquence et durée	Précisions
Rencontre d'amélioration continue • personnel infirmier et psychosocial de jour et de soir • personne assurant la réception et le traitement des références • gestionnaire	Fréquence : hebdomadaire Durée : 15 minutes	La rencontre permet de : <ul style="list-style-type: none"> • souligner les bons coups de l'équipe; • transmettre de l'information pertinente pour la vie de l'équipe (p. ex : formation à venir, note de service, nouvel outil); • faire le suivi de la performance (indicateurs); • mobiliser les membres de l'équipe dans la détection et la priorisation des problématiques ainsi que dans la recherche de solutions, la mise en place et le suivi de celles-ci; • s'assurer du bon déroulement de la collaboration interprofessionnelle.
Rencontre bilan • ASI/ICASI de jour et de soir • personne assurant la réception et le traitement des références • gestionnaire • psychiatres	Fréquence : 1 à 3 fois par année Durée : 2 heures	La rencontre permet de : <ul style="list-style-type: none"> • traiter des enjeux et occasions concernant des processus clinico-administratifs et organisationnels qui demandent une réflexion; • mieux situer la contribution spécifique des membres de l'équipe interdisciplinaire; • discuter des aspects susceptibles d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience de soins et services; • mettre à jour les outils de suivi systématique des clientèles; • faire le bilan des actions de développement durable réalisées, en cours et à venir²⁴.

Le [tableau 4](#) donne une vision d'ensemble d'un horaire hebdomadaire typique en matière de rencontres, pour une équipe où le quart de jour débute à 8 h et celui de soir, à 14 h 45.

Tableau 4. Exemple d'horaire hebdomadaire typique en matière de rencontres

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
8 h 15 Réunion du matin	8 h 15 Réunion du matin	8 h 15 Réunion du matin	8 h 15 Réunion du matin	8 h 15 Réunion du matin 9 h Comité de coordination des références		
15 h Rencontre interdisciplinaire	15 h Rencontre interdisciplinaire	14 h Rencontre d'ASI/ICASI 14 h 45 Rencontre d'amélioration continue	15 h Rencontre interdisciplinaire	15 h Rencontre interdisciplinaire	15 h Rapport interquarts	15 h Rapport interquarts

24 Voir la section [Pratique de développement durable](#).

2.9 PRATIQUES DE GESTION AGILES ET FLEXIBLES

L'encadrement des équipes TIBD demande des pratiques de gestion agiles et flexibles telles que décrites dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau (3). Concrètement, cela se manifeste par :

- de la souplesse dans l'aménagement des horaires du personnel (p. ex : moments des repas et des pauses, reprise du temps cumulé, congés en semaine);
- une marge de manœuvre et une flexibilité dans l'horaire des gestionnaires pour les imprévus, notamment pour soutenir l'équipe dans la gestion des risques ou lors de divergences d'opinion clinique;
- une disponibilité accrue de la ou du gestionnaire pour les équipes afin de :
 - participer à au moins une rencontre interdisciplinaire par semaine;
 - participer aux concertations concernant les références (admissibilité préliminaire, priorisation, attribution des places²⁵), lorsque nécessaire;
 - discuter ponctuellement avec le personnel lors de situations complexes, atypiques et imprévues;
- une capacité d'agir proactivement sur les problématiques qui surviennent;
- une bonne connaissance des différents facteurs influençant la capacité de l'équipe afin de :
 - maintenir la qualité et la sécurité des soins et services prodigués;
 - déterminer les besoins de formation et de soutien clinique;
 - développer de nouvelles trajectoires de services en cas de besoins émergents chez la clientèle ou de changements organisationnels;
- une excellente communication avec les ASI/ICASI et les psychiatres de l'équipe;
- la mise en place d'une cogestion médicale afin de partager les enjeux, d'établir des objectifs communs et de travailler de concert pour les atteindre.

2.10 LOCAUX ET LIEUX DES INTERVENTIONS

Des locaux situés à un endroit central du territoire doivent être attribués aux équipes TIBD. Idéalement, ils se situent près des principaux milieux référents (l'urgence, la clinique externe et les unités en psychiatrie, par exemple), des bureaux des psychiatres dédiés au TIBD et près des autres services du Plateau.

Des locaux doivent être prévus pour recevoir la clientèle, par exemple pour réaliser des examens médicaux, des démarches psychosociales, des rencontres familiales, des prélèvements, etc. Les lieux doivent être aménagés de façon sécuritaire, à la fois pour les personnes utilisatrices et le personnel, et ce, même dans des situations où une personne utilisatrice s'y présenterait de manière imprévue. Le nombre de locaux doit prendre en considération que la majorité des rencontres auront lieu à domicile ou en communauté.

Le *Gabarit de mise en œuvre*, disponible dans la boîte à outils, fournit des précisions quant aux locaux nécessaires et à leur aménagement.

25 Voir la section *Entrée dans les services*.

2.11 MOYENS DE COMMUNICATION

2.11.1 Communication avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches

La communication téléphonique est le moyen de communication à privilégier avec les personnes utilisatrices et leurs proches. Une **ligne téléphonique et une adresse courriel** doivent leur être consacrées, ainsi qu'aux partenaires, pour les interventions et démarches quotidiennes. Un membre de l'équipe doit être en mesure de répondre aux appels téléphoniques **en tout temps sur les heures d'ouverture**, y compris sur les heures de repas (p. ex : en décalant les heures de repas ou en installant un renvoi d'appel).

La **messagerie texte** peut être utilisée en prenant certaines précautions :

- Utiliser un cellulaire attitré à l'équipe et en aucun cas un cellulaire individuel, même s'il a été fourni par l'organisation.
- Réserver cette modalité aux situations exceptionnelles, et de préférence pour confirmer des informations factuelles déjà discutées avec la personne.
- Désigner une intervenante ou un intervenant par quart de travail comme responsable de répondre aux messages textes pouvant être reçus de manière imprévue.

Pour ces trois moyens de communication, un message de réponse automatique doit mentionner :

- que le téléphone est le moyen de communication à privilégier sur les heures d'ouverture pour une assistance immédiate;
- pour les appels téléphoniques reçus en dehors des heures d'ouverture, de laisser un message pour être contacté le lendemain matin, si la situation n'est pas urgente;
- de contacter le partenaire assurant le filet de sécurité pendant la nuit si la situation ne peut attendre;
- de se diriger vers l'urgence la plus proche si la situation est très urgente.

Il est utile de remettre aux personnes utilisatrices et à leurs proches un document qui contient les consignes pour la communication avec l'équipe TIBD. En raison du contexte de soins aigus, l'équipe ne peut écarter la possibilité que la clientèle ou leurs proches utilisent la messagerie texte ou le courriel, malgré les consignes émises et les moyens de communication habituellement privilégiés.

Du côté des personnes utilisatrices, l'accès à un **moyen de communication en cas d'urgence** doit être pris en compte avant de conclure à l'admissibilité à un suivi par le TIBD :

- Ce moyen peut prendre diverses formes et doit être adapté à l'état et à la situation de la personne et de ses proches (p. ex : cellulaire, ligne fixe, appels ou messagerie via Wi-Fi ou connexion réseau).
- Le délai d'accès à ce moyen de communication doit permettre d'assurer la sécurité de la personne et de ses proches (p. ex : accès chez le voisin immédiat, dépanneur à proximité).
- Le TIBD peut collaborer à la recherche de solutions, dans la limite du possible, afin de remédier à l'absence d'un moyen de communication (p. ex : prêt d'un cellulaire, mise en service de la ligne fixe, accompagnement pour une entente en cas de défaut de paiement).

Il est également souhaité d'avoir une **couverture réseau** fonctionnelle et ayant une portée suffisante, sur le lieu de rencontre, afin que les membres de l'équipe puissent effectuer rapidement un appel téléphonique. Dans le cas où le lieu de résidence de la personne n'offrirait pas une couverture jugée suffisante, certaines alternatives peuvent être mises en place (p. ex : hébergement temporaire chez un proche, utilisation d'un cellulaire satellite, visites en dyade, visite dans un parc à proximité avec couverture réseau).

Dans tous les cas, lorsque la sécurité de la personne, de ses proches ou des membres de l'équipe est compromise par l'accès à un moyen de communication ou une couverture réseau insuffisante, les membres de l'équipe doivent minimalement se concerter avec l'ASI/ICASI, la ou le psychiatre et au besoin avec la ou le gestionnaire, afin de **statuer sur la possibilité de mettre en place un suivi sécuritaire**. L'incapacité d'instaurer des conditions sécuritaires pourrait mener à une impossibilité d'intégration de la personne au TIBD.

2.11.2 Communication avec les milieux référents

Les équipes TIBD doivent avoir une adresse courriel et un numéro de téléphone attribués aux références, différents de ceux utilisés par l'équipe clinique pour les interventions et démarches au quotidien avec les personnes utilisatrices, les proches et les autres partenaires.

2.11.3 Communication entre les membres de l'équipe

Les membres de l'équipe doivent tous être équipés d'un **cellulaire professionnel**. Le téléphone et les messages textes sont utilisés régulièrement au cours d'une journée entre les membres d'une équipe pour échanger des informations ou valider des interventions (avec la ou le psychiatre, par exemple), en respect des normes de confidentialité. L'accès à un cellulaire contribue à assurer la sécurité de tous.

Il est également privilégié que les membres de l'équipe puissent avoir recours à un **ordinateur portable équipé d'une connexion internet** sur les lieux de l'intervention afin de :

- consulter des données utiles en temps opportun (p. ex : dossier électronique de la personne, plan de travail);
- faire de l'enseignement auprès de la clientèle et de ses proches;
- réaliser différentes démarches en présence de la personne (p. ex : une demande d'assurance-emploi ou d'aide sociale).

Par ailleurs, bien que les rencontres d'équipe en présentiel soient à privilégier pour favoriser la concertation entre les membres d'une équipe, la **vidéoconférence** peut être utilisée pour certains types de rencontres. Par exemple, faire les rencontres interdisciplinaires en mode hybride (la rencontre est essentiellement en présentiel, mais quelques personnes sont à distance) permet aux intervenantes et aux intervenants qui n'auraient pas pu participer autrement de partager et de recevoir toute l'information nécessaire au moment opportun.

2.12 TÉLÉSANTÉ

Dans le RSSS québécois, les technologies de l'information sont utilisées pour offrir des services de télésanté qui peuvent prendre plusieurs formes (53), dont les plus pertinentes pour le TIBD sont :

Avec des personnes utilisatrices et leurs proches :

- **téléconsultation :** poser ou confirmer un diagnostic, réaliser un suivi de l'évolution de la condition ou réajuster un plan de traitement.

Avec des personnes utilisatrices, leurs proches, des collègues et des partenaires :

- **télééducation :**
 - transférer des connaissances;
 - fournir de l'information concernant la maladie, les symptômes ou les gestes à préconiser pour administrer un soin particulier.

Avec des collègues et des partenaires :

- **téléavis :** obtenir / donner un avis au sujet d'un cas clinique.

Ces types d'interventions peuvent être réalisées dans certains contextes spécifiques au TIBD et doivent être balisées.

L'équipe clinique se déplace pour rencontrer les personnes utilisatrices plusieurs fois par jour, à leur domicile ou dans la communauté. En dehors de ces contacts en présentiel, le **téléphone** est un moyen de communication fréquemment utilisé. Il permet de :

- multiplier les contacts lorsque nécessaire, en fonction de l'état clinique;
- faire des rappels pour améliorer l'observance de la prise de médicaments (54);
- prendre contact avec la personne avant chaque visite;
- compléter les modalités d'interventions lors de diminutions de l'intensité de service.

La **téléconsultation** par vidéoconférence est présentement très peu utilisée dans les services TIBD. Selon les consultations menées auprès d'acteurs clés du TIBD de la Capitale-Nationale²⁶ et selon la littérature, l'utilisation de la vidéoconférence est mal adaptée à la clientèle dont l'état est particulièrement aigu (54-59) home-based CTV (HBCVT). Elle est de plus déconseillée pour la plupart des interventions réalisées dans le cadre d'un suivi TIBD, tel que présenté à l'[encadré 8](#).

26 Acteurs clés : personnes utilisatrices, proches, membres des équipes et gestionnaires.

Encadré 8. Interventions pour lesquelles l'utilisation de la téléconsultation est déconseillée

- Gérer des crises (60).
- Établir une relation thérapeutique de qualité (56,59,60).
- Évaluer une nouvelle personne utilisatrice (56,59,60).
- Gérer la médication et évaluer ses effets (56,60).
- Évaluer et gérer les risques de même que les problèmes liés à la sécurité (60,61).
- Évaluer l'état mental dans sa globalité en considérant les besoins et les risques (p. ex : sécurité du domicile, situation d'abus, de maltraitance ou de violence conjugale, capacité à répondre aux besoins de base) (61, consultation CIUSSS de la Capitale-Nationale).

Ainsi, la téléconsultation dans le contexte du TIBD ne peut pas remplacer les interactions en présence. Elle pourrait toutefois être utilisée judicieusement dans quelques contextes :

- Pour les interventions de basse intensité, par exemple pour prendre des nouvelles de la personne entre deux rendez-vous (59).
- Comme stratégie d'exposition graduelle, pour favoriser la reprise du fonctionnement, en phase 3 du suivi.
- Pour permettre d'augmenter temporairement un suivi à plus de trois contacts par jour, lorsque les situations cliniques le justifient.
- En dépannage lors d'une situation exceptionnelle ou lors de fortes intempéries.
- Lorsque la personne séjourne hors de la région pour quelques jours ou dans le cadre de la reprise de ses rôles sociaux.
- Pour certains rendez-vous médicaux, à condition qu'un autre membre de l'équipe soit physiquement avec la personne afin de compléter la collecte d'informations faite par la ou le psychiatre.
- Afin de permettre aux proches de participer à des rendez-vous à distance, notamment à des rendez-vous médicaux, lorsque la personne utilisatrice y consent.

La prudence est toutefois de mise. Étant donné le contexte de soins aigus et l'instabilité de l'état mental qui peut être présente chez la clientèle, les membres de l'équipe doivent avoir la capacité de se déplacer lors de chacun des contacts à distance, si la situation le requiert. Une utilisation de la téléconsultation visant à augmenter le nombre de personnes en suivi pourrait leur porter préjudice et mettre en péril leur sécurité et celle d'autrui. Ainsi, la pertinence clinique doit guider l'utilisation de la téléconsultation.

D'autre part, le personnel peut utiliser des outils fiables et pertinents pour réaliser de la **télééducation** dans le cadre de ses interventions cliniques (p. ex : partager une vidéo explicative en mode asynchrone pour enseigner la technique de cohérence cardiaque, informer un proche sur les symptômes de la maladie lors d'une rencontre virtuelle synchrone).

Le **téléavis** peut également être utilisé dans le contexte du TIBD. Par exemple, une équipe TIBD pourrait demander l'avis clinique d'une pharmacienne ou d'un médecin spécialiste au sujet du plan de traitement d'une personne utilisatrice de services, par l'entremise d'une plateforme en ligne.

Lorsque la télésanté est utilisée, les bonnes pratiques et lignes directrices émises par les établissements doivent être respectées, afin d'assurer la confidentialité et la sécurité des personnes et de leurs proches.

2.13 FORMATION DU PERSONNEL

Le document *Plan de bonification des connaissances et des compétences* proposé dans la boîte à outils est essentiel pour guider les gestionnaires dans la planification de la formation de leurs équipes TIBD. Des vignettes cliniques sont aussi mises à disposition dans la boîte à outils afin de favoriser l'appropriation du mandat, de la vision, des piliers et des principes directeurs du TIBD et du Plateau.

2.13.1 Formation initiale pour une équipe en démarrage

Pour l'équipe clinique impliquée dans le déploiement initial d'un TIBD, dix jours d'activités de formation et d'appropriation sont recommandés avant de commencer l'intégration des personnes utilisatrices de services. Le calendrier d'activités de formation et d'appropriation devrait ensuite se prolonger sur les trois premiers mois d'opération. Un arrimage avec les directions-conseils de l'établissement, notamment la DSM et la DSM, est nécessaire pour s'assurer que les formations répondent aux normes de l'établissement et aux normes professionnelles. Les dix premiers jours doivent permettre à l'équipe de :

- faire les apprentissages essentiels à une pratique sécuritaire en santé mentale dans la communauté;
- s'approprier le mandat, la vision, les piliers et les principes directeurs du TIBD et du Plateau;
- se familiariser avec le fonctionnement quotidien de l'équipe.

Avant de débuter l'intégration des personnes utilisatrices, l'ensemble des intervenantes et des intervenants doivent développer les connaissances et compétences pour assurer des soins sécuritaires en regard des thèmes suivants :

- Fonctionnement de l'équipe
- Principaux troubles de santé mentale rencontrés au TIBD et pharmacologie associée
- Observation ou évaluation de l'état mental (en fonction des champs de pratique)
- Mandat, vision, piliers et principes directeurs du TIBD et du Plateau
- Évaluation initiale au TIBD
- Sécurité en contexte d'intervention à domicile
- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, c. P-38.001) (LPP)
- Connaissances de base sur la dépendance
- Considérer, intégrer et outiller les proches
- Entrevue structurée
- Risque suicidaire et risque d'homicide

L'ensemble de l'équipe clinique devrait participer aux différentes formations. Les thèmes peuvent être explorés plus ou moins en détail, en fonction du champ de pratique et de l'expérience antérieure des membres de l'équipe.

Compte tenu de la prévalence de la concomitance des troubles de santé mentale et des troubles liés à la dépendance, l'ensemble du personnel doit développer des connaissances et des compétences de base sur la question et être formé en entretien motivationnel et en réduction des méfaits. De plus, au moins 25 % à 50 % du personnel clinique doivent recevoir des formations avancées sur la dépendance.

Il est par ailleurs souhaitable que les membres de l'équipe jouant un rôle clé de soutien ou de liaison (ASI/ICASI, responsable de la réception et du traitement des références, personne assurant le soutien clinique psychosocial) réalisent une journée d'observation dans les équipes ABC et UIBP de leur établissement. D'autres activités peuvent être mises en place pour favoriser une appropriation des autres services du Plateau par le personnel du TIBD afin d'optimiser le travail en collaboration.

2.13.2 Intégration subséquente du personnel

Pour l'intégration du personnel subséquemment au démarrage initial, il est suggéré d'organiser une intégration s'échelonnant sur minimalement 10 jours, inspirée du cheminement pour les équipes en démarrage. Au-delà des 10 jours d'intégration, un calendrier de formation doit aussi être planifié pour les trois premiers mois. Ce cheminement et le nombre de journées de formation théoriques préalables varieront selon le niveau de connaissances et les expériences antérieures de la personne.

Les deux semaines d'intégration au TIBD doivent permettre à l'intervenante ou l'intervenant d'acquérir des connaissances et des compétences essentielles pour un fonctionnement sécuritaire dans l'équipe. Cette période doit aussi comprendre des échanges avec la ou le gestionnaire ainsi qu'avec l'ASI/ICASI, la personne responsable de la réception et du traitement des références et la personne assurant le soutien clinique psychosocial afin de bien départager les rôles de chacun et de favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Pendant la première semaine d'intégration, toutes les interventions devraient être réalisées en dyade, avec des collègues de différents titres d'emploi. Le personnel infirmier qui travaillera les fins de semaine et les jours fériés doit être jumelé pendant une fin de semaine complète avant d'effectuer son premier quart de travail seul.

Les gestionnaires s'assurent de l'évaluation et du suivi du développement des connaissances et des compétences du personnel, au moins au début, à la moitié et à la fin de la période de probation (nouvelle embauche) ou de la période d'essai (changement de poste) du personnel, et annuellement par la suite.

Il pourrait être utile pour les établissements de créer un guide d'accueil et d'accompagnement pour le nouveau personnel et de le bonifier au fil du temps, en cohérence avec les pratiques de l'établissement.

2.13.3 Formation continue

Les établissements sont responsables de favoriser le développement des compétences, notamment en offrant l'accès à des formations pertinentes pour la mise à jour et l'approfondissement des connaissances cliniques. Les besoins de formation continue doivent être analysés en fonction des réalités régionales et des besoins émergents de la clientèle. Lorsque cela est pertinent, il est suggéré que l'ensemble du personnel assiste aux formations, nonobstant le caractère plus médical, infirmier

ou psychosocial de certaines d'entre elles, afin de favoriser le développement des compétences dans un contexte de transdisciplinarité.

L'ensemble des intervenantes et intervenants du TIBD est responsable de la mise à jour et du développement de ses connaissances afin de rehausser ou de maintenir ses compétences. Tous et toutes doivent notamment tenir compte des exigences de leurs ordres professionnels respectifs en matière de formation continue.

Il est recommandé que l'équipe se remémore périodiquement le mandat, la vision, les piliers et les principes directeurs du TIBD et du Plateau afin d'en perpétuer l'application et de maintenir une vision commune.

2.14 SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET CLINIQUE

- Le soutien clinique pour les situations quotidiennes est principalement assuré par les ASI/ICASI, tant pour le personnel infirmier que pour le personnel psychosocial.
- Il est nécessaire de mettre en place un soutien clinique propre au personnel psychosocial. Ce soutien peut être à même l'équipe, au sein du Plateau ou alors, au niveau de l'organisation.
- Les gestionnaires peuvent jouer un rôle dans le soutien clinique, au besoin.
- Tous ces acteurs doivent travailler de concert pour :
 - contribuer à l'évaluation et au suivi du développement des connaissances et des compétences;
 - soutenir individuellement ou en groupe les membres de l'équipe lors de situations complexes ou atypiques;
 - offrir un accompagnement plus étroit lorsque des besoins sont identifiés (p. ex : offre de formation adaptée, jumelage, mentorat).

Afin d'être en mesure d'offrir un soutien clinique personnalisé et propre au contexte de pratique du TIBD, il est recommandé de présenter aux directions-conseils le mandat, la vision, les piliers, les principes directeurs et le fonctionnement quotidien des équipes TIBD. Ces dernières doivent pouvoir être soutenues par la ou les directions-conseils responsables des aspects suivants, lorsque nécessaire :

- Optimisation des rôles professionnels et des activités réservées ou non réservées
- Soutien clinique lors de situations complexes
- Enjeux éthiques
- Enjeux légaux
- Structure des ressources humaines et développement organisationnel
- Expérience des personnes utilisatrices
- Expérience du personnel
- Sécurité et bien-être du personnel

Finalement, la Direction santé mentale de l'établissement a un rôle important à jouer dans le **soutien des gestionnaires de proximité**. Il est essentiel de les soutenir dans leur rôle et de leur fournir les moyens nécessaires pour la mise en place et le fonctionnement des équipes TIBD, ainsi que pour dénouer les impasses.

2.15 PROCESSUS ORGANISATIONNELS

Afin d'éviter un recours à l'hospitalisation régulière et afin de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle ayant un requis d'hospitalisation, mais recevant ses soins dans la communauté, les établissements doivent mettre en place différents processus. Le [tableau 5](#) présente les principaux processus à mettre en place, qui pourraient être complétés en fonction des besoins. Afin de favoriser la fluidité du parcours des personnes utilisatrices, toutes les procédures organisationnelles mises en place doivent viser une **simplification maximale**, tant pour les membres des équipes et leurs gestionnaires, que pour les milieux référents, les personnes utilisatrices et leurs proches. De même, ces processus doivent être établis conjointement avec les autres services du Plateau.

UIBP

Assurer la possibilité d'admission à l'UIBP sans transiter par l'urgence.

ABC

Mettre en place des mécanismes qui facilitent le passage de l'ABC au TIBD, et vice-versa.

Urgences (incluant les urgences psychiatriques)

Unités de soins en psychiatrie

Cliniques externes en psychiatrie

Mettre en place un processus de référence simplifié pour favoriser la continuité des soins lors d'un transfert de part et d'autre :

- Priorisation des références
- Transferts personnalisés
- Mécanismes pour faciliter le partage d'informations
- Identification de personnes pivots
- Etc.

Autres services spécialisés en santé mentale (hôpitaux de jour, cliniques spécialisées)

Équipes de suivi dans la communauté (PPEP, SIV, SBNI, SIM, SIF)

Équipes de liaison intersectorielle (crise, itinérance, dépendances, etc.)

Centres de réadaptation en dépendance

Établir des modes de collaboration qui clarifient les mandats et les rôles de chacun, afin de travailler en complémentarité (voir la section [*Collaboration avec d'autres services*](#)).

Mettre en place un processus de référence simplifié pour favoriser la continuité des soins lors d'un transfert de part et d'autre.

Omnipraticienne ou omnipraticien

Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé en première ligne (IPSPL)

Établir une entente et un mécanisme simplifié pour des besoins de santé physique ponctuels. Ce canal doit servir uniquement dans les cas où les procédures courantes sont impossibles (p. ex : médecin de famille, guichet d'accès à la première ligne) ou lorsque les délais d'accès sont déraisonnables.

Soins physiques, examens diagnostiques et médecine spécialisée

Autres professionnelles et professionnels (nutritionniste, psychologue, etc.)

Laboratoire pour l'analyse des prélèvements

Avoir une priorité d'accès au même titre que les personnes ayant un statut d'admis sur une unité de soins (leur donner la même cote de priorité).

Psychiatre de garde au sein de l'établissement

Assurer un accès (peut être à distance) à une ou un psychiatre de garde lors des quarts où les psychiatres dédiés au TIBD ne sont pas en service (soirs, fins de semaine et jours fériés).

Info-Social 811

Équipes ou ligne 24 h/24, 7 j/7

Centres de crise²⁷

Établir des modalités de collaboration afin d'assurer un filet de sécurité adéquat aux personnes à l'extérieur des heures d'ouverture régulières du TIBD. C'est en général à ces services que les personnes utilisatrices doivent se référer entre 23 h et 8 h.

Possibilité que le TIBD communique aux partenaires des informations sur les personnes en suivi, en respect du consentement, notamment:

- des informations générales (coordonnées, contact d'urgence de la personne);
- des informations spécifiques à l'état de santé mentale de la personne (p. ex : diagnostic, symptômes actifs, médication ou autres);
- les interventions à privilégier;
- les actions à poser dans le contexte de l'implication du TIBD (p. ex : laisser un message à l'équipe clinique).

Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM)

S'assurer que le MASM connaît bien le service, et vice-versa, et qu'il est en mesure de référer au TIBD, au même titre que les autres milieux référents. Le mécanisme de référence établi pour le TIBD doit être respecté.

Service de dictée

Prioriser les psychiatres de l'équipe pour que les notes soient disponibles le jour même des interventions réalisées.

Archives

Établir des procédures fluides dans le traitement des dossiers des personnes utilisatrices de services.

Département de pharmacie

- Établir des modes de collaboration pour qu'une pharmacienne ou un pharmacien s'implique au sein du TIBD.
- Fournir une **trousse de médication de dépannage*** et en déterminer le contenu en collaboration.
- Établir un mode de fonctionnement pour l'accès d'urgence à la médication non incluse dans la trousse de dépannage en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie communautaire de la personne.

*La trousse de médication de dépannage rend disponible, en quantité limitée, les molécules les plus régulièrement prescrites au TIBD afin de répondre à des besoins urgents et essentiels, c'est-à-dire lorsque la situation d'une personne utilisatrice exige qu'un médicament lui soit remis rapidement, et que ce médicament :

- n'est pas disponible à son nom, a été altéré ou égaré;
ET
- que le temps d'attente pour le service par la pharmacie communautaire serait trop important et pourrait entraîner des conséquences négatives pour la personne.

Les molécules doivent être fournies en doses individuelles et conservées sécuritairement dans un rangement (p. ex : valise, trousse, cabinet) réservé uniquement à cet usage, dans les locaux de l'équipe. Les politiques et procédures pour la gestion sécuritaire de la trousse (approvisionnement, entreposage, inventaire et destruction) doivent être mises en place en collaboration avec le département de pharmacie en s'assurant de respecter les lois, règlements ainsi que les normes en vigueur.

27 Selon l'organisation des différents établissements, ces ressources peuvent être des partenaires internes ou externes.

L'utilisation de médicaments de la trousse requiert toujours une ordonnance délivrée par une professionnelle ou un professionnel habilité. L'information concernant l'utilisation d'un médicament de la réserve et l'ordonnance associée doivent être transmises à la pharmacienne ou au pharmacien communautaire rapidement après le service. Une entente doit être prise avec le département de pharmacie quant aux moyens permettant à ce dernier d'effectuer les contrôles nécessaires.

Le contenu de la trousse de médication de dépannage peut varier d'un établissement à l'autre, en fonction des particularités de la clientèle, et doit être déterminé en partenariat avec le département de pharmacie de l'établissement. Il est toutefois encouragé de rendre disponibles les médicaments les plus utilisés dans la pratique au quotidien, notamment pour les classes suivantes :

- Antipsychotiques
- Antidépresseurs
- Thymorégulateurs

Également, la trousse doit contenir des comprimés pour la médication prescrite au besoin, notamment pour la gestion des conditions suivantes :

- Insomnie
- Anxiété
- Symptômes psychotiques
- Agitation
- Effets indésirables de la médication (p. ex : constipation, réactions extrapyramidales)

Directions pertinentes (DSI, DSP, DSM, etc.)

Se doter d'un fonctionnement clair qui tient compte de la réalité du TIBD, des pratiques organisationnelles et des différentes lois, règlements et normes entourant la médication. La rédaction d'un guide de gestion de la médication est nécessaire, et ce, en collaboration avec les instances pertinentes de l'établissement, dont le département de pharmacie et la DSI. Ce document doit contenir des directives claires concernant les éléments suivants :

- Démarches et interventions requises à l'intégration des personnes utilisatrices de services.
- Rôles et responsabilités des différents professionnels dans le processus de distribution et supervision de la médication.
- Traitement des ordonnances et modalités de collaboration avec les pharmacies communautaires.
- Gestion et entreposage de la médication dans les bureaux du TIBD, incluant la gestion des substances désignées et des médicaments de la trousse de médication de dépannage.
- Directives pour la préparation et l'ajustement des piluliers (selon les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] en vigueur).
- Directives pour la gestion de risque (p. ex : erreurs, médicament d'alerte élevée, destruction de la médication).

Tableau 5. Processus organisationnels à mettre en place avec des services ou secteurs de l'établissement

2.16 PARTENARIATS ET COLLABORATIONS

Afin d'assurer la fluidité et la qualité des soins et services, différentes collaborations doivent être mises en place avec des partenaires externes. Les partenariats peuvent prendre différentes formes selon les contextes régionaux. Le *Plan de communication et de gestion du changement*, disponible dans la boîte à outils, s'avère utile afin d'établir ces différents partenariats. Il est pertinent de réfléchir à ces partenariats conjointement avec les autres services du Plateau.

2.16.1 Ressources d'hébergement d'urgence ou temporaire²⁸

Des lits de crise et des lits d'hébergement temporaire non spécifiques à un état de crise ou d'urgence doivent être accessibles pour :

- instaurer un filet de sécurité conditionnel au maintien du suivi TIBD;
- prévenir le recours à l'urgence en dehors des heures d'ouverture du TIBD;
- éviter une admission hospitalière en raison d'un niveau de risque qui requiert un encadrement plus intensif;
- avoir la capacité de maintenir le suivi en offrant une alternative temporaire en cas de perte du milieu de vie.

2.16.2 Pharmacies communautaires

Le statut d'inscrit des personnes utilisatrices implique notamment qu'elles acquittent elles-mêmes les frais associés au service de leur médication. Le TIBD collabore donc avec les pharmacies communautaires choisies par les personnes. Ainsi, une collaboration efficace doit être mise en place avec ces dernières.

Il importe que les pharmacies communautaires aient une bonne compréhension de la clientèle, du contexte et de l'offre de services du TIBD afin d'éviter des situations préjudiciables aux personnes utilisatrices. Pour ce faire, l'équipe s'assure de :

- prévenir la pharmacie que les ajustements pourraient être plus fréquents et les doses plus élevées qu'à l'habitude, afin d'éviter qu'elle refuse de servir une prescription qui serait jugée non sécuritaire si la personne n'était pas suivie par le TIBD;
- communiquer l'importance d'utiliser le langage désiré par la personne, par exemple en évitant certains termes;
- expliquer le requis du service de la médication sur de plus courtes périodes, étant donné les changements fréquents dans le contexte du TIBD;
- mettre en place rapidement toute autre intervention pertinente lorsque requis.

Il est tout aussi essentiel que le TIBD prenne en considération la réalité de la pharmacie communautaire (p. ex : temps pour préparer la médication, difficulté d'approvisionnement, heures d'ouverture). Chacun participe à la mise en place de solutions, au cas par cas, pour les besoins de chaque personne utilisatrice.

2.16.3 Organismes communautaires et fondations

Les organismes communautaires du territoire contribuent à assurer une réponse aux besoins des personnes. Il est important de bien définir les ententes de collaboration afin de respecter les mandats respectifs de chacun. Ils peuvent notamment être impliqués dans :

- l'accompagnement aux activités de la vie quotidienne;
- le dépannage alimentaire (p. ex : accès prioritaire pour obtenir un dépannage alimentaire en urgence);
- le soutien offert aux proches.

²⁸ Selon l'organisation des différents établissements, ces ressources pourraient être des partenaires internes ou externes.

Les fondations peuvent aussi offrir une aide ponctuelle, permettant la réponse aux besoins de base de la personne (p. ex : carte-cadeau pour faire une épicerie, aide vestimentaire, repas préparés qui peuvent être remis ponctuellement à une personne dans le besoin, remboursement d'une dette à la pharmacie communautaire ou couverture de la franchise mensuelle à défrayer pour obtenir la médication).

2.16.4 Organismes gouvernementaux

Afin de régulariser rapidement et efficacement la situation des personnes utilisatrices, il est utile d'établir des voies d'accès privilégiées (p. ex : codes d'accès, ligne réservée aux professionnelles et professionnels) avec les organismes gouvernementaux provinciaux et fédéraux pertinents, notamment les organismes responsables de :

- l'assurance maladie (RAMQ)
- l'assurance-emploi
- l'aide sociale
- l'immigration

Il peut être judicieux d'établir ces voies d'accès pour l'ensemble de la Direction de santé mentale ou même, pour l'ensemble de l'établissement.

2.16.5 Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Une étroite collaboration doit être mise en place entre l'équipe TIBD et les intervenantes et intervenants de la DPJ qui sont impliqués auprès des enfants des personnes en suivi afin de :

- s'assurer de la sécurité des enfants et prévenir les situations de compromission;
- favoriser une compréhension mutuelle des objectifs et modalités de suivi de chacun;
- moduler et ajuster les interventions de part et d'autre, en fonction de la situation, des besoins et de l'évolution de l'état de santé du parent;
- mettre en place des mesures moins restrictives, lorsque la situation le permet;
- placer l'intérêt de l'enfant au centre des décisions prises de part et d'autre.

2.16.6 Services policiers

La collaboration avec les services policiers peut grandement varier d'une région à l'autre, mais il est souhaitable que le corps de police local soit informé de l'offre de services TIBD afin d'en tenir compte dans ses interventions (p. ex : communiquer avec le TIBD lorsqu'il intervient auprès d'une personne suivie par l'équipe, prendre en compte les évaluations et recommandations de l'équipe clinique du TIBD lorsqu'une demande d'intervention policière est initiée par le TIBD).

2.16.7 Autres collaborations

Des partenariats et des collaborations peuvent être établis avec d'autres acteurs locaux, comme des sentinelles ou des éclaireurs, en fonction des contextes régionaux (p. ex : pour soutenir les équipes cliniques s'il survient une situation à potentiel traumatique, dans le cas d'un décès par suicide). D'autres collaborations peuvent être mises en place selon les besoins.

PRATIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

La responsabilité sociale et environnementale est essentielle pour assurer un avenir durable et prospère aux futures générations et le TIBD doit y contribuer activement. Les 16 principes de développement durable définis par la [Loi sur le développement durable](#) (RLRQ, c. D-8.1.1) (63), jumelés aux considérations cliniques et organisationnelles, notamment quant à la qualité et à la sécurité des soins et services, doivent servir de base aux décisions prises par l'organisation, les gestionnaires et les membres de l'équipe clinique du TIBD. Le développement durable est une responsabilité partagée. Les équipes du TIBD et tous les niveaux de gestion doivent être mobilisés autour du développement durable et se questionner sur les actions à mettre en place pour le favoriser, tant dans les pratiques quotidiennes que dans les améliorations qui sont apportées dans les soins et services, de même que dans le fonctionnement et la gestion des équipes. Le développement durable doit être abordé lors des rencontres bilans de l'équipe²⁹, afin de mettre en place des actions concrètes et d'en assurer le suivi. L'établissement doit s'assurer de développer des politiques et des installations qui facilitent l'application d'actions de développement durable. Le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau propose plusieurs pistes de réflexion et actions concrètes qui pourraient être mises en œuvre (3).

29 Voir la section [Rencontres d'équipe](#).

3. MODALITÉS CLINIQUES

3.1 APPROCHES PRIVILÉGIÉES

Les principales approches utilisées au TIBD sont :

- le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants ([64,65](#))
- le modèle biopsychosocial ([66](#))
- l'approche centrée sur le rétablissement ([67](#))
- l'approche systémique ([68](#))
- l'approche centrée sur les forces ([69-71](#))
- l'approche de réduction des méfaits ([72](#))
- l'approche motivationnelle ([73,74](#))
- l'approche cognitivo-comportementale ([75](#))

L'[annexe 1](#) présente des éléments de définition et des exemples pour illustrer comment ces approches sont intégrées dans la pratique quotidienne.

3.2 INTERVENTIONS PRIVILÉGIÉES

Les principales interventions à réaliser au TIBD sont décrites dans le [tableau 6](#). Certaines de ces interventions sont des actes réservés, d'autres sont des activités partagées. Les membres de l'équipe clinique effectuent ces interventions en fonction de leur profession et des normes en vigueur. Ce tableau est donné à titre indicatif, mais le besoin des personnes doit être l'élément décisif dans le choix des interventions qui seront mises en place.

Types d'intervention ³⁰	Exemples d'intervention
Dépistage et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation diagnostique : identification de la nature et de la cause du problème, ainsi que confirmation ou infirmation de la présence d'un trouble de santé mentale. • Évaluation de la condition physique et mentale : réalisation d'une démarche structurée d'observation, d'examen et de description de l'état d'une personne, de façon à poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne. • Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : exploration d'un ensemble de faits susceptibles de précipiter le passage à l'acte et identification des facteurs de risque et de protection présents chez la personne ou son entourage, afin de déterminer l'imminence et la dangerosité du geste suicidaire. • Évaluation du risque hétéroagressif : évaluation du potentiel de dangerosité de façon à déterminer plus objectivement les interventions requises afin de faire face aux situations d'agressivité et de violence de façon sécuritaire. • Évaluation du fonctionnement social : évaluation du fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. • Évaluation des ordonnances pharmacologiques et analyse de la situation : réalisation d'une collecte d'informations de façon à s'assurer que la thérapie pharmacologique choisie répond aux besoins de la personne utilisatrice, tout en étant optimale et sécuritaire. Pour ce faire, différentes dimensions liées à la médication sont analysées : l'efficacité, la tolérance, l'observance et la compréhension. • Dépistage et évaluation des troubles liés à la consommation : détection de l'utilisation de substances psychoactives à l'aide d'outils standardisés et évaluation des risques de sevrage s'il y a lieu. • Évaluation de la sécurité à domicile : identification des risques liés à l'environnement physique (p. ex : encombrement, insalubrité, mesures d'urgence, organisation des lieux, qualité de l'environnement) ou liés à la personne (p. ex : risques d'incendie, risques liés à la cohabitation, violence conjugale, abus, maltraitance), et identification des stratégies à privilégier pour assurer la sécurité de la personne, de ses proches et du personnel. • Évaluation psychosociale réalisée dans le cadre de la Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité : émettre une opinion sur le degré d'inaptitude, les impacts de l'inaptitude et la capacité de la personne utilisatrice à exercer ses droits.
Traitements et suivis professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements médicaux : ensemble des moyens appliqués par une ou un professionnel de la santé vis-à-vis un problème de santé afin de favoriser le rétablissement, soulager les symptômes ou en prévenir l'apparition. • Traitements pharmacologiques : introduction, suivi et ajustement de la médication en vue de l'atteinte de la cible thérapeutique fixée par la prescriptrice ou le prescripteur autorisé, en collaboration avec la personne. • Suivi infirmier et psychosocial : à une fréquence régulière, en vue de contribuer à la stabilisation de l'état mental, la mise en place d'un filet de sécurité, la gestion de crise, l'atteinte des objectifs prioritaires d'intervention, la reprise des rôles sociaux, le développement d'un projet de vie, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, la prise de la médication (supervision, évaluation de l'observance, enseignement de stratégies de gestion de la médication), etc.
Enseignement et éducation psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale : médication, diagnostic, prévention des rechutes, symptômes, rétablissement, gestion des émotions, gestion de l'anxiété, etc. • Dépendance : consommation à moindres risques, interactions entre les substances et le traitement pharmacologique, signes de surdose ou de sevrage des substances psychoactives. • Santé physique : saines habitudes de vie pour la santé physique et mentale, certaines problématiques de santé physique (p. ex : diabète, hypertension, cholestérol, syndrome métabolique, infection transmissible sexuellement et par le sang [ITSS]).
Considérer, intégrer et outiller les proches	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et enseignement auprès des proches : évaluation des besoins, de la volonté, des capacités et des limites à s'impliquer, enseignement sur différents thèmes, etc. • Intervention familiale, conjugale ou auprès des membres de l'entourage : rencontres individuelles et conjointes, résolution de conflits, etc.; • Orientation vers les services appropriés : orientation effectuée pour la famille ou les proches.

30 Les membres de l'équipe qui ne sont pas habilités à faire des évaluations participent tout de même à l'observation des éléments à évaluer.

Types d'intervention ³⁰	Exemples d'intervention
Orientation et référence	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation ou demande de référence auprès des services requis : selon les besoins constatés (p. ex : médecin de famille, psychiatre, évaluation médicale ou professionnelle, suivi des prises de sang, injections). • Liaison : réseautage et communication de l'information pertinente aux autres intervenantes et intervenants au dossier (p. ex : médecin de famille, autres équipes au dossier, pharmacie communautaire). • Accompagnement personnalisé vers les services appropriés à la suite de l'épisode de soins et services : rencontre conjointe avec l'équipe clinique du TIBD, la personne utilisatrice et l'intervenante ou l'intervenant du service vers lequel la personne utilisatrice est référée (communication entre les intervenantes et intervenants concernés pour éviter que la personne ait à raconter de nouveau son histoire, remise des documents pertinents [p. ex : sommaire du suivi TIBD, complément à l'évaluation du fonctionnement social, résultats de laboratoire ou de consultation]).

Tableau 6. Types d'interventions réalisées au TIBD

3.3 CONSIDÉRER, INTÉGRER ET OUTILLER LES PROCHES

Le *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale* (4) est un outil incontournable pour les gestionnaires et le personnel du TIBD afin d'assurer une implication optimale des proches au TIBD. Le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau (3) pose les orientations qui guident la pratique au TIBD. Considérer, intégrer et outiller les proches est une responsabilité partagée par tous les membres de l'équipe. Elle peut se réaliser par les actions suivantes :

- En début de suivi :
 - Favoriser la présence des proches et leur implication, en prenant en considération les moments qui leur conviennent le mieux.
 - Présenter les modalités du suivi du TIBD (objectifs, horaire, intensité, durée, remise des coordonnées de l'équipe).
 - Évaluer leurs besoins prioritaires et déterminer si le soutien peut être fourni par l'équipe TIBD ou s'il convient de référer vers un autre service de l'établissement ou de la communauté.
 - Etablir conjointement le niveau d'accompagnement qu'ils peuvent offrir à la personne en prenant en considération leurs volontés, leurs capacités, leurs limites et leurs disponibilités.
 - Cibler les modalités de contacts auprès des proches (p. ex : à qui, par qui, moyen de communication, fréquence).
 - Soutenir les proches pour qu'ils mettent en place des stratégies pour maintenir ou rétablir les liens avec la personne.
 - Planifier une rencontre conjointe avec la ou le psychiatre de l'équipe, en présence de la personne utilisatrice ou non, selon les besoins et son niveau de consentement.
 - Impliquer les proches dans l'élaboration du plan de non-réponse et des plans de sécurité.
- En cours de suivi :
 - Contribuer au développement des connaissances des proches sur les thèmes suivants, selon les besoins (4) :
 - Diagnostic : manifestations et répercussions sociales, signes précurseurs d'une rechute.

- Effets escomptés et effets indésirables possibles avec le traitement pharmacologique ainsi que les précautions à prendre en lien avec les médicaments.
 - Fonctionnement des soins et des services en santé mentale adulte.
 - Types d'interventions psychosociales, médicales et infirmières offertes au TIBD.
 - Processus de rétablissement en santé mentale.
 - Rôle d'une ou un proche d'une personne aux prises avec un trouble de santé mentale et répercussions possibles (position parfois sensible).
 - Ressources disponibles, y compris dans la communauté.
 - Aspects légaux et juridiques.
 - Stratégies d'adaptation.
 - Réévaluer en continu les besoins des proches et tenir des rencontres familiales au besoin.
 - Intégrer les proches aux processus de décisions partagées lorsque cela est pertinent, notamment lors de la détermination ou de l'ajustement des objectifs du suivi.
- En fin de suivi :
- Présenter l'orientation post-TIBD retenue, les services offerts et les délais d'accès associés.
 - Impliquer les proches dans l'élaboration du plan de prévention des rechutes ou leur présenter.
 - Favoriser la participation au dernier rendez-vous médical avec la ou le psychiatre du TIBD.
 - Effectuer un bilan du suivi TIBD.
 - Remettre les coordonnées des intervenantes ou intervenants prenant le relais ainsi que les ressources d'aide et de soutien à contacter advenant un délai d'accès ou une indisponibilité de la nouvelle équipe.
 - Informer le personnel du nouveau service de la manière dont les proches souhaitent être impliqués auprès de la personne.
 - Offrir une référence systématique vers les organismes de soutien pour les proches ([4](#)).

Ces actions doivent être modulées en fonction du niveau de consentement de la personne utilisatrice de services à informer et à impliquer ses proches dans son suivi. Ce niveau de consentement peut être variable selon les proches (p. ex : la personne consent à impliquer sa sœur, mais pas sa mère) et doit être réévalué en cours de suivi, et ce, de façon dynamique selon l'évolution de la situation. Il importe également de valider les thèmes pouvant être abordés avec les proches désignés (p. ex : les symptômes peuvent être abordés avec la sœur, mais pas la consommation). En l'absence de consentement pour impliquer les proches, l'équipe clinique est encouragée à soutenir la personne utilisatrice dans un processus de décision partagée afin de lui permettre de prendre une décision libre et éclairée, en respect de ses valeurs et préférences. L'application du processus de décision partagée proposé par le *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale* ([4](#)) est recommandée. Si la personne ne consent pas à impliquer ses proches, il importe d'établir clairement avec eux qu'aucune information confidentielle ne pourra leur être partagée et de leur rappeler que des informations générales peuvent toutefois être transmises (voir la figure 2 du *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale* pour distinguer l'information générale de l'information confidentielle, p.50 [[4](#)]). Toutefois, malgré l'absence de consentement à impliquer les proches, un membre de l'équipe clinique peut en tout temps écouter les proches, recevoir de l'information de la part de ceux-ci, les rassurer, les soutenir et les orienter vers un organisme de soutien destiné aux proches ou vers un autre service de l'établissement ([4](#)).

S'il revient d'abord à la personne utilisatrice de choisir les proches qui seront impliqués dans ses soins et services, ce choix doit se faire dans un **esprit de reciprocité**. En effet, le proche doit également consentir et manifester son intérêt à être impliqué. **Son choix doit être libre, éclairé et révocable.** Son engagement peut ainsi changer selon ses besoins, volontés, capacités et limites, et ceux-ci doivent être respectés par l'équipe de soins.

3.4 ENTRÉE DANS LES SERVICES

Les étapes pour entrer dans les services TIBD sont résumées dans la [figure 5](#). Les différentes étapes sont en général réalisées dans leur globalité en quelques heures.



Figure 5. Processus d'entrée dans les services

3.4.1 Attribution d'une catégorie de référence et d'un délai visé pour la réalisation de l'évaluation initiale

À la réception de la référence, une catégorie y est attribuée selon l'objectif organisationnel (prévenir le recours à l'hospitalisation, à l'urgence ou encore, écourter une hospitalisation). Un délai visé pour la réalisation de l'évaluation initiale en découle ([figure 6](#)). Lorsque plusieurs références sont reçues en même temps, ce délai visé peut être utilisé pour déterminer l'ordre dans lequel les traiter. Dans tous les cas, les références doivent être traitées le plus rapidement possible. En raison de la nature de leur mandat, les équipes TIBD ne peuvent pas conserver de liste d'attente.

Délais visés pour la réalisation de l'évaluation initiale selon les catégories de références

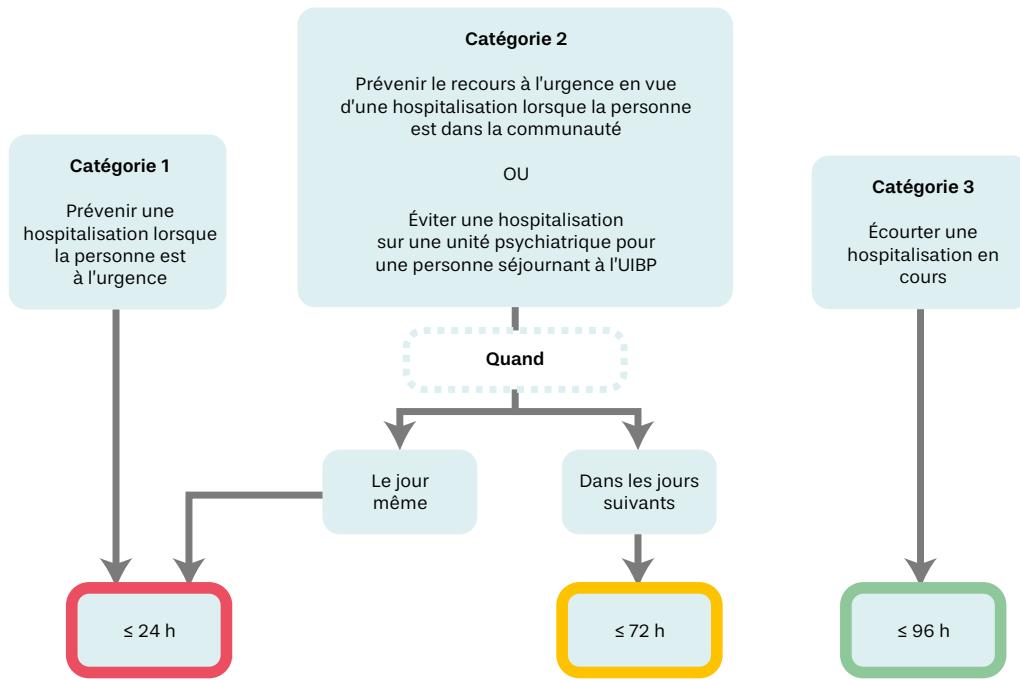


Figure 6. Délais visés pour la réalisation de l'évaluation initiale selon les catégories de références

3.4.2 Analyse préliminaire de l'admissibilité

Cette analyse débute à la suite de l'attribution de la catégorie de référence et du délai visé pour la réalisation de l'évaluation initiale. Dès la réception de la référence ou dans un délai rapproché, la personne assurant la réception et le traitement des références collige et analyse les informations décrites dans l'[encadré 9](#), afin de faire l'analyse préliminaire de l'admissibilité. Le document *Aspects à considérer pour déterminer l'admissibilité* est disponible dans la boîte à outils afin de l'accompagner. La personne assurant la réception et le traitement des références peut au besoin consulter les autres membres de l'équipe selon leurs domaines d'expertise (médical, infirmier et psychosocial) afin de prendre une décision éclairée.

Encadré 9. Éléments à valider pour établir l'admissibilité préliminaire

- Adéquation avec la population visée (voir la section [*Population visée*](#)).
- Respect des conditions d'accès (voir l'[*encadré 10*](#)).
- Motifs de la référence au TIBD.
- Antécédents judiciaires et statuts légaux.
- Volet psychosocial :
 - capacité de la personne à assurer ses besoins de base (p. ex : se loger, se nourrir, acquitter les frais liés au traitement pharmacologique);
 - milieu de vie actuel et particularités associées, s'il y a lieu (p. ex : enjeu de cohabitation, risque d'éviction élevé à court terme, conditions de retour à domicile irréalistes);
 - occupations et obligations;
 - responsabilités familiales et présence d'enfants d'âge mineur au domicile;
 - réseaux familial, social et communautaire, incluant les suivis externes actifs et antérieurs;
 - statut et parcours migratoire, s'il y a lieu;
 - présence de barrière linguistique et accès à des stratégies pour y remédier (p. ex : interprète, logiciel de traduction).
- Volet médical :
 - symptômes de la maladie et autocritique face à ceux-ci ainsi que les antécédents de problématiques de santé mentale;
 - histoire de la maladie actuelle et état mental;
 - état de santé physique (p. ex : problématique à prendre en compte, examens diagnostiques ou consultations en spécialité réalisés, prévus ou à prévoir);
 - habitudes de consommation et antécédents;
 - traitements actuels (médicamenteux et non médicamenteux), perception et collaboration de la personne à l'égard de ceux-ci et essais antérieurs;
 - plan prévu par la référente ou le référent, en regard des dimensions biologique, psychologique et sociale.
- Dépistage et évaluation des risques actuels et validation des antécédents, notamment quant :
 - au risque suicidaire et hétéroagressif;
 - à la possession d'armes;
 - à la conduite automobile et au respect de l'interdiction de conduire s'il y a lieu.
- Engagement de la personne envers les modalités de suivi et capacité à respecter les ententes prises.

Les conditions suivantes doivent être réunies pour qu'un service TIBD puisse être offert à une personne :

- La personne doit avoir un milieu de vie **stable** (p. ex : maison, appartement), **temporaire** (p. ex : chez un proche) ou **substitut** (p. ex : centre de crise, ressource d'hébergement d'urgence ou temporaire) situé sur le territoire desservi par l'équipe TIBD.
- La personne doit être volontaire et adhérer de façon libre et éclairée aux modalités de suivi du TIBD.
- Lorsqu'il y a cohabitation :
 - les lieux doivent permettre la confidentialité des rencontres;
 - les besoins, volontés, capacités et limites des proches concernés doivent être respectés;
 - lorsqu'applicable, les personnes qui cohabitent avec la personne en suivi doivent donner leur approbation pour que les soins et services se déroulent à l'intérieur de leur domicile (p. ex : conjointe ou conjoint, ami chez qui la personne séjourne).
- Le niveau de risque pour la personne et autrui doit être acceptable pour un suivi au TIBD, ce qui implique d'évaluer :
 - le degré de compromission ou de faisabilité du suivi selon le niveau de risque suicidaire ou hétéroagressif;
 - la sécurité du milieu de vie pour la personne et les membres de l'équipe;
 - la possibilité de mettre en place un filet de sécurité;
 - les moyens de communication accessibles pour la personne et le personnel lors des visites à domicile;
 - le temps de déplacement pour se rendre au milieu de vie de la personne et la praticabilité des routes.

Ces éléments ne sont pas des critères de refus systématique, mais constituent des éléments à évaluer pour déterminer la faisabilité d'instaurer un suivi TIBD. Des alternatives et stratégies peuvent être mises en place afin de rendre possible le suivi TIBD lorsque ces conditions ne sont pas remplies dès le départ. Le jugement clinique doit prévaloir pour déterminer s'il est possible d'offrir le service TIBD à une personne.

3.4.2.1 Priorisation des références

Dans le cas où il y a un nombre supérieur de références jugées admissibles au nombre de places disponibles pour la semaine en cours, une priorisation doit être effectuée. Cela permet de déterminer quelles références seront conservées et lesquelles seront refusées, par manque de disponibilité. Cette priorisation est fondée à la fois sur des critères cliniques de priorisation ([encadré 11](#)) et sur les catégories de références ([figure 6](#)). Ainsi, il convient de prioriser la clientèle pour qui les bénéfices du TIBD sont les plus importants en équilibrant le nombre de personnes issues des trois catégories de références. Lorsqu'il n'y a plus de places disponibles pour la semaine en cours et que la situation clinique s'y prête, la référence peut faire l'objet d'une concertation avec l'ASI/ICASI, les psychiatres, une ou un TS et la ou le gestionnaire afin de déterminer si une place pourrait être attribuée la semaine

suivante. Les références pour lesquelles aucune plage d'évaluation initiale ne pourra être offerte seront classées comme **admissibles mais refusées**.

Encadré 11. Critères cliniques de priorisation

Les établissements sont invités à définir des critères de priorisation en s'appuyant sur des éléments cliniques. Pour ce faire, il est nécessaire de prendre en considération les impacts potentiels d'une hospitalisation régulière en comparaison au service TIBD, pour chaque personne référée. Il importe de retenir que le TIBD est particulièrement bénéfique pour les clientèles ([31](#)) :

- qui souhaitent maintenir l'exercice d'un ou de plusieurs rôles sociaux (p. ex : travail, école, famille);
- pour qui le TIBD favorise le maintien ou le développement du lien avec leurs enfants;
- pour qui l'hospitalisation représente un risque d'expérience négative, une perte d'alliance thérapeutique ou une perte de jouissance d'événements significatifs;
- pour qui la résolution des facteurs de stress à même l'environnement et le milieu de vie est souhaitable pour stabiliser l'état mental et prévenir les épisodes subséquents;
- qui vivent un premier épisode de leur maladie ou un premier contact avec les soins et services en santé mentale;
- qui refusent le parcours de soins régulier (visite à l'urgence et hospitalisation) ou qui risquent de se désengager des soins et services en santé mentale.

Le jugement clinique et l'analyse globale de chaque situation doivent prévaloir sur l'utilisation d'une catégorisation statique de la clientèle.

L'exercice de priorisation peut être réalisé individuellement par la personne assurant la réception et le traitement des référence ou s'effectuer en collaboration avec l'ASI/ICASI, la ou le psychiatre, une ou un TS et la ou le gestionnaire.

3.4.2.2 Attribution des places d'intégration disponibles

L'attribution des places disponibles est une gymnastique quotidienne et hebdomadaire qui doit être réalisée avec agilité.

Le fonctionnement d'attribution des places disponibles chaque semaine peut être modulé selon les établissements et doit pouvoir être adapté au contexte changeant, notamment quant à la cohorte en suivi actif. Les processus mis en place peuvent inclure la mise sur pied d'un comité de coordination des références ou utiliser des mécanismes plus informels. **Peu importe le fonctionnement déterminé**, les équipes doivent :

- accepter **dans une proportion équivalente** des références ayant pour objectif de :
 - prévenir une hospitalisation lorsque la personne est à l'urgence (catégorie 1);
 - prévenir le recours à l'urgence en vue d'une hospitalisation lorsque la personne est en communauté ou éviter une admission sur une unité de soins en psychiatrie pour une personne séjournant à l'UIBP (catégorie 2);
 - écourter une hospitalisation en cours (catégorie 3).

- **demeurer réactives aux demandes prioritaires**, ce qui implique de **ne pas combler à l'avance toutes les places disponibles de la semaine suivante**.

3.4.2.3 Conclusion de l'analyse préliminaire

Le processus complet de l'admissibilité préliminaire est résumé à la [figure 7](#). Au terme de l'analyse préliminaire de l'admissibilité, la référence peut être jugée :

- **non admissible** : les modalités d'accès ne sont pas respectées, la personne ou ses proches refusent les modalités du suivi ou le TIBD n'est pas l'orientation à privilégier, etc.;
- **admissible mais refusée** : lorsque le nombre de références dépasse le nombre de places disponibles;
- **admissible** : une rencontre d'évaluation initiale est organisée.

Si un **refus** est déterminé, différentes actions doivent être effectuées par la personne assurant la réception et le traitement des références :

- **Échanger avec la personne référente** sur le motif de refus afin de favoriser l'appropriation de l'offre de services et le développement d'une collaboration efficiente et durable.
- Préciser les modalités ou le contexte pour lesquels le TIBD pourrait être interpellé de nouveau pour cette même personne.
- Proposer **d'autres options** pouvant être envisagées, s'il y a lieu.
- Fermer la référence : rédiger une note au dossier de la personne qui détaille la provenance de la référence, le motif de refus, les concertations ou interventions cliniques réalisées, les recommandations émises, etc.

Processus d'analyse préliminaire de l'admissibilité

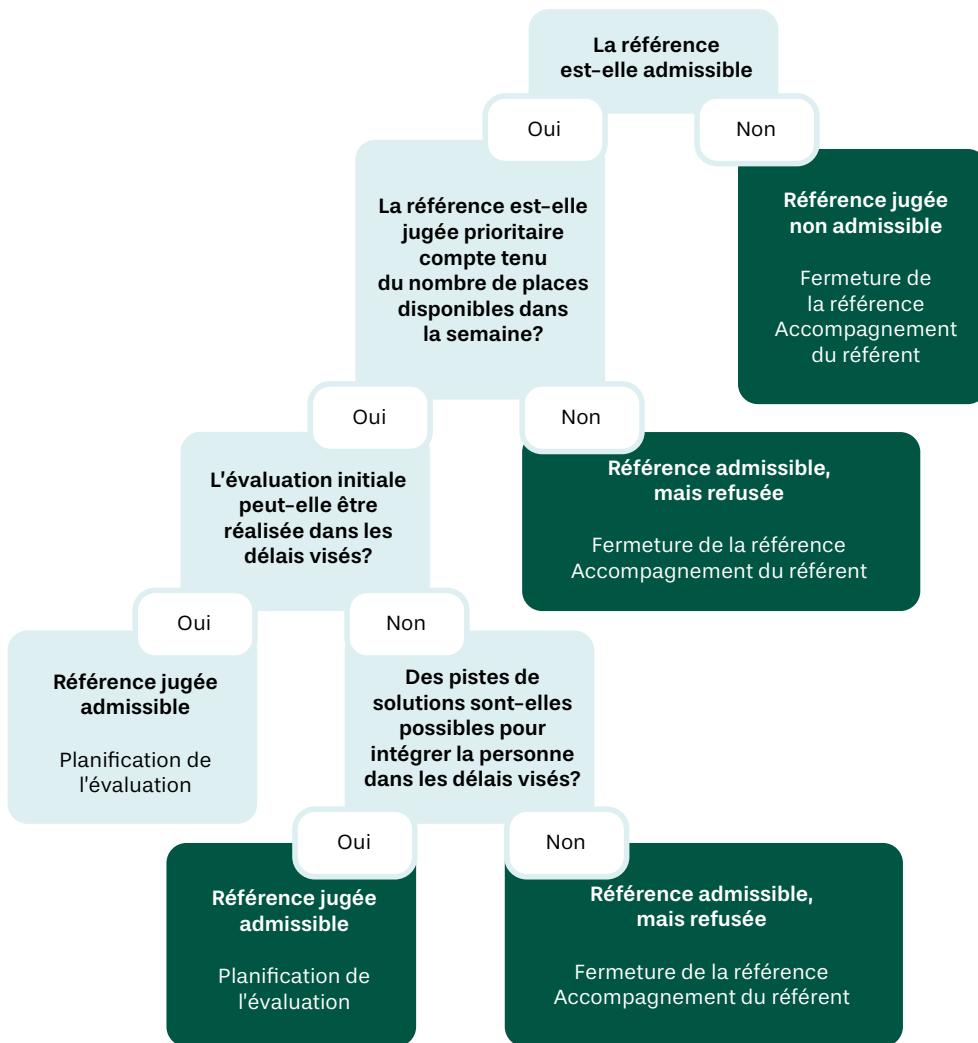


Figure 7. Processus d'analyse préliminaire de l'admissibilité

3.4.3 Rencontre d'évaluation initiale

La rencontre d'évaluation initiale avec la personne permet de :

1. statuer sur **l'admissibilité finale** aux services du TIBD;
2. déterminer les **objectifs initiaux de traitement et de suivi**;
3. préciser les **modalités cliniques du début de suivi** et en valider l'acceptation par la personne;
4. préciser les **besoins et l'implication des proches**;
5. préciser l'**implication des partenaires**.

L'évaluation initiale au TIBD doit faire l'objet d'une formation pour les membres de l'équipe³¹. Les établissements ont la responsabilité de développer leur propre gabarit d'évaluation initiale en collaboration avec leurs directions-conseils, en respect des normes professionnelles. L'outil *Aspects à considérer pour déterminer l'admissibilité* peut guider les établissements en ce sens.

3.4.3.1 Personnes participant à la rencontre d'évaluation initiale

La rencontre est réalisée en interdisciplinarité, dans une vision biopsychosociale de la personne, **par un membre du personnel infirmier, un membre du personnel psychosocial, ainsi qu'une ou un psychiatre du TIBD**. La complémentarité de leurs évaluations permet d'obtenir une vision intégrée et globale de la problématique et une vue d'ensemble des besoins de la personne à court terme.

Lorsque **l'équipe est mature**, il est possible de réaliser l'évaluation initiale sans la présence de la ou du psychiatre du TIBD. Les conditions suivantes doivent alors être respectées :

- Il est recommandé que la ou le médecin référent demeure disponible pour participer à l'évaluation ou pour se concerter avec l'équipe réalisant l'évaluation initiale.
- La ou le psychiatre du TIBD devra réaliser son évaluation médicale complète dans un délai maximal de 72 heures suivant la rencontre d'évaluation initiale lorsque la référence est jugée admissible et que le suivi TIBD est initié.
- Il est nécessaire de répondre aux besoins pharmacologiques de la personne en attendant cette évaluation, notamment par des prescriptions temporaires, au besoin.

En plus de la personne, il pourrait être judicieux que des proches et des intervenantes ou intervenants déjà impliqués participent à la rencontre.

3.4.3.2 Lieu de l'évaluation initiale

Les évaluations initiales se déroulent la plupart du temps dans le milieu référent. Lorsque cela n'est pas possible, la rencontre peut se dérouler dans les locaux de l'équipe. La présence d'une ou d'un psychiatre du TIBD est alors nécessaire.

3.4.3.3 Durée de la rencontre d'évaluation initiale

En général, une rencontre d'évaluation initiale dure approximativement 60 minutes. Une durée plus courte demeure possible, à condition que l'équipe s'assure que l'ensemble des informations pertinentes ont été collectées.

3.4.3.4 Éléments à évaluer

Un échange pour partager les informations colligées, les interventions initiées et à poursuivre ainsi que l'opinion et les réflexions soulevées par la personne assurant la réception et le traitement des références doit avoir lieu avec les membres de l'équipe du TIBD avant la réalisation de l'évaluation initiale.

Lors de l'évaluation initiale, les mêmes éléments que ceux colligés lors de l'analyse préliminaire de l'admissibilité sont évalués (voir l'[encadré 9](#) et l'outil *Aspects à considérer pour déterminer l'admissibilité*), mais doivent être approfondis, et ce, directement avec la personne, ses proches ou les intervenantes ou intervenants présents. Cette collecte permet de compléter l'information, mais

31 Voir la section [Formation du personnel](#).

aussi d'avoir accès à la perception de la personne elle-même. Lors de cette rencontre, les membres de l'équipe veillent à mettre l'accent sur les éléments :

- **essentiels** permettant de se prononcer sur l'admissibilité finale;
- **nécessaires** à la mise en place du début de suivi;
- **cliniques** pouvant avoir un impact sur la sécurité de la personne, de ses proches, des membres de l'équipe et de la communauté³². Ils sont évalués à l'aide d'outils validés en vigueur dans l'établissement. Selon le profil de la personne et les observations en cours de rencontre, l'évaluation d'autres risques (p. ex : d'abus de substances, de chute) pourrait s'avérer pertinente, afin d'assurer un retour sécuritaire à domicile.

Les membres de l'équipe utilisent leur jugement clinique et tiennent compte de la situation, des besoins ainsi que de l'état mental de la personne, afin d'identifier les éléments essentiels à aborder lors de la rencontre d'évaluation initiale. Les éléments complémentaires à documenter pourraient faire l'objet d'une exploration plus approfondie lors du raccompagnement à domicile ou dans les premiers jours du suivi.

3.4.3.5 Présentation des modalités générales du suivi TIBD à la personne

Après avoir exploré les différents aspects de l'évaluation initiale, les membres de l'équipe présentent les modalités cliniques générales du suivi TIBD à la personne, ainsi qu'aux proches de son choix. Ces modalités cliniques concernent les visites en communauté, les rendez-vous médicaux ainsi que la gestion matérielle de la médication³³. **Le suivi TIBD est conditionnel à l'acceptation de ces modalités par la personne et, lorsque cela s'applique, par les proches avec qui elle cohabite.**

3.4.3.6 Admissibilité finale

Une fois l'ensemble des informations collectées et les modalités générales acceptées, les membres de l'équipe doivent se prononcer sur l'admissibilité finale. Pour ce faire, ils tiennent compte des nouveaux éléments collectés et analysés en cours de rencontre et s'assurent que la situation de la personne répond toujours à l'ensemble des critères. Avant de se prononcer sur la décision finale, il est recommandé de prendre un **temps de concertation** en retrait de la rencontre, afin de sonder l'opinion clinique des membres de l'équipe ayant participé à l'évaluation initiale et de prendre une décision concertée quant à l'admissibilité officielle de la personne au TIBD.

Si la **référence est jugée non-admissible** :

- appliquer les étapes déclinées à la section *[Conclusion de l'analyse préliminaire de l'admissibilité](#)*;
- expliquer les motifs refus à la personne et à ses proches, s'il y a lieu.

32 Voir la section *[Sécurité en contexte TIBD](#)*.

33 Voir la section *[Intensité et modalités de suivi](#)*.

Si la **référence est jugée admissible**, les membres de l'équipe ayant réalisé l'évaluation initiale doivent :

- confirmer l'admissibilité à la personne, et à ses proches le cas échéant, ainsi qu'à la personne référente;
- réaliser les deux étapes subséquentes :
 - déterminer les modalités cliniques de début de suivi et les objectifs initiaux de traitement et de suivi;
 - valider les besoins et le niveau d'implication des proches et des partenaires.

3.4.3.7 Déterminer les modalités cliniques de début de suivi et les objectifs initiaux de traitement et de suivi

Les **modalités cliniques de début de suivi**³⁴ sont déterminées avec la personne lors de la rencontre d'évaluation initiale. Il faut notamment établir le nombre de visites et de contacts quotidiens, la fréquence des rendez-vous médicaux et les modalités entourant la médication. Afin de les déterminer, les membres de l'équipe utilisent leur jugement clinique et prennent en considération l'ensemble de la situation de la personne, tout en veillant à maintenir une prestation de soins et services sécuritaire.

Les **objectifs initiaux de traitement et de suivi** sont aussi déterminés avec la personne, en fonction du niveau de collaboration possible au moment de la rencontre d'évaluation initiale. Ces objectifs seront revus et bonifiés périodiquement en cours d'épisode de soins et services, toujours en collaboration avec la personne, en fonction des besoins identifiés par elle-même, ses proches, l'équipe et les partenaires.

3.4.3.8 Valider les besoins et le niveau d'implication des proches et des partenaires

Finalement, la rencontre d'évaluation initiale est aussi l'occasion de valider **l'implication désirée des proches**³⁵. De même, il est nécessaire d'évaluer la pertinence d'**impliquer des partenaires** dans le suivi du TIBD (p. ex : si la personne doit intégrer une ressource d'hébergement temporaire ou si un suivi par une autre équipe doit être maintenu).

3.4.4 Planification du début de suivi et raccompagnement à domicile

3.4.4.1 Planification du début de suivi

Avant la fin de la rencontre d'évaluation initiale, l'équipe doit minimalement³⁶ :

- remettre les coordonnées pour joindre le TIBD et les ressources en cas d'urgence;
- préciser les modalités du prochain contact;
- valider les moyens de joindre la personne ainsi que ce qui doit être fait par le TIBD en cas de non-réponse³⁷;
- obtenir une recommandation de la ou du psychiatre du TIBD ou de la ou du médecin référent quant à la conduite automobile (p. ex : permission, restrictions);

34 Voir la section [Intensité et modalités de suivi](#).

35 Voir la section [Considérer, intégrer et outiller les proches](#).

36 L'ensemble des éléments à valider ou à aborder avec la personne pour la planification du début de suivi avant la fin de la rencontre d'évaluation initiale sont répertoriés dans la section *Intégration du Plan de cheminement clinique*, disponible dans la boîte à outils.

37 Voir l'*Aide-mémoire pour établir un plan en cas de non-réponse* dans la boîte à outils.

- valider avec le milieu référent si des suivis ou examens sont en attente ou à prévoir rapidement (p. ex : bilan sanguin, examen, rendez-vous de suivi en spécialité);
- obtenir une copie des informations importantes au dossier, lorsque requis (p. ex : réévaluations médicales, consultations en spécialité, prescriptions, examens diagnostiques récents n'ayant pas été saisis au Dossier Santé Québec [DSQ]).

L'infirmière ou l'infirmier du TIBD doit réaliser les démarches suivantes en lien avec la coordination de la médication :

- S'assurer que la personne utilisatrice a accès à la médication nécessaire à son retour à domicile, notamment la médication au besoin. En l'absence de molécule prescrite pour les besoins identifiés, valider la possibilité d'obtenir une prescription par la ou le psychiatre du TIBD ou le milieu référent.
- En présence de nouvelles prescriptions :
 - procéder sans délai à l'envoi des prescriptions à la pharmacie communautaire désignée par la personne;
 - si le milieu référent le permet, demander que la médication (régulière et au besoin) soit servie en quantité suffisante pour assurer la prise du traitement pour les prochaines heures, en attendant le service par la pharmacie communautaire.

3.4.4.2 Raccompagnement à domicile

Lorsque la personne quitte le lieu de la rencontre d'évaluation initiale, il est recommandé que l'équipe TIBD **l'accompagne à son domicile**. Selon la situation, l'état clinique et les préférences de la personne, le transport vers le lieu de résidence peut être assuré par :

- des membres de l'équipe du TIBD;
- un proche (p. ex : lorsque le proche présent à la rencontre se sent à l'aise et que l'état clinique de la personne le permet);
- la personne elle-même, dans le cas où elle s'est présentée avec son véhicule **et que son état clinique le permet**.

Dans tous les cas, l'équipe s'assure que le moyen choisi pour retourner au domicile est sécuritaire pour la personne, ses proches et autrui. Lorsqu'ils n'effectuent pas le transport, les membres de l'équipe veillent à rejoindre la personne à son lieu de résidence pour une brève visite.

Cette **brève visite** lors du retour à domicile permet de :

- déceler les problématiques potentielles liées à l'accès au milieu de vie par l'équipe (p. ex : difficultés à localiser le bâtiment, directives complexes pour accéder au logement) et agir en amont de celles-ci;
- soutenir la personne sans délai, en cas de problématique d'accès à son milieu de vie (p. ex : note d'éviction sur la porte à l'arrivée, oubli du code pour entrer dans le bâtiment ou perte de clé);
- détecter rapidement les sources de stress dans l'environnement susceptibles d'influencer l'état mental de la personne (p. ex : voisinage bruyant, encombrement, reprise de contact avec un proche) et la soutenir pour faciliter son arrivée;

- vérifier la présence dans le milieu d'éventuels risques pour la sécurité de la personne, de ses proches ou des membres de l'équipe (p. ex : objets dangereux, insalubrité des lieux);
- récupérer la médication pouvant avoir été accumulée, afin de la détruire sécuritairement (p. ex : retour à la pharmacie) ou de la conserver temporairement dans la pharmacie du TIBD, si jugé pertinent et après entente avec la personne;
- vérifier que des denrées alimentaires sont disponibles au domicile et vérifier la nécessité d'obtenir une aide alimentaire;
- établir un premier contact avec les proches qui pourraient être présents lors du retour à domicile et répondre à leurs questionnements, le cas échéant.

Avant de quitter la personne, les membres de l'équipe s'assurent de :

- lui rappeler le moment prévu du prochain contact;
- lui remettre la médication (régulière et au besoin) requise d'ici à la prochaine visite, en tenant compte des modalités de gestion de la médication déterminées lors de la rencontre d'évaluation initiale;
- vérifier qu'elle a le numéro général de l'équipe et qu'elle est en mesure de la contacter ou de contacter les ressources désignées en dehors des heures d'ouverture en cas de besoin (p. ex : ligne téléphonique fonctionnelle, capacité de composer le numéro);
- lui rappeler les recommandations nécessaires à sa sécurité (p. ex : éviter de conduire);
- répondre aux derniers questionnements de la personne, de ses proches ou des intervenantes et intervenants présents.

3.5 DURÉE, INTENSITÉ ET MODALITÉS DE SUIVI

3.5.1 Durée de l'épisode de soins et services

La durée approximative de l'épisode de soins et services au TIBD varie de 4 à 12 semaines. Bien qu'une durée approximative soit déterminée, elle ne correspond pas à une cible fixe. C'est plutôt l'atteinte des objectifs cliniques, tels que décrits dans le *Plan de cheminement clinique*³⁸, qui dicte la durée réelle de l'épisode de soins et services. Cette durée peut varier considérablement en fonction de multiples facteurs, notamment la réponse au traitement, la présence de troubles concomitants ou de comorbidités et la capacité de stabiliser rapidement l'état mental et la situation psychosociale de la personne.

Lorsqu'un suivi semble s'allonger au-delà du temps prévu, l'équipe se réfère au *Plan de cheminement clinique* pour évaluer la situation en fonction du cheminement de la personne et identifier les motifs de l'écart, qu'ils soient cliniques ou organisationnels.

38 Voir la section *Coordination de l'épisode de soins et services*.

3.5.2 Coordination de l'épisode de soins et services

Le TIBD repose sur un **suivi systématique des clientèles** basé sur son offre de services, les trajectoires et le profil de la clientèle, ainsi que sur ses problématiques et ses besoins. Son utilisation a plusieurs avantages ([76-80](#)), il :

- permet une planification chronologique de l'épisode de soins et services de la personne;
- intègre le processus administratif au processus clinique;
- améliore la coordination et la continuité des soins;
- assure l'arrimage avec les bonnes personnes au bon moment;
- favorise la pratique interdisciplinaire;
- optimise la durée de suivi des personnes.

Le **Plan de cheminement clinique** est utilisé pour coordonner le suivi systématique dans la pratique au TIBD. Il détaille les interventions et actions devant être réalisées pendant un épisode de soins et de services au TIBD.

- Cet outil :
 - permet de savoir en tout temps où en est le suivi;
 - permet de diminuer le risque d'oubli;
 - sert de base aux discussions cliniques des membres de l'équipe;
 - fournit des repères et une vue d'ensemble afin de mieux suivre l'évolution clinique de la personne.
- Les membres de l'équipe s'assurent de l'adapter à chaque personne et d'en faire la mise à jour en continu.
- Les infirmières et infirmiers pivots s'assurent que les interventions ou activités prévues à chaque phase sont réalisées, nonobstant la durée du suivi.
- Des objectifs cliniques sont fixés pour chacune des phases du plan de cheminement afin de guider l'équipe sur le moment propice pour passer d'une phase à une autre.
- Le cheminement clinique de la personne se conclut par la fin du suivi avec l'équipe TIBD et le transfert personnalisé vers les services qui assureront le relais à la suite de l'épisode de soins et services TIBD.
- Un gabarit adaptable de *Plan de cheminement clinique* est disponible dans la boîte à outils.
- Ce gabarit doit être mis à jour dans le cadre des rencontres bilans³⁹ afin d'en optimiser l'efficacité et de s'assurer qu'il reste en cohérence avec la mission et les bonnes pratiques qui évoluent.

3.5.3 Intensité et modalités de suivi

Au TIBD, l'évolution clinique souhaitée des personnes au cours de l'épisode de soins et service se décline en trois phases, pour lesquelles une durée approximative est fixée ([tableau 7](#)). Cette durée **n'est pas prescriptive**, elle sert plutôt de repère à l'équipe clinique.

39 Voir la section [Rencontres d'équipe](#).

Tableau 7. Durée approximative des phases de suivi

Phases
Phase 1 : de 1 à 2 semaines, approximativement Résolution des symptômes aigus et réponse aux besoins prioritaires
Phase 2 : de 2 à 8 semaines, approximativement Stabilisation et organisation du suivi
Phase 3 : de 1 à 2 semaines, approximativement Reprise des activités et transfert

L'intensité de l'épisode de soins et de services varie de plusieurs visites par jour à une à trois visites par semaine. Les interventions réalisées lors de ces visites sont variables⁴⁰ en fonction des besoins des personnes et de leurs proches⁴¹. Elles peuvent être réalisées par le TIBD, seul ou en collaboration avec des partenaires. La grande majorité des rencontres de suivi et des rendez-vous doivent être réalisés à domicile ou dans la communauté, afin de permettre aux personnes et à leurs proches de maintenir leurs activités quotidiennes et de favoriser l'exercice de leurs rôles sociaux.

Des modalités doivent être déterminées en début de suivi en lien avec les **visites** et les **rendez-vous médicaux** ainsi que la **médication**. Ces modalités doivent être mises à jour en continu pendant l'épisode de soins et services, en fonction de l'évolution de l'état de la personne et de ses besoins.

Les trois phases et les modalités de suivi sont résumées dans la [fiche synthèse 1](#).

3.5.3.1 Modalités en lien avec les visites

Les visites sont planifiées en tenant compte des besoins et préférences des personnes :

- L'heure des visites est adaptée à leur routine, occupations et obligations.
- Le lieu des rencontres est flexible.
- Les visites sont prévues aux moments opportuns pour les interventions cliniques à réaliser (p. ex : supervision de la médication au lever et au coucher, moments propices pour faire de l'enseignement, occasion de contact avec les proches, heures d'ouverture des instances gouvernementales pour effectuer des démarches).

Lorsque le suivi s'amorce, l'équipe offre au moins deux visites par jour à la personne (elles peuvent être de nature infirmière, psychosociale, médicale ou de plusieurs natures à la fois). Cette fréquence ne devrait pas être réduite tant qu'une évaluation par une ou un psychiatre du TIBD n'a pas eu lieu. Il est préférable de commencer le suivi avec une intensité plus grande puis de l'ajuster à la baisse au besoin, plutôt que l'inverse.

40 Voir la section [Interventions privilégiées](#).

41 Voir la section [Considérer, intégrer et outiller les proches](#).

Au cours de l'épisode de soins et services, les membres de l'équipe réévaluent l'intensité de suivi en continu, ce qui peut se traduire par :

- une diminution graduelle de l'intensité de suivi, en fonction de l'évolution de la situation clinique et des besoins biopsychosociaux de la personne;
- une hausse momentanée de l'intensité de suivi (jusqu'à trois ou quatre visites par jour), lorsque cela est jugé cliniquement requis, notamment dans le but d'assurer la sécurité de la personne ou d'autrui, de répondre à certains besoins de la personne et de mener à bien les activités cliniques du TIBD.

En fin de suivi, l'équipe veille à ce que la fréquence des visites corresponde aux besoins de la personne et qu'elle soit en cohérence avec l'intensité du service qui assurera le relais du TIBD. De cette manière, l'équipe s'assure qu'aucun suivi ne se termine avec une inadéquation en matière d'intensité de soins et services.

La modulation de l'intensité de suivi est une **responsabilité partagée par l'équipe clinique** et les décisions doivent se prendre en concertation. Le document *Modulation de l'intensité de suivi*, disponible dans la boîte à outils, permet de s'approprier la façon de moduler cette intensité et d'alimenter les échanges cliniques lors des rencontres interdisciplinaires.

3.5.3.2 Modalités en lien avec les rendez-vous médicaux

La fréquence des rendez-vous médicaux avec la ou le psychiatre de l'équipe est habituellement établie à une fois par semaine pour toute la durée du suivi. Il est toutefois possible de débuter avec une fréquence de deux rendez-vous par semaine ou de l'augmenter à cette intensité, lorsque la situation clinique le requiert.

Le lieu des rendez-vous médicaux peut varier en cours de suivi. Ils peuvent être réalisés au domicile de la personne, en communauté (p. ex : à l'école, dans un parc, chez un ami) ou dans les locaux du TIBD. Les préférences et les occupations de la personne et de ses proches, ce qui est facilitant pour eux ainsi que les objectifs thérapeutiques visés doivent être pris en compte dans le choix du moment et du lieu des rendez-vous.

3.5.3.3 Modalités en lien avec l'accompagnement aux rendez-vous

Dans le cas où des rendez-vous auraient lieu dans les bureaux du TIBD, les membres de l'équipe s'assurent que la personne est en mesure de s'y rendre de manière sécuritaire, en l'accompagnant dans l'identification de l'option de transport la plus appropriée à sa situation (p. ex : transport en voiture par elle-même ou par un proche, utilisation du transport en commun, transport par les membres de l'équipe). Pour ce faire, l'équipe tient compte de l'état clinique de la personne, de ses forces et capacités, de son niveau d'autonomie, ainsi que des moyens disponibles dans son environnement.

En début de suivi, l'équipe offre généralement plus de soutien à la personne pour les moyens de transport et les rappels de rendez-vous. Elle tend à diminuer graduellement ce soutien en cours de suivi, en fonction de l'amélioration de l'état clinique et des besoins de la personne. Ultimement, l'équipe vise à accompagner

la personne vers une gestion autonome des transports pour les rendez-vous, en respect de ses forces et capacités, dans une perspective de rétablissement.

3.5.3.4 Modalités en lien avec le service et la gestion matérielle de la médication

Dès l'amorce du suivi au TIBD, il importe d'informer la pharmacie communautaire choisie par la personne des modalités entourant le service et la gestion matérielle de la médication. Il est également nécessaire de leur communiquer tout changement en cours de suivi en temps réel.

Service de la médication

Il est recommandé de demander le service de la **médication régulière** en pilulier, à la semaine, sauf exception. Lorsque la situation ne se prête pas à un service en pilulier (p. ex : frais supplémentaires que la personne n'est pas en mesure d'acquitter, refus catégorique de la personne), les membres de l'équipe utilisent leur jugement clinique afin de déterminer le mode de service adéquat (p. ex : bouteille, pilulier réutilisable). La **médication au besoin** doit être servie en quantité suffisante pour couvrir une période maximale d'une semaine. Le format de service des médicaments au besoin est à la discrétion de la personne, bien que le pilulier facilite le décompte et la manipulation.

Gestion matérielle de la médication

Selon l'évaluation de la situation, de l'état de la personne ainsi que des risques associés à une gestion autonome de la médication, diverses options sont possibles quant à la **récupération de la médication** (p. ex : par la personne, par le TIBD, livraison par la pharmacie) et l'**entreposage** de celle-ci (p. ex : au domicile de la personne, dans les bureaux du TIBD).

Lorsque le suivi s'amorce, il peut être cliniquement préférable que la médication (régulière et au besoin) soit récupérée par un membre de l'équipe et entreposée dans les bureaux TIBD. La personne étant peu connue en début de suivi, la gestion de la médication par le TIBD permet d'assurer sa sécurité le temps d'avoir un portrait clinique plus clair. Toutefois, le jugement clinique doit être appliqué en tout temps.

Lorsque la gestion matérielle de la médication est assurée par le TIBD, la médication est remise à la personne pour une période brève (p. ex : 24 h à 48 h, d'un contact à l'autre), ce qui facilite le suivi et la surveillance associés au traitement. Cette modalité doit être revue en continu et adaptée en fonction du maintien du lien de confiance, de l'évolution de l'état de la personne, de son autonomie et de la stabilisation du traitement pharmacologique dans la perspective de lui redonner un pouvoir d'agir dans son traitement. Toutefois, la gestion matérielle de la médication pourrait temporairement être reprise par l'équipe TIBD dans le cas d'un risque suicidaire élevé, de mésusage des médicaments prescrits ou d'une prise erratique du traitement pharmacologique, par exemple. Ultimement, l'équipe veille à accompagner la personne vers une gestion autonome de sa médication, en respect de ses forces et capacités.

3.5.3.5 Modalités en lien avec le type de supervision de la médication

La **supervision de la médication** auprès de la personne se décline de deux façons au TIBD :

- La **supervision directe** nécessite qu'un membre de l'équipe visualise la prise de médication;
- La **supervision indirecte** implique qu'un membre de l'équipe s'assure de la prise, sans être présent au moment de l'ingestion. Cela peut notamment se traduire par la vérification du pilulier lors d'une visite à domicile pour s'assurer qu'il est à jour ou par un contact téléphonique pour confirmer la prise.

Le type de supervision, **directe** ou **indirecte**, est déterminé en fonction de la situation clinique et des besoins de la personne, qui sont évolutifs et qui peuvent varier au cours de l'épisode de soins et services. L'équipe s'assure de préciser les molécules pour lesquelles la supervision directe ou indirecte est requise (p. ex : la médication physique pourrait être en supervision indirecte alors que la médication psychiatrique en supervision directe).

En début de suivi, la **supervision directe** est conseillée, notamment pour :

- assurer une présence rassurante les premiers jours et favoriser les échanges sur le sujet (p. ex : inquiétudes, questionnements, effets indésirables ressentis);
- prodiguer de l'enseignement en temps opportun;
- permettre d'évaluer certains paramètres avant la prise.

Les membres de l'équipe utilisent toutefois leur jugement clinique et tiennent compte de l'ensemble de la situation, pour déterminer quel type de supervision est le plus approprié.

En cours de suivi, lorsque l'équipe intègre la **supervision indirecte**, elle peut le faire de façon graduelle, en réduisant progressivement la fréquence des surveillances directes, en fonction de l'évolution de la situation clinique et des besoins de la personne et en respect de ses forces et capacités. Ultimement, l'équipe accompagne la personne dans l'identification et la mise en place de stratégies afin d'atteindre une prise autonome et régulière de la médication.

3.5.4 Synthèse des phases de suivi au TIBD

La [fiche synthèse 1](#) résume les phases de suivi au TIBD. Bien que des interventions spécifiques auprès des proches soient prévues tout au long de l'épisode de soins et services⁴², cette fiche est axée sur la personne utilisatrice.

En complément à cette fiche, les documents suivants sont disponibles dans la boîte à outils :

- *Modulation de l'intensité de suivi*
- *Plan de cheminement clinique*

42 Voir la section [Considérer, intégrer et outiller les proches](#).

Phase 1 : Résolution des symptômes aigus et réponse aux besoins prioritaires

Durée visée : de une à deux semaines, approximativement

Intensité et modalités de suivi : Les visites à domicile ont lieu deux à trois fois par jour et peuvent diminuer à une fois par jour par la suite. Les rendez-vous médicaux ont lieu une à deux fois par semaine. En général, la prise de médication est supervisée par l'équipe clinique de façon directe et l'équipe se charge de la gestion matérielle (renouveler et récupérer la médication, l'entreposer au bureau), en tenant compte des capacités de la personne et de son état clinique, tout en veillant à maintenir ses acquis.

Cheminement clinique : Vise à résoudre les symptômes aigus et répondre aux besoins prioritaires de la personne et de ses proches. L'équipe priorise l'ajustement du traitement pharmacologique et les surveillances associées, ainsi que la régularisation des aspects psychosociaux préalables au maintien en communauté (p. ex : milieu de vie, source de revenus, couverture assurance médicaments, denrées alimentaires). Une évaluation de la capacité à exercer les rôles sociaux est également effectuée (p. ex : arrêt temporaire, reprise graduelle ou maintien de l'emploi et du parcours scolaire). Les intervenantes et intervenants mettent l'accent sur la création du lien de confiance avec la personne et ses proches, se montrent rassurants et bienveillants et veillent à normaliser certains aspects liés à la situation de la personne. L'équipe se concerte avec les partenaires déjà impliqués auprès de la personne.



Phase 2 : Stabilisation et organisation du suivi

Durée visée : de deux à huit semaines, approximativement

Intensité et modalités de suivi : L'accompagnement est moins intensif lors de cette phase, avec des visites à domicile une fois par jour ou une fois tous les deux jours, pour un total de trois à sept visites par semaine. Les rendez-vous médicaux ont généralement lieu une fois par semaine. La supervision de la médication varie d'une personne à l'autre selon divers critères (p. ex : atteinte d'une stabilité dans la posologie, signes d'amélioration des symptômes). Généralement, la supervision de la prise de la médication qui était directe passe graduellement vers la méthode indirecte, pour faciliter la transition vers l'autonomie. La gestion du renouvellement de la médication est remise graduellement à la personne, dans le cas où l'équipe en avait la charge.

Cheminement clinique : Vise à poursuivre le traitement des symptômes actifs et à procéder à la surveillance et à l'ajustement du traitement pharmacologique, en fonction de la réponse, de la tolérance et des effets bénéfiques et indésirables. Reprise graduelle ou maintien de l'autonomie et de l'exercice des rôles sociaux, selon les capacités de la personne. Les intervenantes et intervenants mettent l'accent sur la surveillance de l'état clinique et prodiguent les enseignements pertinents. Les besoins psychosociaux sont réévalués et les démarches prioritaires se poursuivent. La coordination de l'orientation post-TIBD s'amorce en collaboration avec les partenaires déjà impliqués auprès de la personne.



Phase 3 : Reprise des activités et transfert

Durée visée : de une à deux semaines, approximativement

Intensité et modalités de suivi : Les visites à domicile sont plus espacées, allant d'une à trois visites par semaine, en tenant compte de l'intensité du service qui prendra le relais à la suite du TIBD. Les rendez-vous médicaux peuvent aussi devenir moins fréquents selon l'évolution des besoins cliniques. La supervision de la prise de médication est normalement effectuée de façon indirecte, une fois par semaine. L'autonomie dans la gestion du renouvellement de la médication est visée, lorsque possible.

Cheminement clinique : Vise la reprise ou le maintien de l'exercice des rôles sociaux et de l'autonomie de la personne à son niveau antérieur. La surveillance et le maintien de l'état clinique ainsi que l'organisation du suivi post-TIBD se poursuivent. Les intervenantes et intervenants mettent l'accent sur l'intégration des outils et des enseignements par la personne dans son quotidien. Ils déterminent avec la personne son plan de prévention des rechutes, en veillant à impliquer les proches et les partenaires assurant le relais, lorsque possible.

3.6 FIN DES SERVICES ET RELAIS

3.6.1 Critères de fin de l'épisode de soins et services

La fin de l'épisode de soins et services est déterminée par l'atteinte des objectifs de soins, qui sont définis par l'équipe en collaboration avec la personne et ses proches. En général, le suivi se termine lorsque les critères suivants sont atteints :

- Amélioration et stabilisation suffisante de l'état mental pour que l'intensité de soins aigus ne soit plus requise.
- Capacité à contrôler les comportements dommageables et à assurer la sécurité de la personne et d'autrui.
- Niveau d'autonomie fonctionnelle et sociale compatible avec la vie en communauté.
- Démarches psychosociales prioritaires entamées pour assurer la réponse aux besoins de base.
- Références et arrimage avec les services appropriés complétés.

La fin de l'épisode de soins et services peut également survenir dans ces situations :

- Détérioration de l'état de santé physique ou mental nécessitant une hospitalisation en établissement.
- Refus de la personne de poursuivre les services avec le TIBD malgré des interventions motivationnelles visant à maintenir la personne en suivi. Dans ce cas, une évaluation des risques doit être effectuée avant la fermeture du suivi afin de réaliser les interventions requises pour assurer la sécurité de la personne et d'autrui.
- Déménagement sur un autre territoire. Lorsque la personne l'accepte, l'équipe arrime les services requis en fonction des ressources disponibles dans le nouveau milieu.

3.6.2 Orientation, référence et relais

Dès le début et tout au long de l'épisode de soins et services, les membres de l'équipe travaillent en collaboration afin d'orienter la personne vers les services appropriés et d'éviter que la fin de suivi ne soit retardée, le tout en fonction des besoins biopsychosociaux constatés.

En cas d'enjeux liés au délai d'intégration dans un autre service, l'information doit être transmise au gestionnaire afin que des actions soient prises sur le plan administratif. L'option de laisser la personne sans suivi en raison de ce motif ne peut être envisagée.

Afin de favoriser une coordination efficace et de susciter l'engagement de la personne dans ses soins et services, l'équipe privilégie un **transfert personnalisé** à la fin de l'épisode de soins et services, se traduisant notamment par :

- la participation d'un membre de l'équipe au rendez-vous de transfert entre la personne et la ou le médecin ou l'IPS qui prendra le relais pour le volet psychiatrique;
- la transmission des informations pertinentes à la ou au médecin de famille ou à l'IPS en charge du suivi physique;

- des rencontres conjointes entre l'équipe TIBD, la personne et les intervenantes ou intervenants qui prendront le relais (p. ex : visite conjointe à domicile, participation au rendez-vous médical de fermeture du TIBD);
- la participation des proches aux diverses rencontres, afin de les garder informés des modalités relatives à la continuité des soins et services ainsi que pour leur permettre de créer rapidement des liens avec les services qui prendront le relais;
- des arrimages permettant d'assurer le suivi et la surveillance en lien avec la médication de la personne, en fonction de sa réalité, lorsqu'applicable :
 - la coordination des services de prélèvements et d'administration de la médication injectable (p. ex : orienter vers le bon service, accompagnement pour prendre la de rendez-vous);
 - des démarches auprès de réseaux de surveillance hématologique, au besoin;
- un échange verbal avec la pharmacie communautaire de la personne afin de l'informer de la fin du suivi et des services qui suivront;
- toute autre intervention jugée pertinente permettant de faciliter la transition de la personne vers les services qui prendront le relais à la suite du TIBD.

Ce transfert personnalisé favorise la création du lien de confiance entre la personne et les intervenantes et intervenants qui assureront le relais des soins et services. L'équipe privilégie la transmission des informations qui favoriseront la continuité des soins. En tout temps, avant de transmettre des informations aux divers partenaires en fin de suivi, les membres de l'équipe s'assurent d'obtenir le consentement de la personne et prennent en considération ses préférences et limitations.

3.7 TENUE DE DOSSIER

Étant donné l'instabilité et les variations importantes dans l'état clinique de la clientèle, les notes au dossier doivent être rédigées le jour même d'une intervention, dans la mesure du possible. Dans le cas où une note complète ne pourrait être rédigée le jour même d'une intervention, il est requis d'inclure au minimum les éléments essentiels permettant d'assurer le suivi et la continuité (comportant notamment les observations de l'état mental, les éléments de risques, le suivi de la médication et les ententes prises avec la personne pour le prochain contact), en mentionnant qu'une note complémentaire suivra. Il est recommandé de créer un gabarit de notes au dossier pour les contacts avec les personnes utilisatrices au quotidien, ajusté en fonction des obligations professionnelles, et adapté à la pratique du TIBD.

3.8 PLANS, OUTILS ET FORMULAIRES

3.8.1 Principaux outils clinico-administratifs spécifiques au TIBD

Les outils clinico-administratifs permettent notamment de faciliter la continuité et l'organisation des soins et services par les membres de l'équipe et contribuent à en assurer la sécurité et la qualité. Le support utilisé pour la création de ces outils peut varier en fonction des logiciels et des ressources disponibles dans les différents établissements. Par exemple, le tableau de bord et le tableau des visites peuvent être installés dans les locaux physiques de l'équipe ou être pilotés dans une application informatique. Il est impératif d'avoir une bonne compréhension des divers outils et de veiller à leur mise à jour en continu. L'équipe doit porter une attention particulière à la sécurité des données et à la confidentialité, en tenant compte des politiques de l'établissement et doit s'assurer de rendre l'information disponible en temps opportun et aux personnes autorisées uniquement. Pour chaque élément présenté dans la section suivante, un outil est disponible dans la boîte à outils.

Tableau de bord :

- Outil visuel qui offre une vue d'ensemble de la cohorte des personnes suivies.
- Détaille pour chaque personne en suivi :
 - le nom des intervenantes et intervenants du TIBD attribués au dossier
 - la date d'intégration
 - la phase du cheminement clinique
 - la semaine du suivi
 - la date de la dernière révision du dossier
 - les prélèvements et injections à planifier en externe
 - la date de fin de suivi projetée
 - l'orientation prévue à la suite du TIBD

Tableau des visites :

- Outil visuel qui permet de planifier de manière provisoire l'horaire quotidien des contacts en fonction des ressources humaines disponibles ainsi que des besoins, des obligations et des préférences de la clientèle.
- Offre une vue d'ensemble des jours à venir.
- Comprend :
 - la projection de l'horaire de la semaine en cours ainsi que celui de la semaine suivante
 - les visites à domicile, les accompagnements en communauté, les rendez-vous médicaux, les examens et les consultations prévues
 - les prélèvements, injections et prises de signes vitaux à effectuer
 - le nombre de membres de l'équipe présents par quart de travail

Plan de travail :

- Permet d'avoir rapidement accès aux informations cliniques essentielles, lors des contacts avec les personnes, leurs proches et les partenaires au dossier.
- Permet à l'équipe clinique d'avoir un accès rapide aux informations pertinentes afin d'organiser les tâches clinico-administratives à effectuer pour une personne utilisatrice.
- Les sections du plan doivent répondre aux besoins de l'équipe en matière d'organisation et le contenu doit demeurer succinct afin d'assurer un repérage facile des informations pertinentes.
- Des applications en ligne peuvent être utilisées pour créer le plan de travail, ce qui permet à chaque membre de l'équipe d'accéder en tout temps à une information à jour. Il importe de s'arrimer avec la direction des ressources informationnelles de l'établissement pour valider la confidentialité et la sécurité des données de la solution technologique retenue.

Plan de cheminement clinique :

Le plan de cheminement clinique décrit l'évolution clinique souhaitée et les interventions à réaliser auprès des personnes, de leurs proches et des partenaires, en fonction de chacune des phases de traitement⁴³.

Plan de non-réponse :

Le plan en cas de non-réponse permet de déterminer les actions à réaliser par l'équipe si la personne est absente à un rendez-vous ou ne répond pas aux appels de l'équipe du TIBD. Il est à mettre en place dès l'entrée dans les services, en collaboration avec la personne et ses proches.

3.8.2 Outils cliniques divers

L'équipe détermine les outils cliniques existants qui sont utiles pour le secteur, en respect des obligations professionnelles et des normes de l'établissement, afin d'en standardiser l'utilisation. Il est également possible d'adapter les outils existants ou de développer des outils propres à l'équipe afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle, en tenant compte des bonnes pratiques et en respectant les recommandations des instances de l'établissement ainsi que les politiques en vigueur. Le choix des

43 Voir la section *Coordination de l'épisode de soins et de services*.

outils se fait consciencieusement afin d'identifier ceux qui sont pertinents dans la pratique au quotidien et qui permettent d'améliorer la sécurité et la qualité de soins, tout en évitant d'alourdir les processus en place. De plus, les outils doivent être arrimés avec ceux des partenaires qui assureront la continuité des soins.

Les outils cliniques peuvent prendre diverses formes, notamment des :

- applications informatiques (p. ex : méthodes de soins, guide de surveillance de la pharmacothérapie);
- guides et normes de pratique;
- outils de dépistage et de suivi (p. ex : GAD-7, PHQ-9, *dépistage et évaluation du besoin d'aide [DÉBA]*);
- grilles d'estimation de risque (p. ex : grille d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire, grille d'estimation du risque d'homicide);
- outils de plan de prévention (p. ex : plan de sécurité lors d'idées suicidaires, plan de prévention de rechute);
- outils liés aux normes professionnelles (p. ex : plan thérapeutique infirmier, évaluation du fonctionnement social).

4. SÉCURITÉ EN CONTEXTE TIBD

Tant les pratiques organisationnelles que les pratiques cliniques ont une incidence sur la sécurité des personnes utilisatrices et d'autrui. **La sécurité doit être à la base de toutes les décisions et actions du TIBD.** Les établissements sont invités à s'arrimer avec leurs instances-conseils (DSI, DSM, prévention et gestion des risques) afin de développer des outils de repérage des risques à domicile et de mettre en place les meilleures pratiques en vigueur.

4.1 SÉCURITÉ DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES ET DE LEURS PROCHES

Offrir une expérience de soins positive fait partie intégrante des objectifs du TIBD. Pour ce faire, les équipes doivent mettre en place une approche de **gestion positive des risques** qui mise sur l'augmentation des facteurs de protection et la valorisation des forces de la personne⁴⁴. Concrètement, les équipes doivent gérer les risques de façon à trouver des alternatives au recours à l'urgence, à l'hospitalisation, aux services policiers ou aux mesures légales, aussi souvent que cela est possible. En travaillant de concert, en misant sur des partenariats, en impliquant les proches et en étant créatives et proactives dans la recherche de solutions, les équipes TIBD peuvent contribuer à assurer la sécurité des personnes et d'autrui, tout en favorisant une expérience de soins positive.

La gestion des risques fait partie intégrante de la pratique des membres des équipes TIBD puisqu'ils doivent composer avec des situations cliniques complexes, fluctuantes et instables. Afin que les intervenantes et intervenants ne portent pas seuls ces risques, il est nécessaire de mettre en place :

- un haut niveau de **soutien de la part de l'organisation**, à chaque niveau hiérarchique;
- un **soutien mutuel entre les membres de l'équipe** dans les situations à risque.

L'ensemble des modalités organisationnelles et cliniques proposées dans ce guide contribuent à la gestion positive des risques. La [fiche synthèse 2](#) résume les principaux éléments à mettre en place pour assurer la sécurité des personnes utilisatrices et d'autrui ainsi que pour favoriser une gestion positive des risques.

⁴⁴ Voir la section Gestion positive du risque dans le cadre conceptuel pour plus de détails ([3](#)).

Organisation du travail favorisant la sécurité et une gestion positive des risques

L'équipe conserve une **marge de manœuvre** dans l'organisation du travail. Elle doit avoir la capacité de réagir rapidement afin de :

- réaliser des interventions imprévues;
- se déplacer immédiatement à domicile;
- mener des interventions en dyade;
- rehausser la fréquence des contacts.

La **concertation** entre les membres de l'équipe est essentielle. Le point de vue professionnel de chacun des membres de l'équipe doit être entendu afin de prendre des décisions éclairées et consensuelles.

La **prise de décision concertée** évite que la responsabilité ne repose que sur un seul membre de l'équipe et permet de diversifier et de rendre plus complets les plans et les interventions.

Les **informations pertinentes** pour le suivi des personnes utilisatrices de services doivent être **disponibles dès que possible** et de manière continue. Les notes médicales doivent notamment être disponibles rapidement.

Des conditions de base à mettre en place

L'évaluation initiale et la concertation entre l'équipe TIBD et la personne référente doivent être réalisées avant que la personne ne soit libérée ou reçoive son congé de l'urgence ou de l'unité de soins.

Un **temps de déplacement** vers le milieu de vie de la personne de **moins de 30 minutes** est privilégié⁴⁵. Ce temps de déplacement pourrait être jugé comme trop long dans certains contextes compte tenu de l'état clinique de la personne et des modalités pouvant être mises en place pour assurer sa sécurité, celle de ses proches et de la communauté.

Un **moyen de communication rapide** entre la personne et l'équipe doit être disponible ou mis en place pour les situations d'urgence⁴⁶.

Les **proches** devraient être impliqués dans l'élaboration des stratégies de gestion des risques si la personne utilisatrice y consent. Toutefois, la responsabilité de la sécurité incombe d'abord et avant tout à l'équipe TIBD.

Les **protocoles en place pour la sécurité civile** (p. ex : pannes d'électricité, inondations) doivent être bien connus des équipes TIBD afin que les personnes en suivi ne soient pas laissées à elles-mêmes lorsque de telles situations se produisent.

45 Voir la section [Territoire desservis](#).

46 Voir la section [Communications avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches](#).

Identification et estimation du risque en continu

L'évaluation des risques et des facteurs de protection, effectuée en continu à l'aide de différents outils, permet à l'équipe de prendre des décisions adéquates, personnalisées et adaptées aux situations prévisibles ou imprévisibles pouvant survenir en cours de suivi.

L'équipe fait preuve de **transparence** envers la personne et ses proches. Dès l'instauration du suivi, l'équipe explore avec la personne et son réseau les expériences antérieures afin d'identifier les craintes et préjugés perçus pouvant susciter de l'ambivalence à partager à l'équipe des éléments de risque. Afin de favoriser la collaboration et l'engagement sur cet aspect, l'équipe s'engage à demeurer transparente avec la personne lorsqu'un risque est identifié, en lui faisant notamment part des faits observés et en lui communiquant les résultats de l'évaluation du risque. **La personne et ses proches doivent alors être mis à contribution dans la recherche de solutions** pour pallier ces risques, en tenant compte de leurs préférences, tout en permettant d'assurer la sécurité de la personne et d'autrui. Cette approche de gestion positive des risques favorise la responsabilisation et la reprise du pouvoir d'agir par la personne.

La gestion du risque

Dès la mise en place du suivi, un **plan de non-réponse** est élaboré avec la personne, en collaboration avec ses proches lorsqu'elle y consent⁴⁷.

La mise en place de différents **plans de sécurité ou d'un plan de crise conjoint**⁴⁸, principalement en cas de risque suicidaire ou hétéroagressif, agit comme un filet de sécurité personnalisé. Cela peut faire appel aux ressources de la personne elle-même, aux proches, à l'équipe et à d'autres ressources présentes dans l'environnement de la personne, incluant les ressources communautaires. Ces plans sont réévalués régulièrement et ajustés en fonction de la fluctuation des risques et des facteurs de protection. Il s'agit souvent de mesures combinées, telles que des stratégies de gestion personnelle, la présence de proches, une intensification des visites de la part de l'équipe, un ajustement temporaire du traitement pharmacologique, l'accès à des ressources d'aide en dehors des heures ouvrables du service, etc.

Un **suivi étroit** est assuré pour les personnes présentant un risque suicidaire important⁴⁹.

Lorsque le risque est trop élevé pour être géré en communauté

Lorsque **le recours à l'UIBP, à l'urgence ou à l'hospitalisation** semble être l'option à privilégier malgré toutes les autres solutions envisagées, les membres de l'équipe cherchent à obtenir la collaboration de la personne, afin d'éviter de recourir à des mesures légales.

Dans le cas où le recours à une **mesure légale** s'avèrerait nécessaire, l'équipe demeure transparente avec la personne sur ses intentions et tente toujours de favoriser la collaboration tout au long de la démarche.

Il est possible que le recours à ces mesures ne soit que temporaire et qu'il n'implique pas la fin de l'épisode de service TIBD.

Fiche synthèse 2. Éléments à mettre en place pour une gestion positive des risques

47 Voir le document Aide-mémoire pour établir un plan de non-réponse disponible dans la boîte à outils.

48 Voir la section *Gestion positive du risque* dans le cadre conceptuel pour plus de détails (3).

49 Se référer aux directives de son établissement.

4.2 SÉCURITÉ DU PERSONNEL

La sécurité du personnel qui se déplace dans la communauté doit être assurée, notamment en :

- **formant adéquatement le personnel⁵⁰,** entre autres sur les thèmes suivants :
 - la sécurité en contexte d'intervention en communauté;
 - la gestion des risques suicidaire, hétéroagressif et d'homicide, dans un contexte communautaire;
 - le mandat, la vision, les piliers et les principes directeurs du Plateau et du TIBD.
- **s'assurant que le personnel maîtrise l'approche clinique du TIBD** qui mise sur la collaboration et la transparence avec la personne utilisatrice de services et ses proches pour offrir une expérience de soins positive;
- s'arrimant avec les directions-conseils quant aux **meilleures pratiques de sécurité en vigueur**;
- **préparant les visites**, notamment en :
 - lisant les dernières notes au dossier et la dernière note d'évolution médicale;
 - prenant en considération les informations recueillies lors de la réunion interdisciplinaire ou du rapport interquart;
 - communiquant avec la personne au préalable afin d'évaluer son état mental et d'ajuster les modalités;
 - validant l'adresse du domicile et la manière d'y accéder;
 - révisant l'objectif de la visite;
- réalisant des **visites en dyade** lorsqu'un risque est détecté.

Pour assurer la sécurité du personnel au quotidien, quelques actions simples peuvent être posées telles que⁵¹ (81) :

- s'assurer que les autres membres de l'équipe savent où chacun des membres de l'équipe se trouve (p. ex. : tableau des visites visible et mis à jour en continu, collègues avisés à l'arrivée et au départ du domicile lors des visites et lors du départ à la fin du quart de travail);
- se stationner de reculons dans le stationnement ou se stationner dans la rue afin d'être en mesure de partir rapidement et s'assurer qu'aucun véhicule ne pourra bloquer la sortie;
- observer l'extérieur du domicile, la sécurité des escaliers et les issues;
- prendre quelques secondes pour faire la conversation avec la personne sur le pas de la porte avant d'entrer dans le domicile pour observer son état et identifier les autres personnes présentes dans le domicile;
- demander à la personne de déplacer les animaux dans une pièce fermée;
- attendre que la personne invite l'intervenante ou l'intervenant à entrer avant de pénétrer dans le domicile;
- observer l'intérieur du domicile, l'encombrement (p. ex : risque d'incendie, sécurité des personnes), les objets personnels pouvant représenter un risque pour la sécurité, identifier les issues et sorties de secours et choisir la pièce la plus appropriée pour réaliser les interventions;
- faire la rencontre à l'extérieur du domicile en cas de doute (par exemple en allant marcher);

50 Voir la section [Formation du personnel](#) et l'outil *Plan de bonification des connaissances et des compétences*.

51 Cette liste n'est pas exhaustive.

- garder les chaussures aux pieds ou mettre des couvre-chaussures et garder son manteau à proximité, notamment lors de la première visite;
- se placer entre la personne et la sortie, pour éviter d'être coincé si une sortie rapide est requise;
- garder les clés de voiture et le téléphone cellulaire sur soi en tout temps.

5. ADAPTATIONS ET PARTICULARITÉS POUR LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION

Les milieux non urbains⁵² rencontrent des défis spécifiques dans le déploiement d'équipes TIBD. Ces défis peuvent notamment être liés aux grands territoires à couvrir, au manque de fiabilité ou à l'absence de réseaux de communication, à la pénurie de personnel spécialisé et à la stigmatisation liée aux troubles de santé mentale. Les pistes proposées pour l'adaptation du TIBD en milieux non urbains sont le fruit de réflexions menées avec un comité mis en place pour aborder les défis liés au déploiement de l'ABC et du TIBD dans les régions à faible densité de population. Ces échanges ont permis d'identifier certaines pistes prometteuses, bien qu'elles n'aient pas été testées jusqu'à présent. Les pistes d'adaptation pour les milieux non urbains proposées ci-dessous pourraient ne pas être applicables à tous les milieux. Ainsi, **il est possible que le TIBD ne puisse être déployé dans toutes les régions.** Certains critères minimaux doivent être respectés pour éviter que le TIBD ne soit dénaturé, notamment en regard de la population visée. **Les critères minimaux doivent être réunis pour assurer des soins et services de qualité et sécuritaires.** Le déploiement d'équipes TIBD dans des milieux non urbains permettra de mieux documenter les adaptations qui sont les plus porteuses.

5.1 ORGANISATION DES SERVICES

5.1.1 Réalisation d'une analyse stratégique

Afin de déterminer l'emplacement à privilégier pour implanter une équipe TIBD et d'adapter les services au contexte des régions non urbaines, la première étape est de réaliser une analyse stratégique pour chaque secteur du territoire :

- ses points de services;
- les ressources présentes;
- les points de services des partenaires communautaires ainsi que les services offerts par ceux-ci;
- le besoin populationnel;
- les réalités socioéconomiques du territoire.

Cette analyse permettra de placer les ressources de manière stratégique, assurant une couverture efficace, équitable et sécuritaire des services.

⁵² Un milieu non urbain fait référence, dans ce document, à un établissement situé dans un territoire à faible densité de population, aussi dénommé région rurale. Ces milieux sont souvent éloignés des centres urbains et présentent des défis spécifiques en matière d'accessibilité et de prestation de services.

5.1.2 Ajustement de la capacité de l'équipe

En milieu à faible densité de population, la distance à parcourir par les membres de l'équipe pour réaliser leurs visites est une variable importante, pouvant expliquer une révision à la baisse du nombre de personnes en suivi :

- Un ajustement de la charge de travail et du nombre de personnes que l'équipe peut suivre doit être réalisé.
- Des budgets de déplacement supplémentaires devraient être prévus.

Ceci doit être pris en considération à tous les niveaux de gestion afin d'assurer une prestation sécuritaire et de qualité aux personnes utilisatrices de service.

5.1.3 Étendue du territoire pouvant être couverte

L'étendue du territoire qui peut être couverte de façon efficace et sécuritaire est variable⁵³. Tout comme dans les milieux urbains, **un temps de déplacement de moins de 30 minutes est à privilégier** pour assurer une prestation de soins et services sécuritaires. Les conditions routières habituelles dans le secteur doivent aussi être prises en considération afin d'évaluer si le temps de déplacement est sécuritaire pour un suivi TIBD. Afin d'offrir des soins à une personne résidant dans un lieu plus éloigné tout en assurant sa sécurité, différentes stratégies peuvent être mises en place. Par exemple, un partenariat avec un service de la communauté, comme une équipe de crise qui serait en mesure de se déplacer en cas d'urgence, pourrait être une possibilité. De même, il pourrait aussi être envisagé que la personne réside temporairement chez une ou un proche ou une ressource offrant de l'hébergement temporaire à proximité de l'équipe TIBD.

5.1.4 Mise en place d'équipes intégrées

La **mise en place d'équipes intégrées** pourrait être une solution à la faible densité dans certains milieux non urbains. Ces équipes pourraient cumuler plus d'un mandat et d'une expertise. Par exemple, une même équipe pourrait assurer les services de l'ABC et du TIBD (comme c'est le cas dans plusieurs pays d'Europe⁵⁴) ou alors, le TIBD pourrait être jumelé avec un autre service connexe en santé mentale. Une vigilance doit toutefois être exercée pour le respect du mandat, de la vision, des piliers et des principes directeurs du TIBD et du Plateau. Si des équipes intégrées sont mises en place, elles devront être formées pour chacun des services qu'elles fournissent et devront s'assurer de respecter les critères minimaux du TIBD.

5.1.5 Mise en place d'équipes satellites

La **mise en place d'équipes satellites**, c'est-à-dire diviser une équipe régulière sur plusieurs sites, pourrait aussi être envisagée afin de couvrir des territoires plus étendus. Les membres des équipes satellites travailleraient ensemble en :

- tenant des rencontres quotidiennes (à la même fréquence qu'une équipe régulière);
- se déplaçant d'un secteur à l'autre afin de réaliser des interventions conjointes lorsque requis.

53 Voir la section [Territoires desservis](#).

54 Voir la section [Développement du TIBD](#).

Towicz (38) mentionne que le regroupement de l'équipe clinique et de la gestion dans un même lieu est essentiel pour assurer la continuité des soins et services. Une telle organisation de l'équipe nécessiterait donc un effort important de coordination entre les membres du personnel et un soutien accru. Pour ce faire :

- le leadership de l'ASI/ICASI et de la ou du gestionnaire est essentiel. Ces personnes devraient se déplacer sur l'ensemble du territoire pour soutenir le personnel;
- la vidéoconférence pourrait possiblement être utilisée par les membres de l'équipe pour assurer la présence de tous aux rencontres d'équipe. Toutefois, ce mode de communication étant plus statique que les échanges en présentiel, les membres des équipes doivent communiquer régulièrement afin que toute l'information pertinente soit échangée en temps opportun. De plus, des rencontres en présentiel doivent être tenues régulièrement.

Une analyse réalisée au préalable permettrait de situer stratégiquement les équipes satellites afin de couvrir le territoire de manière optimale, en partie ou en totalité. Ce type d'organisation des équipes TIBD n'ayant pas été expérimenté, il demanderait à être réfléchi davantage. Les mesures retenues devront prendre en considération la sécurité des personnes, de leurs proches, du personnel et de la communauté afin de cibler les différentes stratégies à instaurer, pour garantir celle-ci.

5.2 RARETÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE, COMPOSITION DES ÉQUIPES ET SOUTIEN CLINIQUE

La rareté de la main-d'œuvre est particulièrement préoccupante pour les milieux à faible densité de population qui souhaitent déployer le TIBD. Les effectifs médicaux limités et le besoin accru des équipes TIBD en matière de soutien clinique sont des éléments qui s'additionnent aux enjeux déjà présents.

Pour pallier la rareté de la main-d'œuvre, il est proposé de :

- miser sur un partenariat avec d'autres équipes ou milieux de soins desservant le territoire pour assurer la couverture en dehors des heures régulières de l'équipe;
- concevoir des horaires flexibles et impliquer les membres de l'équipe dans la recherche de solutions;
- documenter les interventions réalisées au cours des quarts de travail par les intervenantes et intervenants afin d'optimiser la répartition des effectifs;
- faire une analyse de l'offre de services du territoire afin d'évaluer la pertinence de transformer des services existant en TIBD;
- faire des adaptations à la composition de l'équipe (voir section *Ajouts et adaptations possibles à l'équipe*).

Les solutions mises en place doivent permettre d'assurer la prestation de soins et services telle que décrite dans ce guide, notamment en permettant l'intensité de suivi appropriée, la réactivité,

la continuité du plan de cheminement clinique, la sécurité et la qualité des soins et services, et ce, dans le respect des critères minimaux du TIBD.

En ce qui concerne le **soutien clinique**, il pourrait être possible de jumeler des équipes TIBD de plusieurs installations à l'intérieur d'un même établissement afin d'optimiser les ressources de soutien. Ceci exclut les ASI/ICASI, qui doivent être présents dans chacune des équipes et pour chacun des quartiers de travail.

5.3 GESTION DES RISQUES⁵⁵

5.3.1 Couverture réseau

L'**absence ou la faible couverture des réseaux cellulaires et internet** dans certains secteurs représente un enjeu de taille pour l'accessibilité au service TIBD et affecte directement la sécurité des personnes utilisatrices et d'autrui. Les membres de l'équipe doivent en tout temps être en mesure d'effectuer rapidement un appel téléphonique. Pour les membres de l'équipe, l'utilisation de téléphones satellites et de technologies comme des bornes Wi-Fi portatives peut être envisagée. Lorsque la mise en place d'un moyen de communication pour les membres de l'équipe n'est pas possible, réaliser les visites en dyade pourrait, après évaluation de la situation, être une solution permettant de favoriser leur sécurité⁵⁶.

5.3.2 Téléconsultation

La **téléconsultation** est souvent considérée comme une piste prometteuse pour améliorer l'accès aux services en santé mentale dans les milieux non urbains. Toutefois, le niveau de soins aigu requis ainsi que l'instabilité de l'état mental pour la clientèle du TIBD est un frein important. La clientèle nécessite des contacts fréquents en présentiel et l'équipe doit avoir la capacité de réagir rapidement lorsque nécessaire. Ainsi, la téléconsultation est à considérer, mais n'est pas la piste à privilégier pour répondre aux défis rencontrés en milieux non urbains⁵⁷.

5.3.3 Événements climatiques extrêmes

Les équipes TIBD en milieux non urbains doivent être prêtes à composer avec des événements climatiques extrêmes de plus en plus fréquents, de même qu'avec les enjeux quotidiens liés aux déplacements et à des conditions routières sous-optimales. Des protocoles doivent donc être mis en place au sein de l'établissement, mais aussi avec les services d'urgence, afin d'assurer une préparation adéquate et de garantir la sécurité des personnes en suivi et de leurs proches.

5.4 ORGANISATION DU TRAVAIL

Bien que la **répartition des visites à domicile entre les membres du personnel selon la proximité géographique** des personnes utilisatrices soit encouragée pour toute équipe TIBD, cet élément est

⁵⁵ L'ensemble des éléments abordés dans les sections *Sécurité des personnes utilisatrices de services* et *Sécurité du personnel* s'appliquent également aux milieux à faible densité de population. La présente sous-section se concentre donc uniquement sur les particularités propres à ces milieux.

⁵⁶ Voir la section *Communications avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches* pour plus de détails.

⁵⁷ Voir la section *Télésanté* pour plus de détails.

d'autant plus important à considérer dans l'organisation du travail d'une équipe TIBD œuvrant en région non urbaine.

La **stigmatisation** dans les milieux où « tout le monde se connaît » est également un défi supplémentaire pour les milieux à faible densité populationnelle. Certaines stratégies peuvent être mises en place au quotidien pour y faire face, notamment :

- questionner la personne sur ses préférences et lui laisser le choix du lieu de rencontre;
- valider le consentement de la personne pour déterminer les informations pouvant être partagées ou non avec les proches que les membres de l'équipe pourraient croiser;
- diversifier les endroits et les heures de rencontre (p. ex : domicile, Centre local de services communautaires [CLSC], café, centre communautaire);
- varier les intervenantes et intervenants, lorsque possible;
- faire preuve de discrétion (p. ex : pas d'uniformes, aucun matériel médical visible, pas de vignette de stationnement de l'établissement visible);
- réaliser des activités de sensibilisation et d'éducation auprès de la population.

6. IMPLANTATION

Afin d'outiller les établissements dans le déploiement des équipes TIBD, plusieurs outils sont mis à leur disposition, notamment :

- le *Gabarit de mise en œuvre* identifiant les étapes essentielles pour réaliser le déploiement;
- le *Plan de communication et de gestion du changement*, pouvant être adapté selon les réalités des établissements;
- le *Document de soutien à l'implantation* du cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau qui met de l'avant certaines étapes essentielles à l'implantation de même que les conditions gagnantes et des pistes de solutions pour faire face aux défis fréquemment rencontrés par les établissements dans le déploiement du Plateau (3). Ces éléments sont applicables à l'implantation du TIBD.

Les établissements qui souhaitent planter le TIBD doivent préalablement s'arrimer avec la direction adjointe des services en santé mentale adulte, en psychiatrie légale et en milieu carcéral de Santé Québec et interpeller le CIUSSS de la Capitale-Nationale, mandaté pour les accompagner dans le déploiement de cette action. Ce dernier offre un soutien tout au long du processus afin d'assurer une implantation en conformité avec le présent guide et en considération des spécificités régionales.

6.1 CRITÈRES MINIMAUX REQUIS POUR LE DÉMARRAGE SÉCURITAIRE D'UNE ÉQUIPE TIBD

La **fidélité aux éléments clés du modèle TIBD** est un facteur déterminant dans la réussite de l'implantation. Le tableau suivant, la [fiche synthèse 3](#), présente les **critères minimaux requis** pour qu'une équipe TIBD puisse démarrer sécuritairement. Les critères minimaux exposés dans ce tableau ne constituent qu'une phase initiale du développement d'une équipe TIBD. Il est donc attendu qu'une équipe TIBD qui démarre avec les critères minimaux poursuive son développement afin d'être en cohérence avec le modèle complet, tel que décrit dans ce guide. Il est estimé qu'une à deux années puissent être nécessaires pour qu'une équipe atteigne sa maturité.

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Population visée	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes présentant un trouble de santé mentale aigu (majoritairement des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur) : <ul style="list-style-type: none"> - dont l'état mental est suffisamment instable ou à haut risque de détérioration pour justifier un niveau de soins aigu et pour qui le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation serait requis le jour même ou dans les jours suivants; - nécessitant un suivi médical, infirmier et psychosocial intensif ainsi qu'une pratique allant de l'interdisciplinarité à la transdisciplinarité; - ayant besoin de commencer ou d'ajuster un traitement pharmacologique pour stabiliser leur état mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les clientèles de la population visée doivent être desservies.
Objectifs	<p>Accepter des références ayant minimamente un des objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévenir une hospitalisation lorsque la personne est à l'urgence (catégorie 1). • Prévenir le recours à l'urgence en vue d'une hospitalisation lorsque la personne est en communauté ou éviter une admission sur une unité de soins en psychiatrie pour une personne séjournant à l'UIBP (catégorie 2). • Écourter une hospitalisation en cours (catégorie 3). 	<p>Accepter dans une proportion équivalente des références ayant ces trois objectifs.</p>

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Processus organisationnels et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dès le démarrage, avoir au moins un milieu référent ciblé, à qui le service TIBD a été présenté et avec qui des trajectoires de collaboration ont été établies. • Avoir établi les processus et partenariats suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre de garde pour la couverture de soir et de fin de semaine. - Service qui assurera la couverture pour les personnes utilisatrices en dehors des heures de présence de l'équipe (p. ex. : centre de crise, centre de prévention du suicide). - Pharmacie de l'établissement (p. ex. : dépannage en cas de problèmes d'accès, procédure pour la commande, l'entreposage, le transport et la distribution des médicaments). - Pharmacies communautaires (p. ex. : expliquer le rôle et les implications de chacun dans le suivi TIB). - Favoriser l'accès à un hébergement d'urgence ou temporaire pour limiter le recours à l'urgence en cours de suivi (p. ex. : centre de crise). - Omnipraticienne, omnipraticien, IPS, examens diagnostiques et médecine spécialisée de l'hôpital le plus près (accès prioritaire au même titre que les personnes utilisatrices admises pour les soins physiques, les examens diagnostiques et la médecine spécialisée). - Laboratoire pour l'analyse des prélèvements (accès prioritaire au même titre que les personnes utilisatrices admises). - Info-Social (811) et équipes 24 h/24, 7 j/7. - MASM. - Autres professionnels de l'établissement qui peuvent agir à titre de consultants dans le cadre du TIBD (accès prioritaire au même titre que les personnes utilisatrices admises). - Avoir accès à la transcription prioritaire pour les notes médicales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir établi de bons liens avec les référents. • S'assurer de leur compréhension du service TIBD et demeurer disponible pour répondre à leurs questions. • Avoir des trajectoires bien établies. • Maintenir et développer les partenariats établis lors du démarrage.
Processus de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir au moins une intervenante ou un intervenant ciblé pour assurer les fonctions de réception et de traitement des références (ayant de bonnes connaissances en santé mentale, un bon jugement clinique et un savoir-être exemplaire). • Avoir des gens désignés comme remplaçants et en mesure d'assurer la fonction en cas d'absence imprévue et prévue. • Avoir une ligne téléphonique désignée pour recevoir les appels des référents. • Avoir une adresse courriel désignée pour recevoir les références. • Respecter les délais visés (soit 24, 72 ou 96 h) pour la rencontre d'évaluation initiale. • S'assurer qu'une ou un psychiatre attitré à l'équipe est disponible pour échanger avec la personne responsable de la réception et du traitement des références pour les cas complexes. • S'assurer que la ou le gestionnaire est impliqué lors de prise de décisions délicates. 	

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Évaluation initiale	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer l'évaluation initiale dans le milieu référent lorsque les références proviennent de l'urgence et des unités de soins, tout en s'assurant que la personne utilisatrice ne soit pas libérée avant d'être évaluée et intégrée au TIBD. Effectuer l'évaluation initiale au bureau du référent ou encore au bureau TIBD dans les autres situations. S'assurer que deux intervenantes ou intervenants, dont un membre du personnel infirmier et un membre du personnel psychosocial réalisent l'évaluation initiale. Réaliser une rencontre d'évaluation initiale complète, d'une durée moyenne de 60 minutes, avec chaque personne utilisatrice afin de : <ul style="list-style-type: none"> - statuer sur l'admissibilité finale aux services du TIBD (s'assurer de couvrir tous les éléments essentiels mentionnés dans l'outil <i>Aspects à considérer pour déterminer l'admissibilité</i>); - déterminer les objectifs initiaux de traitement et de suivi; - préciser les modalités cliniques du début de suivi et en valider l'acceptation par la personne; - préciser les besoins et l'implication des proches; - préciser l'implication des partenaires. S'assurer d'un retour sécuritaire à domicile et avoir la capacité de raccompagner toutes les personnes utilisatrices dans leur milieu de vie à la suite de l'évaluation initiale. Établir un plan de non-réponse personnalisé avec chaque personne utilisatrice et le réviser régulièrement. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Les évaluations initiales devraient toutes être réalisées en présence de la ou du psychiatre du TIBD pendant la première année de fonctionnement de l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser l'évaluation médicale par la ou le psychiatre dans un délai maximal de 72 heures à la suite de l'évaluation initiale, incluant les fins de semaine et les jours fériés. Toutefois, la ou le psychiatre doit demeurer disponible pour rencontrer la personne utilisatrice ou soutenir l'équipe en cas de besoin, à l'intérieur de cette fenêtre de 72 heures.
Composition de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Avoir au moins une ou un TS ou une intervenante ou intervenant psychosocial au sein de l'équipe. Dans le cas où, au démarrage, il n'y aurait pas de TS au sein de l'équipe, s'assurer d'avoir une ou un TS répondant d'une autre équipe qui est en mesure de répondre aux besoins en regard des actes réservés. Avoir au moins une ou un psychiatre attitré qui peut assurer une présence physique au TIBD minimale de trois jours répartis dans la semaine, tout en demeurant disponible les deux autres journées pour des imprévus (p. ex. : suivis des personnes utilisatrices, gestion des urgences, participation aux réunions, concertation avec l'équipe). S'assurer d'avoir des psychiatres répondants qui couvrent les périodes d'absence des psychiatres attitrés au TIBD. Avoir au moins trois infirmières et infirmiers (incluant les ASI/ICASI) par quart de travail sur semaine (jour et soir) et au moins une infirmière ou un infirmier par quart de travail la fin de semaine (jour et soir). S'assurer que les interventions en dyade sont possibles en tout temps (p. ex : intervenant de garde en soutien de l'équipe TIBD ou d'une autre équipe). Avoir au moins une pharmacienne ou un pharmacien disponible ponctuellement pour l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> Avoir au moins deux TS au sein de l'équipe. Avoir deux psychiatres attitrés qui peuvent assurer une présence physique au TIBD idéalement cinq jours par semaine et minimalement trois jours répartis dans la semaine, tout en demeurant disponibles les deux autres journées pour des imprévus (p. ex. : suivis des personnes utilisatrices, gestion des urgences, participation aux réunions, concertation avec l'équipe). S'assurer d'avoir des psychiatres répondants qui couvrent les périodes d'absence des psychiatres attitrés au TIBD. Avoir cinq infirmières ou infirmiers (incluant l'ASI/ICASI) par quart de travail sur semaine (jour et soir) et au moins une infirmière ou un infirmier par quart de travail la fin de semaine (jour et soir). S'assurer que les interventions en dyade sont possibles en tout temps. Avoir une pharmacienne ou un pharmacien d'établissement, idéalement spécialisé en santé mentale, attitré au TIBD, qui participe à au moins deux rencontres interdisciplinaires par semaine et qui est disponible pour réaliser des évaluations pharmacothérapeutiques systématiques, pour répondre aux demandes de consultation et pour rencontrer la clientèle lorsque requis.

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Disponibilité de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Être disponible de jour, de soir (minimalement jusqu'à 21 h), y compris la fin de semaine et les jours fériés. Avoir une couverture téléphonique d'urgence mise en place avec un partenaire ou offerte par un organisme communautaire pour couvrir l'entièreté des heures non couvertes par l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> Être disponible de jour, de soir, la fin de semaine et les jours fériés de 8 h à 23 h.
Cohorte de personnes utilisatrices en suivi	<ul style="list-style-type: none"> Être en mesure de suivre cinq personnes utilisatrices pour une demi-équipe. Avoir un rythme d'intégration graduel de deux personnes utilisatrices par semaine maximum. Le nombre de personnes utilisatrices en suivi doit permettre d'assurer une gestion positive des risques, une expérience positive pour les personnes utilisatrices, leurs proches et le personnel en place ainsi que d'avoir une marge de manœuvre pour répondre aux imprévus. 	<ul style="list-style-type: none"> Être en mesure de suivre de 15 à 20 personnes utilisatrices. Avoir un rythme d'intégration graduel d'un maximum de trois personnes utilisatrices par semaine.
Pratiques collaboratives	<ul style="list-style-type: none"> Avoir une bonne connaissance des rôles et responsabilités de chacun et les réviser en continu en fonction de l'évolution des champs de pratique. Avoir une approche globale et intégrée pour le traitement des personnes utilisatrices. Impliquer tous les membres de l'équipe dans les suivis. Favoriser les interventions en dyade au besoin. Chaque membre de l'équipe s'appuie sur les observations des autres afin d'ajuster ses interventions. Les prises de décisions sont partagées entre les membres de l'équipe, mais aussi avec la personne utilisatrice et ses proches qui sont experts de leur vécu. Chaque intervenante et intervenant doit faire part de ses observations lors des rencontres d'équipe, de façon à favoriser le développement d'une vision commune et interdisciplinaire de chaque dossier. L'opinion professionnelle de chaque membre de l'équipe est entendue et respectée, de même que l'opinion, les besoins, les volontés et les limites exprimés par la personne et ses proches. Collaborer étroitement avec les partenaires au dossier. 	
Durée de suivi	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une durée moyenne de suivi approximative de quatre à douze semaines. Offrir un transfert personnalisé pour chaque personne utilisatrice vers le service qui prend le relais à la fin de l'épisode de soins et services. 	
Intensité et modalités de suivi	<ul style="list-style-type: none"> Offrir au moins deux visites par jour aux personnes utilisatrices en début de suivi, et ce, pendant des heures utiles au plan du cheminement clinique (p. ex. : supervision de médication au lever et au coucher). S'assurer de toujours être en mesure d'intensifier le nombre de visites par jour au besoin, ce qui requiert de se garder une marge de manœuvre en tout temps au regard de la charge de travail des intervenantes et intervenants. Adapter les modalités d'intervention aux besoins des personnes utilisatrices (p. ex. : heures des visites adaptées selon leur routine, lieu de rencontre flexible et personnalisé). Offrir la grande majorité des rencontres et des rendez-vous à domicile ou dans la communauté afin de permettre aux personnes utilisatrices et à leurs proches de maintenir leurs activités quotidiennes et l'exercice de leurs rôles sociaux malgré un contexte de soins aigus. Diminuer graduellement l'intensité de suivi, selon l'évolution de l'état de la personne utilisatrice et en concertation avec l'équipe clinique. S'assurer qu'aucun suivi TIBD ne se termine avec une inadéquation entre l'intensité de services du TIBD et celle offerte par le service qui prend le relais. L'intensité de services doit correspondre aux besoins cliniques de la personne utilisatrice. S'assurer de réaliser chacune des phases du plan de cheminement clinique, nonobstant la durée du suivi. 	

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Modèles et approches privilégiés	<ul style="list-style-type: none"> • Préconiser les approches suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - Modèle biopsychosocial - Approche centrée sur le rétablissement - Approche systémique - Approche centrée sur les forces - Approche de réduction des méfaits - Approche motivationnelle - Approche cognitivo-comportementale 	
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser les évaluations et dépistages nécessaires (p. ex.: état mental, consommation de substances, risque suicidaire ou hétéroagressif). • Réaliser un traitement médical et pharmacologique. • Faire des suivis infirmiers et psychosociaux réguliers : <ul style="list-style-type: none"> - Superviser la médication selon la routine de la personne utilisatrice (en fonction de ce qui est raisonnable). - Évaluer la réponse au traitement en assurant la surveillance clinique pertinente. - Assurer un suivi des habitudes de consommation. - Explorer des stratégies afin de favoriser l'autonomie dans la gestion du traitement pharmacologique et l'engagement dans le suivi après le TIBD; - Accompagner les personnes utilisatrices pour régulariser leur situation financière, résidentielle, d'emploi, d'études, d'assurance médicaments, de litiges, d'abus, de maltraitance ou de négligence, et parfois, de statut migratoire; - Favoriser la reprise ou le maintien des rôles sociaux malgré le contexte de soins aigus; • Considérer, intégrer et outiller les proches ciblés par la personne en les contactant minimalement en début, en milieu et en fin de suivi ainsi qu'en les impliquant à minimalement un rendez-vous médical avec la ou le psychiatre en cours du suivi (en respect du consentement des personnes utilisatrices et des besoins, préférences et limites des proches); • Faire de l'enseignement à la personne et à ses proches concernant la santé mentale ainsi que sur la dépendance et la santé physique au besoin; • Ajuster le traitement et les interventions en fonction des activités et obligations des personnes utilisatrices et leurs proches, ainsi qu'en fonction de leurs routines de vie; • Faire les orientations et références nécessaires en cours ou en fin de suivi. 	

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Fonctionnement de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Tous les membres de l'équipe se tiennent informés de l'ensemble des dossiers de la cohorte. Tenir des réunions interdisciplinaires ou interquarts quotidiennes afin de favoriser une gestion des risques adéquate et assurer la sécurité des personnes et d'autrui ainsi que la fluidité des suivis. S'assurer que les psychiatres participent idéalement à toutes les réunions interdisciplinaires, ou minimalement à trois par semaine (dont celles du lundi et du vendredi). Ils doivent également être disponibles pour y assister les deux autres jours de la semaine, lorsque requis. Avoir la capacité de se concerter dans de brefs délais et d'ajuster rapidement le plan de traitement ou les modalités cliniques, ce qui nécessite la disponibilité des psychiatres et parfois de la pharmacienne ou du pharmacien. Avoir des mécanismes bien établis qui favorisent l'approche itérative et les ajustements en continu (p. ex : rencontres bilans pour faire le point avec l'équipe, sondage de l'expérience usager [personne utilisatrice], proche, et employée ou employé [membre de l'équipe]). Faire preuve de souplesse dans la planification des quarts de travail afin de répondre aux besoins de la clientèle (p. ex. : horaires flexibles qui permettent de répondre aux imprévus, pauses repas flexibles). Avoir des mécanismes qui favorisent l'instauration d'une vision commune, la continuité des soins, une gestion positive des risques. Favoriser le partage des connaissances au sein de l'équipe clinique, incluant l'implication des psychiatres et de la pharmacienne ou du pharmacien. Assurer la présence d'un membre du personnel infirmier ou psychosocial de l'équipe à tous les rendez-vous médicaux. Organiser des rencontres bilans trois à quatre fois par année afin de réviser le fonctionnement quotidien, d'aborder les enjeux et d'améliorer les processus aux plans cliniques et organisationnels. 	<ul style="list-style-type: none"> Tendre vers une répartition équilibrée des suivis au sein de l'équipe (pour une cohorte d'environ cinq personnes utilisatrices): <ul style="list-style-type: none"> - psychiatres : répartition équitable des dossiers entre eux; - infirmières et infirmiers pivots : répartition équitable des dossiers par équipe pivot (composée d'un membre du personnel infirmier de jour et de soir); - TS : répartition équitable des dossiers; - autre personnel psychosocial (p. ex : éducatrice ou éducateur spécialisé) : répartition des dossiers afin de permettre des interventions ponctuelles dans tous les suivis actifs. Tendre vers une répartition équilibrée des suivis au sein de l'équipe en respectant les ratios suivants (pour une cohorte de 15 à 20 personnes utilisatrices): <ul style="list-style-type: none"> - deux psychiatres : sept à dix dossiers par psychiatre; - infirmières et infirmiers pivots : quatre à six dossiers par équipe pivot (composée d'un membre du personnel infirmier de jour et de soir); - TS : sept à dix dossiers chacun; - autre personnel psychosocial (p. ex. : éducatrice ou éducateur spécialisé) : intervenante ou intervenant psychosocial principal dans un maximum de trois à cinq dossiers afin de permettre des interventions ponctuelles dans tous les dossiers actifs.
Outils et ressources matérielles et cliniques	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les conditions matérielles, logistiques et technologiques nécessaires sont en place pour permettre à l'équipe TIBD de remplir son rôle efficacement, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - des accès informatiques; - des locaux adéquats et aménagés pour loger l'équipe TIBD (voir le <i>Gabarit de mise en œuvre dans la boîte à outils</i>); - un tableau de bord et un tableau des visites (disponibles dans la boîte à outils) bien visibles dans les locaux ou sur une application informatique; - l'accès aux formulaires, aux outils et à la documentation nécessaires aux suivis; - le matériel nécessaire (voir le <i>Gabarit de mise en œuvre dans la boîte à outils</i>), dont un ordinateur portable et un cellulaire chacun; - l'accès du personnel à la trousse de dépannage de la pharmacie et au lieu utilisé pour conserver la médication des personnes utilisatrices; un bureau d'entrevue afin de rencontrer les personnes utilisatrices ou les proches se présentant au bureau; - une salle d'attente pour les personnes utilisatrices et les proches qui les accompagnent. 	

Éléments clés	Critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue pour une équipe mature
Formation et soutien clinique	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que toutes les intervenantes et tous les intervenants ont lu le guide d'application TIBD et le cadre conceptuel du Plateau. • S'assurer que l'ensemble des intervenantes et intervenants ont développé les connaissances et compétences pour assurer des soins sécuritaires en regard des thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement de l'équipe - Principaux troubles de santé mentale rencontrés au TIBD et pharmacologie associée - Observation ou évaluation de l'état mental (en fonction des champs de pratique) - Mandat, vision, piliers et principes directeurs du TIBD et du Plateau - Évaluation initiale au TIBD - Sécurité en contexte d'intervention à domicile - LPP - Connaissances de base sur la dépendance - Considérer, intégrer et outiller les proches - Entrevue structurée - Risque suicidaire et risque d'homicide • Une intervenante ou un intervenant n'ayant pas les compétences et connaissances requises ne devrait pas effectuer de visite seul auprès de la clientèle. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer du suivi du développement des connaissances et des compétences du personnel, au moins au début, à la moitié et à la fin de la période de probation (nouvelle embauche) ou de la période d'essai (changement de poste) du personnel, et annuellement par la suite. • L'ASI/ICASI doit se rendre disponible à l'équipe pour offrir du soutien clinique, ce qui implique d'effectuer des visites en dyade avec les membres de l'équipe lorsque requis. • Tous les nouveaux membres de l'équipe doivent réaliser au moins deux quarts en fin de semaine en jumelage avant de pouvoir en réaliser un seul. • Tous les nouveaux membres de l'équipe doivent réaliser au moins cinq à dix évaluations initiales en présence de la ou du psychiatre attribué à l'équipe avant d'en réaliser une de manière autonome, en dyade. • Tous les nouveaux membres de l'équipe doivent être accompagnés d'une intervenante ou d'un intervenant ayant déjà réalisé quelques évaluations initiales lors des premières qu'ils réalisent. • S'assurer que la ou le gestionnaire participe à au moins une réunion d'équipe par semaine (idéalement en présence) et qu'elle ou il est disponible ponctuellement pour l'équipe en cas d'imprévu. • Organiser des rencontres individuelles avec les personnes assurant un soutien clinique pour soutenir les membres de l'équipe lors de situations complexes ou atypiques. • Permettre l'échange en équipe en postvention. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que toutes les intervenantes et tous les intervenants ont lu le guide d'application TIBD et le cadre conceptuel du Plateau. • S'assurer que tout le personnel clinique a suivi des formations portant sur ces mêmes thèmes en plus de : <ul style="list-style-type: none"> - l'entretien motivationnel - la réduction des méfaits • S'assurer que 25 à 50 % du personnel a suivi des formations avancées sur la dépendance et la concomitance.

Fiche synthèse 3. Critères minimaux requis pour le démarrage sécuritaire d'une équipe TIBD et évolution attendue



7. SUIVI DE LA QUALITÉ, DE LA PERFORMANCE ET AMÉLIORATION CONTINUE

Le processus de reddition de comptes et les indicateurs pour le TIBD sont décrits dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau (3). Le Plateau, au sein duquel s'inscrit le TIBD, adopte une approche de système de santé apprenant. Le développement d'indicateurs de performance se poursuivra au cours des prochaines années et un processus d'évaluation de la qualité et de la conformité devrait s'ensuivre.

Dans une démarche d'amélioration continue, les établissements qui déploient le TIBD sont encouragés à faire part de leurs expériences à la personne en coordination du Plateau à Santé Québec ainsi qu'à la coordination du TIBD au CIUSSS de la Capitale-Nationale.



CONCLUSION

S'inscrivant dans le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale (3), le TIBD représente une avancée permettant d'offrir aux personnes une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie, directement dans leur milieu de vie plutôt qu'en centre hospitalier, ainsi qu'une expérience de soins positive pour celles-ci et leurs proches.

Étant donné la complexité non négligeable du déploiement du TIBD, les établissements qui souhaitent l'implanter doivent préalablement s'arrimer avec la direction adjointe des services en santé mentale adulte, en psychiatrie légale et en milieu carcéral de Santé Québec et interpeller le CIUSSS de la Capitale-Nationale, mandaté pour les accompagner. Ce dernier offre un soutien tout au long du processus afin d'assurer une implantation en conformité avec le présent guide et en considération des spécificités régionales. Le déploiement du TIBD devrait être guidé par les éléments clés et les [critères minimaux](#) détaillés dans ce guide afin d'assurer un démarrage sécuritaire.

S'inscrivant dans une approche de système de santé apprenant, le contenu de ce guide est appelé à être affiné et bonifié en fonction des expériences vécues dans les différents milieux où le TIBD aura été implanté. Ce guide d'application est un point de départ et des mises à jour seront réalisées afin de mettre en lumière les développements qui suivront dans les années à venir. Ces mises à jour seront effectuées en collaboration avec les établissements déployant le TIBD et la coordination au CIUSSS de la Capitale-Nationale.



MÉDIAGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Troubles mentaux [en ligne]. 8 juin 2022. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Autoformation Mieux accueillir les personnes handicapées : le trouble de santé mentale [en ligne]. 2024. Disponible: <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/participation-sociale-personnes-handicapees/autoformation-mieux-accueillir-personnes-handicapees/trouble-sante-mentale>
3. Santé Québec. Cadre conceptuel : Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale - Plateau de services intégrés spécialisés. Québec : Santé Québec; 2025.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Considérer, intégrer, outiller. Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2024. Disponible: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>
5. Grand dictionnaire terminologique [en ligne]. Office québécois de la langue française. Partenaire. Disponible: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8378037/partenaire>
6. Santé Québec. Guide d'application : Accompagnement bref dans la communauté (ABC) – Une alternative à l'hospitalisation du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale. Québec : Santé Québec; 2025.
7. Santé Québec. Guide d'application: Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) – Une alternative à l'hospitalisation du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale. Québec : Santé Québec; 2025.
8. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2017. Disponible: https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_Sommaire_2017.pdf
9. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis resolution and home treatment in mental health. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
10. Martin-Iñigo L, Ortiz S, Urbano D, Teba Pérez S, Contaldo SF, Alvarós J, et al. Assessment of the efficacy of a Crisis Intervention Team (CIT): experience in the Esplugues Mental Health Center (Barcelona). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1 oct 2022;57(10):2109–2117. DOI: [10.1007/s00127-022-02250-w](https://doi.org/10.1007/s00127-022-02250-w)
11. Wright T, Andrew T. Art therapy in a Crisis Resolution/Home Treatment Team: Report on a pilot project. Int J Art Ther. 2017;22(4):180–189. <https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1306572>

12. Fortin G. Les relations entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux : une étude corrélationnelle [en ligne]. Chicoutimi: Université du Québec à Chicoutimi; 2020. Disponible: https://constellation.uqac.ca/id/eprint/5916/1/Fortin_uqac_0862_10705.pdf
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2022. Disponible: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
14. Giménez-Diez D, Maldonado-Alia R, Torrent-Solà L, Granel N, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022;(29):48-56. DOI: [10.1111/jpm.12738](https://doi.org/10.1111/jpm.12738)
15. Giménez-Díez D, Maldonado Alía R, Rodríguez Jiménez S, Granel N, Torrent Solà L, Bernabeu-Tamayo MD. Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* 2020;27(3):246-257. DOI: [10.1111/jpm.12573](https://doi.org/10.1111/jpm.12573)
16. Department of Health. The mental health policy implementation guide [en ligne]. 2001. Disponible: <https://intensivehometreatment.com/wp-content/uploads/2010/10/Mental-health-policy-implementation-guide-department-of-health-2001.pdf>
17. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Adv Psychiatr Treat.* mars 2013;19(2):115-123. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004192>
18. Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D, Fullarton K, Brown E, Paterson B, et al. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry.* 17 juil 2017;17(1):254. DOI: [10.1186/s12888-017-1421-0](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1421-0)
19. Rubio L, Lever Taylor B, Morant N, Johnson S. Experiences of intensive home treatment for a mental health crisis during the perinatal period: A UK qualitative study. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(1):208-218. DOI: [10.1111/inm.12774](https://doi.org/10.1111/inm.12774)
20. van Oenen FJ, Schipper S, Van R, Visch I, Peen J, Cornelis J, et al. Involving relatives in emergency psychiatry: An observational patient-control study in a crisis resolution and home treatment team. *J Fam Ther.* 2018;40(4):584-601. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12189>
21. Baumgardt J, Schwarz J, Bechdolf A, Nikolaidis K, Heinze M, Hamann J, et al. Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKTiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial. *BMC Psychiatry.* 19 avril 2021;21(1):199. DOI: [10.1186/s12888-021-03204-3](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03204-3)
22. Huang HCH, Taylor M, Carmichael A. The outcomes of home treatment for schizophrenia. *BJPsych Bull.* 2018;42(6):238-242. DOI: [10.1192/bjb.2018.56](https://doi.org/10.1192/bjb.2018.56)
23. Turhan S, Taylor M. The outcomes of home treatment for borderline personality disorder. *BJPsych Bull.* 2016;40(6):306-309. doi: [10.1192/bjp.bp.115.052118](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.052118)
24. Iqbal N, Nkire N, Nwachukwu I, Young C, Russell V. Home-based treatment and psychiatric admission rates: Experience of an adult community mental health service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16(4):300-306. DOI: [10.3109/13651501.2012.687450](https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687450)

25. Lalevic G, Suhail A, Doyle H. Home-based crisis team in North Cork service description and patient-related outcomes. *Ir J Psychol Med.* 2019;36(1):29–33. DOI: [10.1017/ijpm.2017.79](https://doi.org/10.1017/ijpm.2017.79)
26. Nwachukwu I, Nkire N, Russell V. Profile and activities of a rural home-based psychiatric treatment service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2014;18(2):125–130. DOI: [10.3109/13651501.2013.838631](https://doi.org/10.3109/13651501.2013.838631)
27. O'Keeffe B, Russell V. Home treatment services for acute mental disorders: An all-Ireland survey. *Ir J Psychol Med.* 2019;36(1):7–17. DOI: [10.1017/ijpm.2017.83](https://doi.org/10.1017/ijpm.2017.83)
28. Motteli S, Jager M, Hepp U, Wyder L, Vetter S, Seifritz E, et al. Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Who Benefits Most? *Community Ment Health J.* 2021;57(5):828–835. DOI: [10.1007/s10597-020-00618-3](https://doi.org/10.1007/s10597-020-00618-3)
29. Soldini E, Alippi M, Zufferey MC, Lisi A, Lucchini M, Albanese E, et al. Effectiveness of crisis resolution home treatment for the management of acute psychiatric crises in Southern Switzerland: A natural experiment based on geography. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):405. DOI: [10.1186/s12888-022-04020-z](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04020-z)
30. Blaehr EE, Madsen JV, Christiansen NLS, Ankersen PV. The influence of crisis resolution treatment on employment: a retrospective register-based comparative study. *Nord J Psychiatry.* 2017;71(8):581–588. DOI: [10.1080/08039488.2017.1365377](https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1365377)
31. Boisvert A, Bouffard AP, Paquet K. Le traitement intensif bref à domicile. *Santé Ment [en ligne].* 2016;204:68–72. Disponible: https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=bulletin_display&id=13497
32. Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2020;216(6):323–330. DOI: [10.1192/bjp.2019.31](https://doi.org/10.1192/bjp.2019.31)
33. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry.* avril 2015;15(74). DOI: [10.1186/s12888-015-0441-x](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x)
34. Gomis Zalaya O, Palma C, Hernando N. Domiciliary intervention in psychosis: a systematic review [en ligne]. *Actas Esp Psiquiatr.* nov 2017;45(6):290–302. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29199763/>
35. Bauer E, Kleine-Budde K, Stegbauer C, Kaufmann-Kolle P, Goetz K, Bestmann B, et al. Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. *BMC Psychiatry.* 2016;16:242. DOI: [10.1186/s12888-016-0945-z](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0945-z)
36. Biong S, Ness O, Karlsson B, Borg M, Kim HS. A crisis resolution and home treatment team in Norway: A longitudinal survey study Part 3. Changes in morbidity and clinical problems from admission to discharge. *Int J Ment Health Syst.* 11 sep 2012;6(1):17. DOI: [10.1186/1752-4458-6-17](https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-17)
37. Mind. Listenig to experience. An independant inquiry into acute and crisis mantal healthcare [en ligne]. 2011. Disponible: https://www.mind.org.uk/media-a/4377/listening_to_experience_web.pdf
38. Towicz M, Yang WX, Moylan S, Tindall R, Berk M. Hospital-in-the-Home as a Model for Mental Health Care Delivery: A Narrative Review. *Psychiatr Serv.* 1 déc 2021;72(12):1415–1427. DOI: [10.1176/appi.ps.202000763](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000763)

39. Carpenter RA, Tracy DK. Home treatment teams: what should they do? A qualitative study of patient opinions. *J Ment Health*. 2015;24(2):98–102. DOI: [10.3109/09638237.2015.1019046](https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019046)
40. Lloyd-Evans B, Paterson B, Onyett S, Brown E, Istead H, Gray R, et al. National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *Int J Ment Health Nurs*. févr 2018;27(1):214–226. DOI: [10.1111/inm.12311](https://doi.org/10.1111/inm.12311)
41. Quenum Y, Fakra E. Community treatment outreach teams in Saint-Etienne, France. *Ann Med-Psy*. 2018;176(1):70–73. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.11.007>
42. Hannigan B. "There's a lot of tasks that can be done by any": Findings from an ethnographic study into work and organisation in UK community crisis resolution and home treatment services. *Health Interdiscip J Soc Study Health (London)*. 2014;18(4):406–21. DOI: [10.1177/1363459313501359](https://doi.org/10.1177/1363459313501359)
43. Hasselberg N, Holgersen KH, Uverud GM, Siqveland J, Lloyd-Evans B, Johnson S, et al. Fidelity to an evidence-based model for crisis resolution teams: a cross-sectional multicentre study in Norway. *BMC Psychiatry*. 4 mai 2021;21(1):231. DOI: [10.1186/s12888-021-03237-8](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03237-8)
44. Karlsson B, Borg M, Biong S, Ness O, Kim HS. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study. Part 2, Provision of professional services [en ligne]. *Int J Ment Health Syst*. 2012;6:14. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-14>
45. L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Pair-aidance [en ligne]. s. d. [cité le 7 fév 2025]. Disponible: <https://www.aqrp-sm.org/pair-aidance>
46. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). Dossier pairs-aidants et intervention en santé mentale [en ligne]. s. d. [cité le 7 fév 2025]. Disponible: <https://cremis.ca/publications/dossiers/intervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/>
47. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H, Hynnekleiv T. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. *Nord J Psychiatry*. nov 2022;76(8):565–574. DOI: [10.1080/08039488.2022.2029941](https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2029941)
48. Gouvernement du Québec. Code des professions. Chapitre C-26 [en ligne]. Disponible: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-26>
49. Careau E, Brière N, Dumont S, Maziade J, Paré L, Deseaulniers M, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif [en ligne]. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2018 [cité le 10 fév 2025]. Disponible: <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/RCPI/Guide-continuum-pratique-CIP.pdf>
50. Renaud S, Drolet MJ. Transdisciplinarité et pratique clinique en santé mentale : quels enjeux éthiques ? *Enjeux Société*. 2023;10(1):244–272. <https://doi.org/10.7202/1098705ar>
51. La collaboration intersectorielle (CIS) [en ligne]. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; 2024 [cité le 10 fév 2025]. Disponible: <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/RCPI/pratiques-collaboratives/CIS>

52. Heath DS. Home treatment for acute mental disorders, an alternative to hospitalization. New York (NY): Brunner-Routledge; 2005.
53. Champs d'application de la télésanté [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2024 [cité le 10 fév 2025]. Disponible: <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/telesante/champs-dapplication>
54. Watanabe J, Teraura H, Nakamura A, Kotani K. Telemental health in rural areas: a systematic review. *J Rural Med*. 2023;18(2):50–54. DOI: [10.2185/jrm.2022-059](https://doi.org/10.2185/jrm.2022-059)
55. Morland LA, Poizner JM, Williams KE, Masino TT, Thorp SR. Home-based clinical video teleconferencing care: Clinical considerations and future directions. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):504–512. DOI: [10.3109/09540261.2015.1082986](https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1082986)
56. Appleton R, Williams J, Vera San Juan N, Needle JJ, Schlieff M, Jordan H, et al. Implementation, adoption, and perceptions of telemental health during the COVID-19 pandemic: systematic review. *J Med Internet Res*. 2021;23(12):e31746. DOI: [10.2196/31746](https://doi.org/10.2196/31746)
57. Reinhardt I, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J. Use of Telepsychiatry in Emergency and Crisis Intervention: Current Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(8):63. DOI: [10.1007/s11920-019-1054-8](https://doi.org/10.1007/s11920-019-1054-8)
58. Nelson D, Inghels M, Kenny A, Skinner S, McCranor T, Wyatt S, et al. Mental health professionals and telehealth in a rural setting: a cross sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 27 fév 2023;23(1):200. DOI: [10.1186/s12913-023-09083-6](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09083-6)
59. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. juin 2022;21(2):220–236. DOI: [10.1002/wps.20962](https://doi.org/10.1002/wps.20962)
60. Rains LS, Dalton-Locke C, Landau S, Needle JJ, Johnson S. Variations in the uptake of telemental health technologies in community and crisis mental health services during the early pandemic: a survey of mental health professionals in the UK. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):776. DOI: [10.1186/s12888-022-04385-1](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04385-1)
61. Witteveen A, Young S, Cuijpers P, Ayuso-Mateos J, Barbui C, Bertolini F, et al. Remote mental health care interventions during the COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Behav Res Ther*. 2022;159:104226. DOI: [10.1016/j.brat.2022.104226](https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104226)
62. Marwick KFM, Dhillon N, Proven I. Providing Home Treatment for Acute Mental Illness During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Serv*. juil 2022;73(7):834–837. DOI: [10.1176/appi.ps.202100269](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100269)
63. Gouvernement du Québec. Loi sur le développement durable, RLRQ, ch. D-8.1.1 (2024), ch. II, art. 6.
64. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé [en ligne]. Organisation mondiale de la santé; 2009. Disponible: <https://iris.who.int/handle/10665/44083>
65. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2010. Disponible: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>

66. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129–136. DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
67. Commission de la santé mentale du Canada. Mettre le rétablissement en pratique. Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement [en ligne]. Santé Canada; 2020. Disponible: <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Mettre-le-retablissement-en-pratique-Une-introduction-au-Guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement.pdf>
68. Massa H. Fondements de la pratique de l'approche systémique en travail social [en ligne]. Les Cahiers de l'Actif. 2002;(308–309):9–28. Disponible: https://irts-poitou-charentes.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=33131
69. Bergeron-Leclerc C, Pouliot E, Gargano V. Le travail social centré sur les forces : diversité et possibilités dans la pratique contemporaine [en ligne]. *Intervention*. 28 juin 2021;153:5–17. Disponible : https://constellation.uqac.ca/id/eprint/7619/1/ri_153_2021.2_Bergeron-Leclerc_Pouliot_Gargano.pdf
70. Khoury E, Chaput M. L'approche par les forces en santé mentale : entre confrontation et découverte sur le terrain [en ligne]. *Intervention*. 2021;(153):46–60. Disponible: https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2021/06/ri_153_2021.2_Khoury_Chaput.pdf
71. Gottlieb L. L'approche des sciences infirmières et de la santé fondée sur les forces. Version abrégée. Montréal (QC): ERPI; 2022.
72. Institut national de santé publique du Québec. L'approche de réduction des méfaits [en ligne]. 2012. Montréal (QC): Institut national de santé publique du Québec; 10 avril 2012. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>
73. Languerand E. L'entretien motivationnel : une attitude relationnelle [en ligne]. *Santé Ment*. 2012;(164). Disponible: <https://www.santementale.fr/2012/01/l-entretien-motivationnel-une-attitude-relationnelle/>
74. Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S, dir. Pratique de l'entretien motivationnel en santé mentale. Malakoff (FR) : InterÉditions-Dunod; 2024. 432 p.
75. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. Modèle cognitivo-comportemental. Guide pratique : éducation psychologique et autosoins [en ligne]. s.d. [cité 10 le fév 2025]. Disponible: https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/06/b1_0.pdf
76. Villeneuve L. Le suivi systématique de clientèles : une solution infirmière. Montréal (QC) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction de la planification et du développement professionnel; 1996.
77. Nadon M, Thibault C. Suivi systématique de clientèles : expériences d'infirmières et recension des écrits. Montréal (QC) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 1993. 141 p.
78. Phaneuf M. Le suivi systématique des clientèles – Pour des soins centrés sur la personne. 2012.

79. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Guide de soins et de services – SSCA [en ligne]. Montréal (QC) : Centre intégré universitaire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2013. Disponible : https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/fileadmin/intranet/soins-services/dsi/Outils_cliniques/Programmes_guides_cadres_de_reference/IUSMM/Guide-ssca-v2013.pdf
80. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La force des liens. Orientations relatives à l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte en santé mentale de première ligne en CSSS [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2011. Disponible: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>
81. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « Administration provinciale ». Guide pour le personnel œuvrant à l'extérieur de l'établissement [en ligne]. 2021 [cité le 17 fév 2025]. Disponible: <https://apssap.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/APSSAP-Guide-PreventionViolence-finale.pdf>

ANNEXE 1 : APPROCHES PRIVILÉGIÉES AU TIBD

Éléments de définition	Exemples dans l'intervention ⁵⁸
Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (64,65)	<p>Cadre conceptuel selon lequel les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les facteurs sociaux et économiques qui influencent l'état de santé des individus, permettent de comprendre l'origine d'un problème de santé qui peut sembler individuel à priori, et d'en dégager les causes structurelles.</p> <p>Cela implique de dégager les priorités d'intervention en agissant sur les causes, et non seulement sur les manifestations et les conséquences des problèmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Déetecter les sources de stress ou les éléments liés au milieu de vie qui peuvent contribuer à l'exacerbation des symptômes actifs et mettre en place des stratégies pour les limiter. Orienter les personnes à risque d'itinérance ou qui deviennent en situation d'itinérance en cours de suivi vers des services d'aide complémentaires au TIBD (p. ex. : travailleur de rue, ressource qui offre un service ponctuel d'hydratation, de réchaud, ou d'hébergement). Réaliser avec la personne les démarches pertinentes afin d'assurer l'accès à un logement abordable, sécuritaire et convenable (p. ex. : plainte au tribunal administratif du logement, demande d'accès à un logement à prix modique). Offrir un soutien à l'accès à un revenu (p. ex. : demande de prestations d'assurance-emploi ou d'aide sociale, lien avec les intervenantes et intervenants responsables du traitement de la demande pour en assurer l'instauration). Offrir un soutien à l'accès à une couverture d'assurance médicaments (p. ex. : appel aux compagnies ou au programme désigné afin de régulariser le service ou de l'octroyer en priorité). Se concerter avec l'employeur ou le personnel enseignant pour les sensibiliser à la situation actuelle de la personne, identifier les stratégies à privilégier dans le contexte et instaurer des adaptations pour favoriser le maintien en emploi ou aux études. Soutenir la restauration des liens avec le réseau social et familial en impliquant dès le début du suivi toutes les personnes désignées par la personne utilisatrice et en se concertant régulièrement avec celles-ci.
Modèle biopsychosocial (66)	<p>Modèle selon lequel les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de problèmes de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser l'évaluation et les interventions auprès des personnes en combinant différentes expertises (p. ex. : médicales, infirmières, psychosociales), en s'assurant de couvrir l'ensemble des dimensions biopsychosociales. Favoriser la tenue régulière de rencontres d'équipe afin de susciter le partage de connaissances dans une perspective d'interdisciplinarité. Impliquer systématiquement un membre du personnel infirmier et psychosocial dans les rencontres d'évaluations initiales.

58 Ce tableau répertorie des exemples d'interventions, mais n'est pas exhaustif. De plus, certaines interventions peuvent être liées à plus d'une approche.

Éléments de définition	Exemples dans l'intervention ⁵⁸	
<p>Approche centrée sur le rétablissement (67)</p>	<p>Approche qui renvoie à la possibilité pour une personne de mener une vie satisfaisante selon ses propres critères et d'apporter une contribution à la société en dépit de symptômes causés par un problème de santé mentale.</p> <p>Fondées sur l'espoir et sur le développement du pouvoir d'agir, les pratiques orientées vers le rétablissement sont adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner la personne dans la mise en place et l'essai de stratégies différentes de celles identifiées et privilégiées par l'équipe clinique (p. ex. : maintenir le suivi et les contacts avec la personne alors qu'elle s'absente pour réaliser une retraite spirituelle, un voyage familial à l'extérieur du pays). Planifier les interventions en tenant compte des objectifs de la personne (p. ex. : planifier un changement ou un ajustement de médication lorsqu'un travail pour l'école sera finalisé ou après un séjour en famille). Accompagner la personne dans la reprise graduelle de ses rôles sociaux (p. ex. : rôle parental, vie de couple, études, emploi) malgré la présence de symptômes actifs. Cultiver l'espoir auprès de la personne (p. ex. : évoquer le cheminement positif vécu par d'autres personnes suivies au TIBD, aborder les projets de vie, rêves et aspirations). Intervenir dans une perspective d'amélioration des conditions de vie de la personne et de lutte contre la stigmatisation (p. ex. : faire de l'enseignement, sensibiliser et outiller l'entourage, orienter vers des activités et services non spécifiques à la santé mentale).
<p>Approche systémique (68)</p>	<p>Approche qui mise sur la compréhension des différents systèmes (p. ex. : réseau social, professionnel ou scolaire) dans lesquels évolue la personne.</p> <p>Cela implique de porter une attention aux dynamiques et aux relations dans les différents systèmes, ainsi que d'identifier les dynamiques ou les interactions qui contribuent à la situation problématique. Par la suite, l'intervention consiste à susciter un changement de dynamique qui mènera à une résolution des problèmes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dans le respect du consentement de la personne, organiser une rencontre avec l'employeur ou l'institution scolaire fréquentée par la personne de sorte que la situation soit mieux comprise. Offrir un soutien aux proches de la personne (en individuel ou en les impliquant dans les rencontres entre la personne utilisatrice et l'équipe). Explorer les dynamiques familiales et conjugales complexes (p. ex. : aborder les frontières, les rôles de chacun au sein du système). Accompagner la personne dans les enjeux rencontrés avec les différents systèmes (p. ex. : représentation des droits auprès des instances gouvernementales, régularisation du statut migratoire). Considérer la culture d'origine de la personne et sa connaissance de la culture québécoise afin d'adapter les interventions (p. ex. : modifier le vocabulaire utilisé, offrir plus de temps à la personne, la questionner sur le fonctionnement dans son pays d'origine, faire appel à l'expérience des proches).
<p>Approche centrée sur les forces (69-71)</p>	<p>Approche qui mise sur les forces de la personne plutôt que sur la maladie ou les déficits. La pratique vise à repérer et à mobiliser les forces de la personne en vue de l'atteinte des objectifs d'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aborder dès la première rencontre les champs d'intérêt de la personne, les activités ou rôles sociaux qu'elle souhaite maintenir pour en tenir compte dans la planification et la mise en œuvre de l'intervention. Réaliser une activité sociale, sportive ou artistique liée aux forces et compétences de la personne. Profiter des occasions qui se présentent pour refléter les forces de la personne et de son environnement. Accompagner une personne qui ne peut retourner à l'emploi à définir comment elle pourrait occuper son temps de manière constructive en accomplissant un rôle social valorisant selon ses propres critères (p. ex. : bénévolat).

Éléments de définition	Exemples dans l'intervention ⁵⁸
Approche de réduction des méfaits (72)	<p>Approche qui repose sur la réduction des risques ou des conséquences négatives liées à certains comportements, plutôt qu'à l'élimination complète du comportement. Elle est souvent associée à la dépendance, mais ne s'y limite pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inviter la personne à être transparente avec l'équipe quant à sa consommation et à établir un objectif par rapport à celle-ci (p. ex. : ne pas augmenter la consommation, consommer une seule substance à la fois). Adapter le traitement aux habitudes de consommation de la personne (p. ex. : éviter les molécules sédatives en cas de consommation importante d'alcool ou d'opiacés, proposer des traitements de substitution). Accompagner la personne vers les services qui prônent la réduction des méfaits (p. ex. : centre d'injection supervisée, ressources pour les personnes vivant une situation de prostitution). Distribuer des trousse de naloxone et fournir de l'enseignement entourant la prévention des surdoses. Opter pour un traitement pharmacologique jugé moins efficace selon l'équipe médicale, mais accepté par la personne, afin de maintenir le lien thérapeutique. Diminuer la fréquence ou la durée des contacts pour maintenir le lien thérapeutique. Soutenir la personne dans sa décision de maintenir son emploi, tout en l'a aidant à diminuer sa charge de travail, pour éviter des problèmes financiers en lien avec l'épisode de maladie.
Approche motivationnelle (73,74)	<p>Approche qui vise à renforcer la motivation d'une personne et sa disposition au changement.</p> <p>L'intervention consiste à accompagner la personne dans l'exploration et la résolution de ses ambivalences, l'expression de ses motivations et le renforcement de ses capacités de changement.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les motivations de la personne à accepter un suivi TIBD plutôt que l'hospitalisation régulière, lorsque pertinent. Placer la personne au centre des décisions qui la concernent (p. ex. : établissement des objectifs du suivi, plan de traitement, niveau d'accompagnement souhaité, planification des services qui prendront le relais après le TIBD). Débuter par des interventions psychosociales ayant une valeur ajoutée tangible pour la personne. Accompagner la personne dans l'identification d'objectifs dans le cadre de son projet de vie et dans la mise en place de celui-ci (p. ex. : maintien en emploi, amélioration des conditions de vie, stabilité résidentielle). Réaliser une balance motivationnelle avec la personne en lien avec les options de traitement, afin d'aborder son ambivalence à la prise du traitement et d'identifier l'option qui lui convient. Reconnaitre les expériences de soins antérieures de la personne et de ses proches perçues comme négatives. Favoriser une expérience positive de soins et, par le fait même, la réaffiliation avec le RSSS.
Approche cognitivo-comportementale (75)	<p>Approche basée sur le lien étroit entre les comportements, les pensées, les émotions ainsi que les réactions physiologiques face à une situation. Elle vise à examiner la façon dont les personnes interprètent les événements qui surviennent et les effets de leurs perceptions sur leurs émotions.</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan d'exposition graduelle, en collaboration avec la personne, où le soutien de l'équipe est plus important dans les premières étapes et diminue graduellement. Accompagner quotidiennement la personne dans sa mise en action (p. ex. : aller marcher, reprendre une activité). Enseigner à la personne comment reconnaître les distorsions cognitives. Utiliser des outils de restructuration cognitive avec la personne afin qu'elle puisse appliquer ces techniques au quotidien.

ANNEXE 2 : CONTENU DE LA BOÎTE À OUTILS

Aide-mémoire pour établir un plan de non-réponse : guide les membres de l'équipe dans l'harmonisation des pratiques entourant la prévention et l'intervention en contexte de non-réponse d'une personne en suivi au TIBD.

Aspects à considérer pour déterminer l'admissibilité : décrit les aspects à considérer et les points de vigilance spécifiques au TIBD lors de l'évaluation de l'admissibilité.

Déterminer la capacité d'intégration hebdomadaire : fournit les principales variables à considérer lors de l'analyse de la capacité de l'équipe à intégrer de nouvelles personnes en suivi, et permet également de planifier les disponibilités d'intégration pour la semaine suivante.

Faits saillants – Guide d'application du Traitement intensif bref à domicile (TIBD) : synthétise les messages clés à retenir des orientations et modalités énoncées dans le guide d'application du TIBD.

Gabarit de mise en œuvre : vise à outiller les établissements qui implantent le TIBD, en identifiant les étapes essentielles pour réaliser le déploiement. Il pourra être adapté ou bonifié par les établissements selon leurs réalités régionales.

Horaire typique : donne un aperçu du déroulement des quarts de travail, de jour et de soir, pour le personnel infirmier et le personnel psychosocial au TIBD.

Modulation de l'intensité de suivi : vise à alimenter les réflexions et les échanges dans le but de déterminer l'intensité de suivi requise, c'est-à-dire moduler les contacts à la hausse, à la baisse ou bien de ne pas modifier l'intensité.

Plan de bonification des connaissances et des compétences : présente les formations de base nécessaires pour offrir des soins sécuritaires au TIBD, et ce, tant pour une équipe au démarrage que pour une équipe implantée qui intègre du nouveau personnel.

Plan de cheminement clinique : permet la coordination du suivi systématique de la clientèle dans la pratique quotidienne au TIBD. Il détaille les interventions et actions devant être réalisées auprès des personnes, de leurs proches et des partenaires, à l'intégration, pour chacune des phases de suivi, ainsi qu'à la fermeture de l'épisode de soins et services.

Plan de communication et de gestion du changement : propose des stratégies pour impliquer les parties prenantes clés tout au long du processus de déploiement et les informations à diffuser selon les différentes phases du projet.

Plan de travail : offre un accès rapide aux informations cliniques essentielles, notamment lors des contacts avec les personnes, leurs proches et les partenaires au dossier.

Recension des écrits : résume les résultats de la recension des écrits réalisée pour alimenter l'élaboration du modèle clinique préliminaire TIBD ainsi que l'élaboration subséquente du guide d'application TIBD.

Rencontres interdisciplinaires : fournit des précisions sur les actions à mettre en place lors des rencontres interdisciplinaires au TIBD, le contenu à aborder ainsi que les astuces favorisant l'efficacité de ces rencontres.

Responsabilités des infirmières et infirmiers pivots : décrit le rôle et les responsabilités des infirmières et infirmiers pivots au TIBD.

Rôles et responsabilités de l'ASI/ICASI : décrit les rôles et responsabilités de l'ASI/ICASI dans le contexte de pratique du TIBD, en complément de la documentation existante.

Tableau de bord : offre une vue d'ensemble de la cohorte des personnes suivies.

Tableau des visites : permet de planifier de manière provisoire l'horaire quotidien des contacts en fonction des ressources humaines disponibles ainsi que des besoins, des obligations et des préférences de la clientèle.

Vignettes cliniques : permet d'alimenter les échanges en équipe et d'exercer le jugement clinique à partir de situations cliniques rencontrées au TIBD.

LEXIQUE

Membres de l'équipe

Tout le personnel de l'équipe TIBD incluant, le personnel infirmier, le personnel psychosocial, les psychiatres, les pharmaciennes ou pharmaciens, le personnel administratif et les gestionnaires.

Membres de l'équipe clinique

Personnel clinique de l'équipe, excluant le personnel administratif et les gestionnaires.

Partenaires

Organisation avec laquelle une autre organisation collabore pour atteindre des objectifs convenus en commun (5). Plus précisément, dans ce document, le terme « partenaires » fait référence aux services du RSSS (p. ex. : cliniques PPEP, urgences), aux organismes communautaires (p. ex. : centres de crise, dépannage alimentaire) ou à d'autres services offerts dans la communauté (p. ex. : services policiers).

Plateau

Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale qui inclut les services Accompagnement bref dans la communauté (ABC), Unité d'interventions brève en psychiatrie (UIBP) et Traitement intensif bref à domicile (TIBD) (3).

Proches

« La notion de proche est envisagée dans une perspective globale et inclusive. Ainsi, l'appellation proche peut désigner largement tous les membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée) ainsi que le conjoint, la parenté, les amis, les voisins, les employeurs, les collègues de travail, etc. Leur implication peut parfois se présenter par un soutien intensif ou encore une présence discrète, mais constante. Les proches sont identifiés par la personne et constituent son réseau de soutien dans son regard à elle. » (4)

Santé mentale

« État de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (1)

Trouble de santé mentale

État de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse. (2)

