

UN PSYCHIATRE À DOMICILE!



Ayant vu le jour en août 2009, le service de **Traitement intensif bref à domicile (TIBD)** permet de suivre dans leur milieu de vie des adultes atteints de troubles psychotiques. Ce programme propose une thérapie brève d'une durée de six à sept semaines comprenant jusqu'à quatre visites par jour, ce qui équivaut à des soins intrahospitaliers.

Les objectifs du TIBD sont de diminuer la fréquence et la durée du recours aux services d'urgence ainsi que les séjours en milieu



Marie-Michelle Fiset
et Esther Gagnon,
chef du projet TIBD.

hospitalier. Il permet autant que possible de traiter les patients à domicile durant un épisode de désorganisation. Ce système assure également l'ajustement rapide de la médication ainsi que le suivi par un psychiatre et une équipe qui se déplacent au domicile de la personne. En outre, il offre le soutien nécessaire aux familles et aux proches. Entre le 10 août 2009 et le 11 septembre 2010, cette nouvelle

approche a permis de prévenir 58 hospitalisations et d'en écourter 26 autres. Selon certains chercheurs, la communauté devrait être le lieu privilégié pour dispenser des soins, et non l'hôpital, puisque c'est dans son milieu de vie que la personne rencontre des difficultés au quotidien.

En plus du psychiatre, l'équipe du TIBD est composée de sept infirmières et d'une travailleuse sociale. Selon l'une des conceptrices du projet, l'infirmière clinicienne Marie-Michelle Fiset, la contribution de l'infirmière est optimale en ce qui concerne l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi des cas complexes.

L'infirmière accomplit également un travail de prévention des rechutes et de planification des stratégies à adopter afin de gérer une décompensation mentale. « Elle peut ajuster au besoin le traitement pharmacologique en appliquant sans délai l'ordonnance du médecin au domicile de la personne, précise M^{me} Fiset. De plus, elle utilise des approches concrètes axées sur la résolution de problèmes urgents et jugés prioritaires. » ■ **Francine Fiore**

Ce projet a valu à ses conceptrices et à toute l'équipe le Prix Innovation clinique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec.

MED-EVAC, UN SERVICE AÉRIEN



Albert Beaudoin, ambulancier, et Lori Ransom, infirmière.

La Basse-Côte-Nord étant une région éloignée, parfois même dépourvue de réseau routier entre certains villages, la présence d'un service de transport aérien accompagné d'infirmières spécifiquement formées pour l'évacuation des malades est, il va sans dire, très appréciée.

Ainsi, le **Service d'évacuation aéromédicale (med-evac)** du Centre de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord (CSSSBCN) a été créé afin d'assurer, dans les meilleurs conditions possibles, l'évacuation médicale d'urgence des gens de cette région qui sont dans un état critique.

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est un centre de stabilisation qui doit souvent transférer des patients à l'extérieur du territoire, expliquent les conceptrices du projet. Ce mode de transport répond donc à un besoin précis, non seulement en ce qui concerne l'évacuation, mais aussi la formation des infirmières qui accompagnent les patients lors des transferts. Auparavant, des infirmières œuvrant sur le terrain devaient quitter leur poste pour assister les patients dans l'avion.

« Ce service repose sur huit infirmières disponibles 24 h/7j selon un horaire de garde préétabli, explique Véronique Bélanger, l'une des infirmières qui a participé au projet. Ce système convient donc aux patients qui ne peuvent être traités sur place ou voyager sur un vol régulier. » Auparavant, les infirmières qui effectuaient les transferts médicaux n'avaient à leur disposition que l'hélicoptère et la motoneige, car l'avion du gouvernement ne peut se poser sur toutes les pistes.

La rapidité et l'accessibilité de ce service aéromédical a donc permis de réduire le taux de mortalité et de morbidité en stabilisant et en transférant plus efficacement les patients vers des centres hospitaliers spécialisés. Pour l'année 2007-2008, 185 transferts ont été effectués, en 2008-2009, 224 et en 2009-2010, 198.

Ce modèle est facilement exportable dans toute région éloignée.

Il favorise l'autonomie, le jugement clinique, le leadership et la débrouillardise de l'infirmière. ■ F.F.

Ce projet a valu aux infirmières Sylvie Auger et Carolle Veilleux et à toute leur équipe le Prix Innovation clinique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Basse-Côte-Nord.