

NOTE INFORMATIVE (10-10)

Utilisation d'une équipe d'intervention mobile de crise psychiatrique dans la prévention des hospitalisations

Note préparée par

*Diane Lalancette, M.A. agente de planification, programmation et recherche
Alain Rioux, Ph D, directeur adjoint à la qualité, gestion des risques et ETMIS
Collaboratrice :*

Mélinda Morency, technicienne en documentation

1. CONTEXTE ET OBJECTIF

Le nombre de personnes qui se présentent aux salles d'urgence psychiatrique est important. Les conséquences associées à la présence d'un problème de santé mentale grave chez ces personnes entraînent un état de vulnérabilité tel qu'une intervention rapide, voire immédiate, peut devenir nécessaire. Les salles d'urgence des hôpitaux sont souvent perçues comme le premier recours pour ces personnes en crise et pour leurs proches. Toutefois, l'hospitalisation n'est pas sans présenter des conséquences négatives pour les utilisateurs et leurs proches alors que la disponibilité des lits d'hospitalisation demeure limitée.

Dans le cadre de la collaboration de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé à la prise de décision, la direction générale adjointe lui a adressé la question suivante : ***L'utilisation d'une équipe mobile d'intervention en situation de crise psychiatrique peut-elle permettre la prévention des hospitalisations.*** La présente démarche se veut une exploration sommaire des alternatives à l'hospitalisation rapportées dans la littérature pour les personnes présentant une problématique de santé mentale se retrouvant en situation de crise. L'objectif poursuivi s'inscrit dans une perspective de prévention de l'augmentation croissante du recours à l'hospitalisation de même que d'offrir aux utilisateurs de services une réponse plus optimale à leurs besoins.

2. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET MÉTHODOLOGIE

Une recherche documentaire a été réalisée auprès de différentes sources de données électroniques faisant état des données probantes et de recherches scientifiques¹. De plus, afin d'élargir la démarche d'exploration, il a été convenu de recourir également à l'utilisation des documents faisant état de ressources correspondant au sujet de recherche et ayant été rendus disponibles pour le grand public sur Internet par les instances concernées.

¹ Voir la stratégie de recherche située à l'annexe A section 2

3. LIMITES DE LA RECHERCHE

La présente activité d'exploration, compte tenu de la limite de temps disponible pour sa réalisation, ne permet pas la présentation d'une liste exhaustive des alternatives à l'hospitalisation utilisées auprès de la clientèle ciblée. Ainsi, les alternatives rapportées dans le présent document représentent une liste fragmentaire des réponses de réseaux de la santé aux besoins de la clientèle. Une exploration plus approfondie des différentes alternatives à l'hospitalisation demeure pertinente pour une vision complète de ce qui est offert.

4. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire a permis de mettre en évidence une multitude de services pouvant être offerts aux personnes en amont de l'hospitalisation. L'ensemble de ces services a pour objectifs de réduire les hospitalisations tout en offrant aux personnes une réponse davantage adaptée à leurs besoins spécifiques.

Le tableau se retrouvant à l'annexe B du présent document présente une liste incomplète et abrégée des services proposés aux personnes présentant un état de crise consécutif à la présence d'une problématique de santé mentale.

Enfin, le réseau de consultation sur la santé mentale, fédéral, provincial et territorial a mandaté en 1997 l'Unité de recherche sur les systèmes de santé Institut psychiatrique Clark afin de répertorier les meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale. Ces derniers ont notamment classifié l'offre de service pour les personnes en crise en un système d'intervention en cas de crise qui offre différentes ressources à ces personnes en lien avec l'intensité des besoins qu'ils présentent. D'après cette organisation des soins, l'hospitalisation intervient lorsque l'ensemble de ces services ne peut répondre aux besoins spécifiques de ces personnes. Ces informations ont été regroupées à la fin du tableau de l'annexe B.

5. DISCUSSION

Parmi les limites de la présente analyse, il convient de rappeler que les informations recueillies et rapportées ici ne font l'objet d'aucune analyse quant à leur contenu puisque le temps disponible ne le permettait pas. En outre, lors de la consultation rapide de la littérature, une étude randomisée retrouvée sur Cochrane fait état d'une constatation à l'effet qu'aucune baisse d'hospitalisations ne serait constatée suite à la mise en place des équipes mobiles d'intervention en situation de crise en amont de l'hospitalisation. Cette situation nécessite une étude plus approfondie de ce qui entraîne cette constatation et des recommandations liées à cette constatation d'autant plus que les effets recherchés touchent précisément cet aspect.

6. CONCLUSION

Les résultats de cette activité fragmentaire et rapide de recherche documentaire doivent être utilisés avec précautions en raison du caractère incomplet de la démarche. Ainsi, l'analyse des différents éléments retrouvés de même qu'une recherche plus approfondie

quant aux alternatives utilisées ailleurs dans le monde semblent nécessaires avant de tirer une quelconque conclusion quant aux choix d'alternatives à l'hospitalisation. Cependant, la présente démarche a permis de mettre en relief l'existence de mesures alternatives qui, bien que ne semblant pas diminuer significativement les hospitalisations, semblent pouvoir permettre de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes nécessitant une aide immédiate.

Une **NOTE INFORMATIVE** vise à transmettre rapidement aux gestionnaires, cliniciens et professionnels de la santé présente des informations destinées aux gestionnaires, cliniciens et professionnels de la santé un court résumé d'informations issues de sources électroniques offrant de l'information fondée sur des preuves scientifiques ou des informations réglementaires concernant des technologies ou des modes d'intervention. Le document ne fait pas l'objet d'un examen critique par des lecteurs externes et des experts. Il n'est pas soumis à l'approbation du Conseil scientifique de l'UETMIS.

Ce document présente les informations disponibles au 6 octobre 2010 selon la méthodologie de recherche documentaire retenue.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et de son personnel à l'égard des informations transmises. En conséquences, l'Institut et l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

ANNEXE A- La stratégie de recherche documentaire

1. SOURCES D'INFORMATIONS

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2009) La transformation des services en santé mentale Les services de crise et d'urgence psychiatrique pour adulte. La force du lien

Centre d'accueil et de crise: l'expérience (2009). La Voix du Nord.

Crisis Intervention (2004). Mobile Crisis Team.
<http://www.nyc.gov/html/doh/html/cis/cis/mct.shtml>

Currier, GW MD MPH, Fisher, SG., PhD, Caine, ED., MD (2009). Mobile Crisis Team Intervention to Enhance Linkage of Discharged Suicidal Emergency Department Patients to Outpatient Psychiatric Services: A Randomized Controlled Trial, Society for academic Emergency Medicine.

Dawe, I. MHS, MD, FRCPS (2003). Les urgences psychiatriques, nouvelles tendances et enjeux de formation. Énoncé de principe de l'APC. La revue Canadienne de psychiatrie, vo 49, no 5

Mental health mobile crisis team. A partnered crisis support service of Capital health IWK Health Centre, Halifax Regional Police and Nova Scotia Department of Health. Document de présentation des services disponibles sur le Web.

Psychiatric Emergency Response Team (PERT). (2005). Program and Expenditure Plan Draft for Public Review and Comment. Sacramento County MHSACSS

Robin, M. et coll. (2008). Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. Social Psychiatry psychiatric Epidemiology, vol 43, no 6.

Robin, M. et collaborateurs (2001). Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. Thérapie Familiale 2001\2, 22, p. 133-151.

Unité de recherche sur les systèmes de la santé Institut psychiatrique Clarke, (1997). Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale. Examen de la documentation.

ANNEXE A- La stratégie de recherche documentaire (SUITE)

2. Stratégies d'interrogation des bases de données bibliographiques

Limites :

Langues : Anglais ou français

Type de documents : guides de pratique, essais cliniques, essais cliniques randomisés, revue, méta-analyses, documents de présentation rendus disponibles au grand public par les personnes responsables des ressources concernées.

Sources consultées :

Pubmed

Cochrane

Medline

Google

Mots clés :

Urgence psychiatrique mobile

Équipe de crise psychiatrique

Équipe mobile de crises psychiatrique

Psychiatric mobile emergency

Mobile psychiatric emergency team

Psychiatric crisis team

ANNEXE B Présentation sommaire de mesures alternatives à l'hospitalisation

NOM DU MODÈLE	LOCALISATION	PERSONNES CLÉS	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	CLIENTÈLE	SERVICES OFFERTS	ORGANISATION DES SERVICES	DATE	RÉSULTATS RAPPORTÉS
Équipe rapide d'intervention de crise ERIC²	Rattaché au Centre hospitalier Charcot France	Directeur du programme Dr S. Kannas	4 équivalents temps plein psychiatre 1 cadre soignant 17 infirmiers 3 psychologues 1 secrétaire 10 autres psychiatres de l'établissement assurent garde nuit et fin sem. Population 300 000	Personnes présentant urgence psychiatrique, Médico-psychologique, Médico-sociale aiguë	Contact téléphonique (évaluation) Visite dans le milieu Suivi post-urgence durée maximale 1 mois Référence aux ressources du réseau selon besoins identifiés Collaboration avec la famille et les policiers	Demande de services présentée par les professionnels partenaires (médecins généralistes, policiers, travailleurs sociaux, éducateurs, pompiers, etc.) 24 heures sur 24 / 365 jours par année Travail des intervenants en binôme Modèle d'intervention systémique	1994	Permettrait de diminuer le recours à l'hospitalisation selon les professionnels d'ERIC 37 % des personnes référées sont hospitalisées après intervention 59 % restent à domicile 3 % refusent l'intervention (Il n'y a cependant pas de diminution notable des hospitalisations dans le pavillon correspondant au territoire d'intervention alors que, selon les professionnels du programme, plus d'une hospitalisation sur deux aurait été évitée) ERIC toucherait dans les faits une population ayant peu recours au système de soins spécialisés ce qui pourrait expliquer en partie l'absence de diminution des hospitalisations constatées, ces dernières pouvant s'adresser à une clientèle différente
Centre de crise	Dans la communauté (Québec, Montréal, etc.)		Travailleurs sociaux, psychoéducateurs, intervenants spécialisés en délinquance, psychologues	Adultes en état de détresse psychologique ou psychosociale	Accueil et intervention téléphonique Intervention rapide sur les lieux de la crise (moins de 20 min.) Évaluation Intervention Référence Hébergement de courte durée (max. 2 semaines) Urgence psychiatrique Suivi post-crise (durée maximale de 4 à 12 semaines)	24 heures par jour 7 jours sur 7		
Centre d'accueil et de crise (CAC)	France Dans la communauté ou au sein de l'hôpital général		Médecin spécialiste en psychiatrie Psychologues Infirmiers Assistant social	Patients volontaires non agités et non dangereux	Accueil Prise en charge des moments aigus de la pathologie par des hospitalisations	10 lits d'hospitalisation (4 à 7 le plus souvent) 24h/24 durée d'hospitalisation de 24 à 72hrs (peut aller jusqu'à une	1990-2000	

² Etude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé (ERIC) comme alternative au traitement des urgences psychiatriques (1994-1997)/ Convention CNAMTS-INSERM, programme 1994, contrat no 4AE205

Robin, M., Bronchard, M., Kannas, S. (2008). Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital : 5 years follow up. *Psychiatry psychiatric Epidemiology*, vol 43, no 6.

NOM DU MODÈLE	LOCALISATION	PERSONNES CLÉS	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	CLIENTÈLE	SERVICES OFFERTS	ORGANISATION DES SERVICES	DATE	RÉSULTATS RAPPORTÉS
			Secrétaire ADH		Évaluation Référence (orientation)	semaine renouvelable 1 fois) Pas de chambre d'isolement ni de sécurité Lorsque référés, les patients proviennent urgences des hôpitaux généraux unité de psychiatrie de liaison CPOS (Hôpital Sainte Anne à Paris Médecins généralistes Psychiatres privés Commissariats de police Pompiers SAMU Services de l'ASE Établissements scolaires CMP Unités d'hospitalisation		
Unité d'accueil médico-psychologique	France					Lits-porte spécifiques pour la psychiatrie au service d'accueil et de traitement des urgences		
Prises en charge familiales brèves de quelques semaines	Poissy, Argenteuil France			Personnes ne présentant pas de risque de dangerosité				
The Psychiatric Emergency Reponse Team (PERT)	San Diego County District Attorney's		Professionnels de la santé mentale Policier Représentant des familles		Répond à la demande d'intervention provenant de la police pour personnes présentant problématique de santé mentale Vise la réduction des hospitalisations et des incarcérations non nécessaires Évaluation, Intervention, Référence	Équipe composée d'un clinicien pairé avec un policier Rôle du clinicien : Évaluation Intervention en situation de crise Référence vers les ressources appropriées Rôle du policier : Sécurité Évaluation criminelle Transport Approche : Réactive Proactive Consultation Formation : 80 hrs PERT academy Rencontres réunions mensuelles Formation 10hrs par mois Formation Intervention en première ligne	1993	

NOM DU MODÈLE	LOCALISATION	PERSONNES CLÉS	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	CLIENTÈLE	SERVICES OFFERTS	ORGANISATION DES SERVICES	DATE	RÉSULTATS RAPPORTÉS
Mobile Crisis Team	New York Dans les locaux d'agences volontaires ou d'hôpitaux de jour		Équipe multidisciplinaire (infirmière, travailleur social, psychiatre, psychologue, technicien en santé mentale, spécialiste en toxico, pair aidant)	Personnes présentant ou à risque de présenter une crise psychologique et qui requiert une intervention en santé mentale et favorise la diminution de la résistance au traitement Personne en ordonnance de traitement ou sous restriction émise par le tribunal	Interventions dans la communauté, visites dans le milieu de vie de la personne Dans les lieux le nécessitant Offre : Évaluation Intervention en situation de crise Soutien psychologique Informations et références Mise en lien avec les services appropriés dans la communauté pour suivi et traitement Dirige vers l'hospitalisation, lorsque nécessaire	Soutien à la communauté Services demandés par les familles, voisins, amis, propriétaire, membre du clergé ou toute autre personne concernée par l'individu Collaboration avec les policiers lorsqu'une intervention est requise alors que la personne refuse de collaborer		
Système d'intervention en cas de crise (SICC)								
Services d'aide téléphonique					Tri et évaluation Conseils préliminaires Renseignements références	24 heures par jour Rôle : évaluer la nécessité d'une intervention en personne et de faire des arrangements pour la prestation de service		
Centre d'intervention en cas de crise sans rendez-vous					Tri Évaluation Stabilisation des crises Bref traitement Renvoi vers d'autres services	Intervention et évaluation en cas de crise en personne		Salles d'urgence des hôpitaux servent souvent à cette fin. L'utilité de ces centres d'intervention en cas de crise est questionnée en raison du fait que la plupart des personnes qui s'y présentent ne nécessitent pas des services d'urgence
Équipe mobile d'intervention en cas de crise	Dans la communauté (centre de crise, centre de santé mentale communautaire pluridisciplinaire, centre de gestion				Intervention au domicile, dans des foyers ou au poste de police Intervention en situation de crise Soutien préventif Liaison vers les	24 heures par jour (parfois que la nuit et fins de semaine de façon à laisser les organismes communautaires intervenir sur les heures de bureau) Étroite collaboration avec les services policiers, les services d'aide téléphonique et les services	1997	

NOM DU MODÈLE	LOCALISATION	PERSONNES CLÉS	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	CLIENTÈLE	SERVICES OFFERTS	ORGANISATION DES SERVICES	DATE	RÉSULTATS RAPPORTÉS
	de cas intensive, centre de traitement communautaire, hôpital)				services communautaires	d'urgences des hôpitaux		
Services d'intervention en cas de crise en milieu résidentiel				Personne ne présentant pas de comportements violents	Services individuels : soutien d'ordre pratique et émotionnel de la famille, visite de professionnels pour plan de traitement et obtention de services nécessaires Observation Soutien des pairs Soutien à domicile Services de groupe : Évaluation Enseignement AVQ et AVD Activités sociales et thérapeutiques Soutien Traitement durant l'hébergement Liaison avec les autres services.	2 modalités : Services individuels : 1 ou 2 individus placés dans un environnement particulier pour 10 à 14 jours (foyers d'accueil en cas de crise, maison de crise) Services de groupe : maison de crise		
Services d'urgence	Hôpital		Équipe médicale Équipe pluridisciplinaire	Personnes en crises et présentant un risque de dangerosité pour elle-même ou pour autrui				