



Enjeux d'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise

Note informative
Mai 2019

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Ce document est accessible en ligne dans la section Publications/Produits UETMISM du site Web de l'IUSMM (www.iusmm.ca).

Document préparé par :

Laurent Darveau MD,

Mimosa Luigi,

Sandrine Bourgeois-Tardif,

Alain Lesage MD, Mphil

Avec la précieuse collaboration de Ionela Gheorghiu, Nomita Nguyen et Marie Désilets

Pour des renseignements sur l'UETMISM, ses produits et ses activités, veuillez-vous adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

Courriel : igheorghiu.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (UETMISM-IUSMM). Enjeux d'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise. Note informative préparée par Laurent Darveau; Mimosa Luigi; Sandrine Bourgeois-Tardif; Alain Lesage; Mai 2019.

Conflit d'intérêts :

Aucun rapporté.

Dépôt légal - Bibliothèque Nationale du Québec, 2019

ISBN 978-2-550-83839-5 (imprimé)

ISBN 978-2-550-83840-1 (PDF)

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, Rue Hochelaga

Montréal QC H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4000

www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2019

Mise en contexte :

En 1997, une consultation menée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux a mis de l'avant la nécessité d'offrir des services en santé mentale dans le milieu de vie des patients et d'y investir la majorité des ressources publiques (MSSS, p.12 1998). Tous les plans d'action en santé mentale (PASM) qui ont suivi cette consultation ont depuis ce temps réitéré l'importance de la disponibilité et de l'accessibilité des services dans la communauté (MSSS, 1998; MSSS, 2005; MSSS, p.53, 2015).

Les principales mesures mises en place pour assurer ce virage vers la communauté ont été l'implantation du soutien de base non-intensif (SBNI) (en attente d'être formellement déployées) et d'équipes mobiles de types suivi intensif dans le milieu (SIM) et soutien d'intensité variable (SIV). Soutenues par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), les équipes SIV et SIM sont maintenant déployées partout au Québec et doivent suivre un processus d'homologation afin de s'assurer qu'elles soient fidèles aux modèles basés sur les meilleures pratiques (MSSS, p.55, 2015).

L'intervention de crise avait aussi été décrite comme un des huit services à prioriser dans le plan d'action de 1998 (MSSS, 1998) et son importance a été remise de l'avant dans les deux PASM qui ont suivi (MSSS, 2005; MSSS, p.50, 2015). Selon le PASM 2015-2020, les centres intégrés ont ainsi la responsabilité de consolider l'offre de services de crise en fournissant l'accès à ces trois services spécialisés: (1) l'intervention de crise à très court terme, (2) la consultation téléphonique psychosociale 24/7 (info-social) et (3) l'intervention de crise dans le milieu 24/7. Des centres d'hébergement de crise et l'urgence psychiatrique viennent

complémenter cette gamme de services (MSSS, p.50, 2015).

Selon le rapport d'évaluation de l'implantation du PASM 2005-2010 (MSSS, p.25 2012), il y a une grande diversité dans l'organisation des services de crise entre les régions administratives et plusieurs régions n'offrent pas une gamme complète de services telle que recommandée. La demande est croissante et des difficultés sont rencontrées pour soutenir une clientèle complexe avec des troubles mentaux ou de dépendances. Plusieurs CSSS incluent dans leur offre des services d'intervention de crise mobiles, mais on rapporte que les types d'interventions et leur fréquence sont peu définis (MSSS, p.28, 2012).

Dans le but d'offrir une alternative à l'hospitalisation pour les personnes en crise souffrant d'un trouble mental, le gouvernement d'Angleterre a développé au début du millénaire une politique nationale pour forcer l'implantation à grande échelle d'équipes de résolution de crise à domicile (ERCD) (*CRT-Crisis Resolution Team* ou *Crisis Resolution Home Treatment*) (NHS plan, p.120, 2000). Les caractéristiques essentielles de ces équipes ne sont toujours pas solidement établies (Wheeler et al, 2015), mais selon le modèle initial suivant le Guide d'implantation publié par le département de la santé en Angleterre (*Department of Health*, p.11-18, 2003), ces équipes s'adressent à des adultes avec des troubles mentaux graves et interviennent seulement lorsqu'une hospitalisation serait nécessaire sans un suivi intensif de leur part. Elles ont pour objectif d'offrir un soutien dans l'environnement le moins restrictif possible en provoquant un minimum de perturbations dans la vie des patients. Ces équipes doivent jouer un rôle central dans le processus d'évaluation des patients en crise en les évaluant tous et en

les référant vers les services appropriés, que ce soit un soutien en communauté ou une unité d'hospitalisation (rôle de *Gatekeeper*). Pour les patients qui nécessitent une hospitalisation, les ERCD/CRT doivent travailler de pair avec les unités afin de raccourcir la durée du séjour en offrant un soutien intensif dans la communauté suivant les congés. Pour les patients pouvant être traités dans la communauté, ces équipes multidisciplinaires doivent pouvoir offrir un soutien médical et psychosocial 24h/7 et être en mesure de visiter le patient jusqu'à plusieurs fois par jour si nécessaire. Finalement, la durée du suivi doit être limitée dans le temps (typiquement entre trois et six semaines) et le patient doit être dirigé vers d'autres services pouvant offrir le niveau d'intensité et le type de service requis aussitôt la crise résolue.

Le PASM 2015-2020 souhaite améliorer le soutien dans la communauté des personnes ayant un trouble mental et consolider l'offre des services d'intervention de crises (MSSS, p.50;53, 2015), mais ne discute pas de l'implantation d'équipes de type ERCD/CRT.

Guidée par les meilleures pratiques, la Déclaration de consensus sur l'amélioration des transitions en santé mentale publiée en 2014 par l'*Institute of Health Economics* (IHE, p.9, 2014), à laquelle participait comme membre du jury le directeur national de la santé mentale du Québec, incluait dans ses recommandations que ces équipes devraient être déployées au Canada en complémentarité avec les équipes SBNI, SIV et SIM, dans l'optique d'offrir des soins dans la communauté aux personnes avec des troubles mentaux graves.

Formulation de la question de recherche et description du comité de suivi

Pour cette note informative, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) a comme comité de suivi le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) Monsieur Michel Gilbert), la directrice du programme santé mentale et dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Mme Sylvie Laverdière ainsi que le directeur médical du même programme, le Dr Evens Villeneuve.

Ce comité nous a demandé de répondre à la question suivante:

Tenant compte des évidences scientifiques décrivant les effets en Grande-Bretagne des Équipes de résolution de crise à domicile (ERCD) sur les patients, les urgences et les unités d'hospitalisation en psychiatrie, quels sont les enjeux d'implantation et de sécurité soulevés par la littérature qui sont pertinents au contexte québécois?

Stratégie de recherche

La recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données PubMed, Cinhal et EMBASE. La stratégie de recherche utilisée, le diagramme de sélection des articles et des explications sur l'extraction des données sont fournis dans l'annexe.

Étant donné le peu de détails disponibles sur les types d'interventions des équipes mobiles de crise au Québec (MSSS, p.28, 2012), nous avons fait, à l'Été 2017, des entrevues semi-structurées avec trois équipes appartenant au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-Montréal et une équipe s'exerçant sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces équipes ont été choisies,

car elles font partie des instituts universitaires en santé mentale étant sur le comité de suivi de cette note informative. Nous présentons leurs descriptions au moyen de quatre vignettes incluses dans cette note.¹

Résultats de la recherche

1. Caractéristiques de l'intervention: l'efficacité

Une revue Cochrane s'intéressant à l'efficacité des ERCD/CRT inclut seulement six études randomisées contrôlées (ERC) comparant un modèle d'intervention de crise à domicile au traitement habituel (Murphy et al, 2015). De ces études, seulement une a été réalisée en Angleterre et s'intéresse à une intervention de type ERCD/CRT telle que décrite plus tôt (Johnson, 2005). Les cinq autres étudient une intervention à domicile de plus longue durée avec une capacité d'intervenir en situation de crise. Dans cette ERC de Johnson (2005), incluse dans la revue de Murphy et al. (2015), les ERCD/CRT sont supérieures au groupe 'contrôle' par rapport à plusieurs issues étudiées : (1) réduction des admissions répétées (évidence de grande qualité), (2) réduction du nombre de jours post-crise à l'hôpital ou en centre de crise, (3) amélioration de l'état mental et (4) meilleure satisfaction des patients.

Malgré les petites tailles des études incluses dans la revue systématique, certains risques de biais, la diversité entre les caractéristiques des interventions et le nombre limité d'ERC, Murphy et al. concluent tout de même que les ERCD semblent être une façon plus acceptable que l'hospitalisation de traiter les gens en

périodes de crise ayant un trouble mental grave.

2. Caractéristiques de l'intervention: analyses coûts-bénéfices

Selon la synthèse faite par le *National Institute for Health Research* en Angleterre (Paton et al, p.30, 2016), deux analyses économiques anglaises ont conclu que les ERCD étaient une alternative rentable lorsque comparée au traitement habituel. En incluant les coûts associés aux hospitalisations, les ERCD permettraient d'économiser environ 2000£ par patient après six mois.

3. Caractéristiques de l'intervention: caractéristiques essentielles

Le modèle de départ des ERCD/CRT implanté en Angleterre au début des années 2000 reposant principalement sur un consensus d'experts (Department of Health, 2003), les auteurs d'une revue systématique récente se sont donnés pour objectif de mieux définir les caractéristiques d'une équipe efficace (Wheeler et al, 2015).

Cette revue inclut 49 études quantitatives et qualitatives ainsi que 20 documents gouvernementaux et avis d'experts. Cette étude rapporte plusieurs évidences soutenant l'efficacité de certaines équipes en ce qui concerne la réduction des admissions et l'augmentation de la satisfaction des usagers; mais conclut ne pas avoir été en mesure de déterminer ce qui différencie les équipes efficaces de celles qui le sont moins. Elle partage toutefois plusieurs résultats d'études qui sont pertinents de mentionner dans cette note informative.

¹ Le questionnaire utilisé lors des entretiens est accessible sur demande

Une étude comparative pré/post (Reding et al, 1995), rapporte que l'introduction d'un psychiatre dans l'équipe a contribué à réduire le nombre d'admissions hospitalières de 40%. De plus longues heures d'ouverture pourraient aussi aider à prévenir les admissions hospitalières (Glover et al, 2006).

Peu d'études s'intéressent au contenu des soins offerts et à l'effet que peuvent avoir certaines interventions spécifiques, comme des formes de psychothérapies brèves en contexte d'ERCD.

Étant donné un nombre important de caractéristiques définissant les ERCD/CRT et la complexité de l'intervention offerte, il est difficile d'étudier le lien entre une caractéristique unique et une issue précise. Dans ce contexte, un groupe de chercheurs souhaite plutôt tester, par une étude randomisée contrôlée, si le soutien à l'adhérence à un modèle défini par une grille de fidélité est associé à de meilleurs résultats (Lloyd-Evans, 2016B). Cette grille a été développée en se basant à la fois sur les meilleures évidences disponibles, incluant des études quantitatives et qualitatives, et sur l'expérience terrain des intervenants et des usagers (Lloyd-Evans, 2016A).

Selon cette grille, une équipe idéale doit être en mesure de répondre 24h/24 et 7j/7 aux références en moins de 30 minutes, d'évaluer le patient dans un délai inférieur à quatre heures et d'offrir une réponse mobile immédiate en situation d'urgence. Elle doit accepter des références de tous, incluant des services de première ligne, des policiers, des usagers et des familles. Elle doit être capable de se déplacer partout pour évaluer un patient, que ce soit à domicile, au poste de police ou ailleurs en communauté, selon les demandes

formulées par les services d'urgence. Elle doit accepter tous (et seulement) les patients de 16 ans et plus qui souffrent d'une maladie mentale et qui seraient hospitalisés sans leur intervention, en excluant les troubles de déficience intellectuelle ou de dépendances qui ne sont pas associés à d'autres comorbidités psychiatriques.

Elle doit jouer un rôle de *gatekeeper* ('portier') en évaluant tous les patients avant qu'ils soient admis sur des unités d'hospitalisation et assumer un rôle actif pour écourter les durées d'hospitalisation des patients en leur offrant un soutien intensif dès leur congé. Le traitement est de courte durée (moins de six semaines) et intensif (plus de 2 visites/jour si nécessaire; au moins 50% des usagers sont vus 2x/jour pendant les trois premiers jours du suivi et 7x pendant la première semaine) et des liens avec les autres services communautaires sont faits aussitôt la crise résolue. Lors de circonstances exceptionnelles (par ex : absence temporaire de l'aidant naturel, introduction de la médication), il devrait être possible d'offrir une présence constante d'une durée allant jusqu'à quatre heures. Lorsque nécessaire, elle doit avoir accès à d'autres services de crise, principalement des centres d'hébergement de crise et des hôpitaux de jour.

L'intervention doit être exhaustive et inclure la prescription et la livraison de médicaments, des interventions psychologiques, un soutien pour les problèmes sociaux et pratiques, des soins de santé physique et une collaboration avec la famille ou autre soutien social.

L'équipe doit être constituée d'au moins 14 employés à temps plein pour une

capacité qui ne dépasse pas 25 patients. L'équipe est multidisciplinaire et inclut des infirmiers, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux, un thérapeute et un psychiatre.

4. Caractéristiques de la population ciblée

Selon le guide d'implantation initial (*Department of Health*, p.11, 2003), la clientèle visée était des adultes souffrant de troubles mentaux graves (comme la schizophrénie, la maladie affective bipolaire et la dépression majeure sévère) en état de crise et nécessitant autrement une hospitalisation. On excluait les troubles anxieux légers, les troubles liés à l'usage de substance ou les troubles de personnalité sans autres comorbidités, les troubles neurocognitifs, les difficultés d'apprentissage et les crises seulement dues à des enjeux relationnels. Toutefois, la révision de ce guide (National Audit Office, 2007), suggérait de ne pas considérer les troubles de personnalité comme diagnostic d'exclusion.

La grille de fidélité suggère quant à elle l'inclusion des troubles de personnalité (Lloyd-Evans, 2016A). Cela ne semble toutefois pas faire l'unanimité, ni être basé sur des évidences suivant des études randomisées contrôlées (Borschmann et al, 2012). En Angleterre, 79% des équipes travaillent avec des personnes ayant un trouble de personnalité (avec ou sans comorbidité) tandis que seulement 52% des gestionnaires d'équipes considèrent cela comme important, soulevant certaines réserves qu'ont les intervenants à servir ce groupe de patients (Lloyd-Evans, 2017).

La grille de fidélité suggère d'offrir des soins aux patients de 16 ans et plus à moins qu'il existe une équipe mobile

spécifique disponible pour les jeunes ou les personnes âgées (Lloyd-Evans, 2016A). Cela reflète la situation sur le terrain: 52% des équipes offrent déjà leurs services à des gens de 16 ans et 58% n'ont pas de limite supérieure d'âge (Lloyd-Evans, 2017).

Seulement 20% des équipes acceptent des patients avec des troubles neurocognitifs majeurs (Lloyd-Evans, 2017), ce qui suggère que des équipes adaptées pour des patients avec un profil gériatrique pourraient être utiles pour ceux qui sont exclus par les critères d'admission recommandés. Une revue systématique récente s'est intéressée à l'efficacité des ERCD/CRT pour les personnes âgées de 65 ans et plus ayant des troubles mentaux, incluant les troubles neurocognitifs (Toot et al, 2011). L'étude conclut qu'il n'y a pas d'évidence scientifique robuste pour soutenir l'efficacité de l'intervention, mais que cela ne signifie pas pour autant que l'intervention soit inefficace. Les auteurs suggèrent qu'un modèle d'intensité intermédiaire pourrait être plus approprié qu'un soutien intensif, étant donné la faible demande de consultations la nuit et le fait qu'une hospitalisation immédiate pour les patients ayant un trouble neurocognitif est rarement nécessaire.

Finalement, selon la revue de littérature systématique de Wheeler et al. (2015), les sources de références et l'extension des heures d'ouvertures peuvent influencer la composition de la clientèle servie. Une étude rapporte que la proportion de patients avec des troubles mentaux sévères a diminué par le fait d'accepter des requêtes venant directement des services de première ligne (Harrison et al, 2011). Selon une autre étude, les équipes avec de plus longues heures d'ouverture

acceptaient des patients avec des présentations plus sévères, tandis que les patients s'auto-référant ne présentaient pas de symptômes moins sévères (Hasselberg et al, 2011).

5. Caractéristiques de l'intervention: sécurité

Une série d'études produites par le *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide* en Angleterre nous fournit de l'information intéressante sur les cas de suicide commis sous les soins des ERCD/CRT. Le tiers des suicides sous les soins des ERCD ont été commis pendant les trois premiers mois suivant une hospitalisation et 13% ont été commis pendant les deux semaines suivant le congé de l'hôpital (Hunt et al, 2014). Plus du tiers ont aussi été commis lors de la première semaine du suivi en communauté (Hunt, 2016). Il se peut donc qu'il y ait un transfert des risques du milieu hospitalier vers les équipes mobiles où certains congés des unités sont donnés alors que le risque demeure trop élevé. Hunt (2016) nous fait d'ailleurs remarquer qu'il existe un lien entre une admission hospitalière qui dure moins de sept jours et un taux plus élevé de suicide dans les deux semaines suivant le congé. Les résultats de ces études rétrospectives comparant le taux de suicide des patients soignés à l'hôpital avec celui des patients servis par les ERCD/CRT sont toutefois difficiles à interpréter étant donné qu'en l'absence de données sur les patients qui ne se sont pas suicidés, il est impossible de contrôler pour certaines différences significatives entre les groupes étudiés (par exemple, est-ce que les patients qui reçoivent congé de l'hôpital sans suivi ERCD ont un risque suicidaire moins élevé initialement?).

Les études randomisées contrôlées n'ont pas démontré de différences significatives entre les groupes 'ERCD' et les groupes 'contrôles' pour les taux de suicide ou de tentatives de suicide, mais l'interprétation de ces résultats devrait être faite avec prudence, étant donné les petites tailles des populations étudiées et le nombre limité de ces événements critiques (Murphy et al, 2015).

Il est bien documenté dans la littérature que les quelques mois suivant un congé de l'hôpital représentent une période où les patients sont particulièrement à risque de commettre un suicide, et ce, indépendamment de la mise en place des ERCD/CRT (Chung et al, 2017; Hunt et al, 2009). Hunt et ses collègues (2009) ont étudié les cas de suicides s'étant produits dans les 3 mois suivant une hospitalisation, et ce, avant l'implantation nationale des ERCD en Angleterre. Cette étude révèle que 43% de ces suicides s'étaient produits dans le premier mois suivant le congé, et que dans 47% des cas, le patient s'était suicidé avant d'aller à son premier rendez-vous en communauté. Cette étude conclut en réitérant l'importance d'offrir un soutien intensif en communauté lors de cette période critique suivant un congé de l'hôpital afin d'offrir un arrimage sécuritaire vers les services appropriés en communauté. C'est dans cette optique que le *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide* (NCISH) incluait l'implantation nationale des ERCD/CRT dans leurs neuf recommandations pour prévenir les suicides en Angleterre. Selon While (2011), de ces neuf recommandations, l'implantation des ERCD/CRT est celle qui a eu le plus grand impact positif. On décrit une réduction de 11,44/10'000 à 9,32/10'000 ($p < 0,0001$) du taux de suicide chez les patients qui ont eu un

contact avec des services de santé mentale tandis que les régions qui n'ont pas implanté d'équipes n'ont pas vu de réduction significative des taux de suicide.

Il se peut que les ERCD/CRT ne soient pas un traitement approprié pour certains patients plus vulnérables. Selon Hunt (2014), 44% des patients qui se sont suicidés alors qu'ils recevaient des services des ERCD vivaient seuls et 49% avaient récemment vécu des événements de vie négatifs. Toutefois, ces caractéristiques semblent être des facteurs de suicides importants pour tous les patients, peu importe où ils sont traités. Effectivement, 48% des patients qui se sont suicidés en communauté, sans être suivis par une ERCD/CRT et 42% de ceux qui se sont suicidés en milieu hospitalier vivaient seuls, tandis qu'un peu plus de 40% des patients à l'hôpital ou en communauté venaient aussi de vivre une adversité récente (Hunt et al, 2014).

Malgré les réserves que certains intervenants ont en ce qui concerne les ERCD pour les troubles de la personnalité (Lloyd-Evans, 2017), les proportions des gens qui se suicident et qui ont un trouble de personnalité restent similaires (7-9%) dans les trois milieux étudiés (Hunt et al, 2014).

6. Processus d'implantation

Les résultats d'une étude rétrospective transversale (comparant les régions avec ou sans ERCD) et temporelle (pré/post implantation des ECRD) mettent en doute l'impact de l'implantation des ERCD sur le nombre d'admissions au niveau régional (Jacobs et al, 2011). Dans les quatre années qui ont suivi la politique

d'implantation nationale, même si le nombre d'admissions était inférieur où il y avait des ERCD, les réductions du nombre d'admissions n'étaient pas significativement différentes entre les régions qui avaient implanté les ERCD et celles qui ne l'avaient pas fait. L'efficacité ayant été démontrée dans plusieurs études quantitatives (Murphy, 2015; Wheeler, 2015), il est probable que ces résultats reflètent des difficultés d'implantation plutôt qu'un manque d'efficacité de l'intervention.

Ces difficultés d'implantation ont été confirmées au travers de deux sondages nationaux faits auprès d'équipes de crise en Angleterre (Onyette, 2008; Lloyd-Evans, 2017). Selon le plus récent réalisé en 2011-2012 auprès de 88% des équipes (n=192), la variation entre les équipes est importante et presque aucune équipe n'adhère complètement aux recommandations gouvernementales. Seulement 33% affirmaient jouer un rôle de *gatekeeper* avec tous les patients et un autre 56% des équipes disaient habituellement pouvoir assumer ce rôle. Presque 100% des équipes avaient des mécanismes en place pour favoriser les congés des unités d'hospitalisations, principalement via des discussions avec les employés des unités (86%). Tous acceptaient des références des services de deuxième ligne, 77% des médecins de famille, 56% directement de patients connus par l'équipe et 21% directement de patients non connus.

Typiquement, 20 employés travaillant à temps plein étaient nécessaires pour suivre une charge de 27 patients, mais 46% des gestionnaires d'équipes auraient voulu plus d'employés. Presque toutes les équipes avaient des infirmiers (100%) et collaboraient avec un psychiatre (87%), mais peu d'équipes étaient réellement

multidisciplinaires (11%) et collaboraient avec un psychologue (29%). Seulement 39% offraient une couverture 24 heures. La durée moyenne des suivis était de trois semaines.

Pour ce qui est du contenu de l'intervention, la plupart des équipes pouvaient prescrire (91%) et livrer (77%) la médication et offrir un soutien psychologique (88%). Plusieurs équipes (68%) faisaient des interventions auprès des familles et 77% pouvaient offrir un support pour les problèmes de dépendances, principalement en référant à d'autres services spécialisés (58%). Les interventions pour offrir une aide et un soutien social étaient en général peu disponibles [aide au magasinage (41%), à la cuisine (19%), au ménage (12%), aide avec le bien-être social (59%) et la gestion des dettes (52%), accompagner le patient à des rendez-vous à la cour (17%) ou à son médecin de famille (32%)]. Seulement 22% des équipes ont affirmé offrir de la formation spécifique aux ERCD aux nouveaux employés.

On remarque que le niveau d'implantation ne s'est pas amélioré de façon substantielle entre 2006 et 2012 lorsqu'on compare les sondages de Onyett (2008) et de Lloyd-Evans (2017).

Même si les équipes n'ont pas suivi rigoureusement le modèle initial, l'expérience anglaise nous confirme qu'il est possible d'implanter plusieurs centaines d'équipes (335) dans la grande majorité des régions (89%) dans les cinq ans suivant une politique d'implantation nationale (National Audit Office, 2007). Lloyd-Evans et ses collègues (2017) argumentent de leur côté que, 12 ans après la politique d'implantation nationale, les ERCD/CRT diffèrent encore trop du modèle ciblé. Ils

s'appuient sur l'expérience américaine avec les équipes *Program for Assertive Community Treatment* (PACT). Une intervention complexe comme celle des ERCD ou des équipes PACT nécessite un engagement à tous les niveaux pour assurer un contrôle de la qualité et un monitoring de l'impact de l'intervention. De plus, plusieurs auteurs considèrent qu'il est essentiel pour bien implanter une intervention psychosociale d'avoir des évaluations régulières des pratiques de fidélité facilitées par un accompagnement soutenu de la part de centres nationaux d'assistance technique (Briand, 2014).

7. Caractéristiques de l'intervention: adaptabilité

Le modèle des ERCD/CRT a été principalement étudié en contexte du Royaume-Uni. Des publications venant d'autres pays suggèrent toutefois que ce type d'intervention peut être efficace dans d'autres systèmes de santé, notamment en Norvège, en Australie et aux États-Unis (Wheeler, 2015; Murphy, 2015)

L'article de Lloyd-Evans (2017) compare ses résultats à ceux d'un sondage similaire réalisé auprès de plusieurs équipes norvégiennes de type ERCD (Hasselberg et al, 2011). Les auteurs nous font remarquer que les équipes Norvégiennes ont aussi de la difficulté à suivre les recommandations initiales, particulièrement celles concernant l'accès rapide, la couverture 24h, l'intensité du suivi et le rôle de *gatekeeper*. Ces équipes se retrouvent donc à suivre une population présentant une symptomatologie moins aigüe, ce qui résulte en un impact limité sur la réduction des admissions hospitalières.

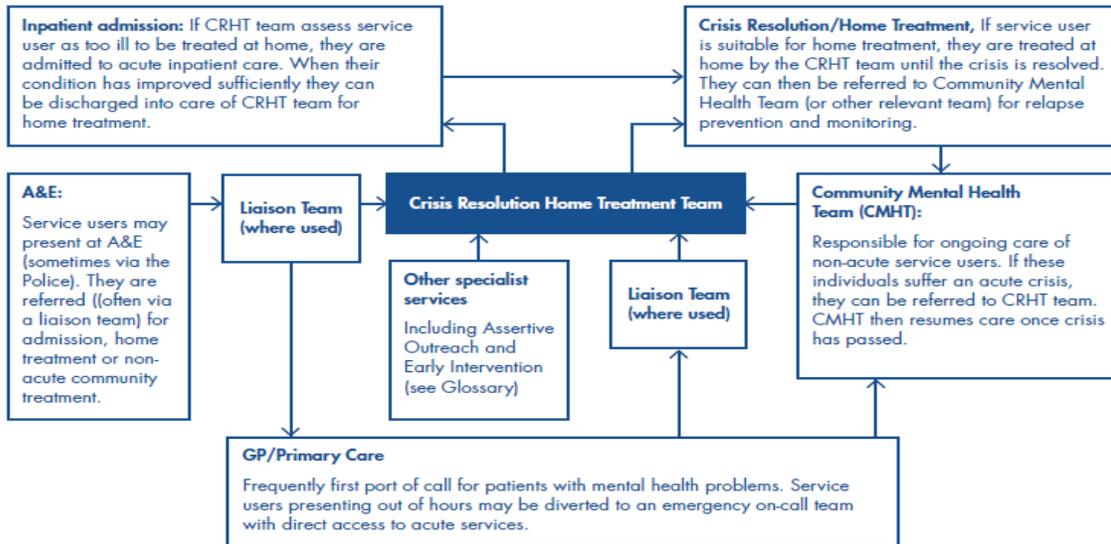
La grille de fidélité a été créée en se fiant principalement au contexte anglais. Même si 18% des intervenants qui ont participé à la grille de fidélité venaient d'un autre pays (dont la grande majorité venait de la Norvège), il n'est pas clair si elle peut être utilisée dans un autre contexte (Lloyd-Evan, 2016A).

Il est important de prendre le temps de comparer l'organisation des soins en santé mentale en Angleterre afin de juger de l'adaptabilité au Québec. Les services en communauté en Angleterre étaient organisés principalement autour des *Community Mental Health Team* (CMHT) pour les soins non-aigus (NHS, 1999, p.47), des Assertive Community Treatment Teams (ACTT) (similaires aux équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) au Québec pour les patients souffrant de troubles sévères et persistants (Department of Health, 2000, p.120; NHS, 1999, p.47) et des ERCD/CRT pour les situations de crise. Ainsi, 263 équipes de type ACTT ont été mises en place entre 1999 et 2004, en complémentarité avec quelques centaines de ERCD/CRT (Department of Health, 2004, p.20).

Au cours des années, ils semblent toutefois que plusieurs CMHT ont développé la capacité d'intervenir à domicile et d'offrir une intensité comparable au suivi d'intensité variable (ou *intensive case management*) ou même aux ACTT (ou SIM), remettant ainsi en question le rôle des ACTT (Killapsy, 2007). Dans tous les cas, il demeure clair que les ERCD/CRT agissent en complémentarité avec les équipes de type ACTT ou autres équipes ayant un rôle similaire et qu'elles peuvent leur offrir un soutien lorsque celles-ci ne peuvent plus fournir l'intensité de suivi qui permettrait

de maintenir le patient en communauté. Par exemple, peu d'équipes SIM en Angleterre offrent une couverture 24h et certaines se réfèrent aux ERCD/CRT pour du soutien à l'extérieur de leurs heures d'ouvertures (Kent, 2005, p.392-393) Nous incluons ici un diagramme illustrant les interactions entre les ERCD/CRT et les autres services en santé mentale en Angleterre (National Audit Office, 2007; à noter que A & E correspond à 'Ambulance and Emergency', c'est-à-dire les services d'urgence hospitaliers).

3 CRHT teams work alongside a variety of other mental health services



Source: National Audit Office

Vignettes décrivant quatre équipes mobiles de résolution de crise québécoise

Équipe APPS de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal; CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal

L'équipe mobile d'action, de prévention, de proximité et de soutien (l'APPS) mise en place en janvier 2015 à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM), a pour objectif de réduire le nombre et la durée des hospitalisations de patients souffrant principalement de troubles psychotiques. Cette équipe, composée de deux travailleurs sociaux, trois infirmières, d'une psychoéducatrice et d'un ergothérapeute, offre du soutien et de l'aide seulement aux patients qui sont suivis ou qui seront suivis de façon imminente par un psychiatre. Elle suit 20 à 34 patients à un moment donné et entre 150 et 175 patients par année. Les patients sont principalement référés à l'équipe par les services d'urgence et les unités d'hospitalisation, mais des références des services ambulatoires sont aussi acceptées. L'équipe assiste à la réunion quotidienne multidisciplinaire de l'urgence et de l'unité d'intervention brève de l'IUSMM pour recruter des patients selon sa capacité. Une réponse est obtenue la journée même ou au plus tard le lendemain. L'équipe APPS soutient à domicile le patient en crise et ses proches en offrant une intervention biopsychosociale qui inclut de l'aide pour la gestion des médicaments et les soins physiques et un soutien social et pratique. L'équipe peut aussi aider le patient à naviguer au travers du système de santé et des services sociaux en coordonnant et en l'accompagnant à divers rendez-vous.

Les interventions durent en moyenne trois mois, mais s'étendent parfois jusqu'à quatre ou cinq mois selon les situations. Les difficultés à transférer les patients vers d'autres services ambulatoires ou mobiles, comme les équipes SIV ou SIM, expliquent cette longue durée de suivi et le fait que l'équipe semble assumer aussi des responsabilités d'équipes SIV ou SIM. La fréquence du suivi de 1 à 5x/semaine témoigne d'une intensité qui est moindre que les ERCD anglaises et suggère que le suivi puisse continuer après la résolution de la crise. L'équipe n'ayant pas de psychiatre attiré, elle doit entretenir des liens étroits avec les psychiatres traitant de ses patients. L'équipe est disponible du lundi au vendredi, de 8h à 20h et de 10h à 20h le samedi. Un membre de l'équipe reste de garde jusqu'à minuit. C'est le Centre de crise Émile-Nelligan qui prend la relève en dehors de ces heures d'ouverture avec une ligne téléphonique ouverte 24h/24, 7j/7. Ce centre a aussi des lits de crise. L'équipe ne rapporte aucun suicide depuis sa formation, mais un décès est en attente de verdict du coroner. Aucun incident critique impliquant le personnel ou les proches ne s'est produit. Parmi les défis d'implantation, on décrit une période d'adaptation nécessaire pour le personnel afin de s'habituer au niveau d'autonomie demandé et des difficultés à définir son rôle exact à l'intérieur de l'offre de services et à recruter un psychiatre.

Équipe Résolution de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal; CIUSSS de l'Est-de-l'île de Montréal

L'équipe Résolution a pris forme suite à une fusion en 2015 entre l'équipe ACCU (Action concertée pour une Clientèle de

l'Urgence) et le centre de crise L'Entremise. Cette équipe comprend seize employés à temps complet dont la majorité sont des éducateurs spécialisés. Deux psychiatres des urgences à HMR et à l'IUSMM peuvent jouer un rôle de consultant et on compte aussi trois infirmières, une travailleuse sociale et un psychoéducateur. L'équipe traite des individus de 18 ans et plus qui n'ont pas de suivi en psychiatrie et qui appartiennent au territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal. L'équipe offre des visites à domicile entre 9h00 et 20h00, 7j/semaine et un soutien téléphonique de 7h30 à 22h45. La nuit, les appels sont transférés automatiquement au centre d'hébergement de crise Émile-Nelligan. La majorité (85%) des demandes de références sont faites directement de la communauté et viennent d'une clientèle principalement sans troubles psychiatriques nécessitant une assistance psychosociale. Seulement 15% de la clientèle est référée depuis l'urgence psychiatrique. Chaque matin, un membre de l'équipe Résolution est présent au rapport inter-quarts de l'urgence pour discuter de transferts possibles de l'urgence vers l'équipe mobile. Les patients sont habituellement pris en charge la journée même ou le jour suivant une demande de référence. En collaborant de près avec l'urgence psychiatrique, l'équipe peut servir de portier (*gatekeeper*) à certains patients et leur permettre d'éviter une hospitalisation. L'équipe joue aussi un rôle actif pour arrimer des patients de l'urgence à des services en communauté et ainsi prévenir une visite future à l'urgence. Les interventions durent en moyenne quatre à cinq semaines et les membres de l'équipe rendent visite aux patients une à trois fois

par semaine. L'équipe Résolution soutient à domicile le patient en crise et ses proches en offrant une intervention psychosociale qui inclut de l'aide pour les soins physiques, un soutien social et pratique, de l'assistance avec les problèmes financiers, de l'accompagnement dans les démarches auprès d'autres services et de l'intégration en logement pour les personnes en situation d'itinérance. Ses services peuvent inclure un soutien avec la médication par l'entremise du psychiatre consultant, mais n'incluent habituellement pas de la livraison à domicile comme une équipe SIM le ferait. En plus d'être présente à l'urgence, l'équipe interagit surtout avec les services de première ligne, incluant les médecins de famille, les organismes communautaires, les centres de crises, la police et l'AAOR². Elle n'interagit pas avec les unités d'hospitalisations, car ces patients sont plutôt référés à l'équipe APPS. En plus du service de soutien téléphonique, l'équipe traite 60 à 100 patients en même temps avec des problématiques principalement psychosociales, mais dont une partie présente aussi des troubles de santé mentale. L'équipe réfère les patients connus des services psychiatriques à l'équipe APPS et ceux ayant un profil gériatrique à l'équipe HDRC (se référer aux vignettes propres à ces deux équipes). Aucun événement critique au niveau de la sécurité n'a été rapporté depuis sa formation.

² Accueil, d'analyse, d'orientation et de référence : la porte d'entrée principale du CSSS qui permet de répondre aux demandes de

service de nature sociale ou psychologique (MSSS, 2013)

Équipe HDRC de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal; CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal

L'équipe Hospitalisation à domicile et résolution de crise (HDRC) a été mise en place en avril 2015 afin d'offrir directement dans le milieu de vie des patients une évaluation et un traitement gérontopsychiatrique. Elle se veut une alternative rapide et efficace à l'hospitalisation traditionnelle, en l'évitant ou en l'écourtant. Sa clientèle cible est constituée de patients âgés de 70 ans et plus souffrant de troubles psychiatriques complexes associés ou non à des troubles neurocognitifs. L'équipe est composée de six infirmières, un travailleur social, une psychiatre et un ergothérapeute à temps plein et compte quatre infirmières à temps partiel. Elle parvient à suivre 48 patients à un moment donné et admet entre 140 et 160 patients par année. L'équipe reçoit des références de l'urgence, de la clinique externe de gérontopsychiatrie, des unités d'hospitalisation, des CLSC, mais très peu de références directement des médecins de famille, qui doivent passer par le GASMA³. Les intervenants sont disponibles de 8h à 20h30 la semaine et de 10h à 18h les fins de semaine. Les patients et leurs familles peuvent aussi communiquer par ligne téléphonique avec une infirmière de l'équipe qui peut se déplacer à domicile 24h/7. Il est fréquent de recevoir des appels pendant la nuit, mais il est rare qu'il soit nécessaire de se déplacer. L'équipe peut intervenir à domicile de trois fois par jour à trois fois par semaine, selon les besoins. L'équipe offre un suivi gérontopsychiatrique intensif et à court terme. Elle peut superviser la prise de médication en prescrivant, en livrant et en offrant un

soutien téléphonique régulier. Pour les soins physiques, l'équipe collabore avec le médecin de famille du patient et au besoin avec le médecin omnipraticien consultant de l'équipe. Un soutien pratique et social est offert aux patients ainsi qu'à leurs proches. L'équipe peut collaborer avec des centres de crise, mais ceux-ci seraient peu adaptés pour une clientèle gériatrique. En moyenne, l'intervention dure 8 semaines, mais cela peut s'étendre sur plusieurs mois étant donné qu'il n'existe pas de services à domicile de longue durée de type SIV pouvant prendre en charge une clientèle gérontopsychiatrique en dehors de la crise. À la fin du suivi, les patients de l'équipe HDRC sont souvent référés à la fois à un service de clinique externe en gérontopsychiatrie et à une équipe du CLSC qui peut offrir une aide à domicile. L'équipe ne contrôle pas l'accès aux admissions aux unités psychiatriques, mais est souvent sollicitée par les psychiatres des urgences. Aucun événement critique concernant la sécurité des patients ou des employés ne s'est produit, mis à part une tentative d'agression sur un membre du personnel. L'équipe a mis en place un processus d'évaluation de la qualité et un monitoring, qui inclut des données sur l'impact sur les proches aidants, les délais d'attente, le nombre de patients suivis par l'équipe et les issues cliniques. Parmi les défis d'implantation, l'équipe affirme avoir de la difficulté à déterminer son mandat et suggère qu'une aide de la part du CNESM puisse être utile afin de mieux définir son rôle à l'intérieur du continuum de soins et services soutenant les personnes âgées. L'équipe a été accompagnée d'un rapport d'évaluation de programme (Valiquette, 2016).

³ Guichet d'accès en santé mentale adulte

Équipe TIBD de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec; CIUSSS de la Capitale-Nationale

L'équipe de traitement intensif bref à domicile (TIBD) offre une alternative à l'hospitalisation à des individus en crise âgés de dix-huit ans et plus, souffrant principalement de troubles psychotiques (mais d'autres diagnostics sont aussi acceptés). Cette équipe, qui a été créée en 2009, est constituée de deux psychiatres à temps partiel, trois travailleurs sociaux à temps plein, six infirmiers de jour, cinq infirmiers de soir et un gestionnaire. L'équipe TIBD suit vingt-six à trente patients du CIUSSS de la Capitale-Nationale à la fois et un peu plus que 130 par année. Elle peut parfois/par période refuser quatre à cinq patients par semaine, faute de capacité. À partir de 8h15, l'équipe revoit les dossiers pour ensuite en discuter durant la réunion matinale. Par la suite, l'équipe se divise en groupe et se partage les visites prévues pour la journée. L'équipe complète est disponible de 8h15 à 23h la semaine et trois intervenants sont disponibles de 9h à 22h30 les fins de semaine. L'équipe offre un suivi intensif qui dure en moyenne de six à huit semaines avec une fréquence de visite qui varie de quatre fois par jour, à deux fois par semaine. L'équipe n'assume pas un rôle de *gatekeeper* et traite en ordre de priorité d'abord les références venant de la communauté (clinique externe, équipes SIV et SIM, centre pour premiers épisodes psychotiques), ensuite celles de l'urgence, et finalement celles des unités d'hospitalisation, toujours avec l'optique d'éviter une hospitalisation ou d'en réduire la durée. Une réponse est donnée le jour même ou le lendemain selon les circonstances. L'équipe vient en aide en prescrivant et livrant la médication, en offrant des soins physiques et en offrant du soutien social

et pratique. À partir d'une évaluation initiale, l'équipe peut diriger les patients vers des organismes communautaires comme les centres de crise ou des services tels que les équipes-CLSC, ou les équipes SIV ou SIM. Pendant les premières années, les intervenants ont reçu plusieurs formations de la part des psychiatres, des compagnies pharmaceutiques et d'autres professionnels. Ceci était nécessaire afin que les nouveaux employés développent leur jugement clinique et puissent assumer un niveau d'autonomie auquel ils n'étaient pas tous habitués. En cas de risques auto ou hétéroagressifs, deux intervenants font la visite à domicile et si les diverses stratégies utilisées pour tempérer le risque ne sont pas suffisantes, l'équipe peut se référer à l'urgence, idéalement en y accompagnant elle-même le patient. Depuis 2009, l'équipe rapporte une tentative, deux suicides, une fugue et aucune agression contre le personnel. Cette équipe est la plus expérimentée que nous avons rencontrée et a publié un article se décrivant dans la revue Santé mentale France (Boisvert, 2016).

Discussion

Selon la présente revue de littérature, les équipes de résolution de crise à domicile (ERCD/CRT) semblent pouvoir offrir en Angleterre un traitement qui est plus acceptable que l'hospitalisation pour plusieurs patients en crise souffrant de troubles mentaux, tant au niveau de l'efficacité et des coûts-bénéfices que de la satisfaction des patients. Le corpus de la littérature demeure relativement limité et plus de 90% des évidences proviennent uniquement de l'Angleterre. Le rôle et l'efficacité de telles équipes à l'intérieur d'un autre système de santé ont donc été peu étudiés.

Les ERCD/CRT prennent régulièrement en charge des patients qui viennent de recevoir congé de l'hôpital. Il est bien documenté qu'une attention particulière doit être donnée à cette clientèle, étant donné un risque suicidaire augmenté dans les semaines suivant une hospitalisation ou une visite à l'urgence. Desservant une clientèle à risque, les taux de suicide sous les soins des ERCD/CRT sont élevés (Hunt et al, 2014). Malgré ces événements critiques fréquents lors des suivis, l'implantation des ERCD/CRT demeure une intervention clé permettant de prévenir les suicides en communauté en rendant possible une prise en charge rapide d'une clientèle vulnérable (While et al, 2012).

L'expérience anglaise nous confirme d'abord qu'il est possible d'implanter rapidement quelques centaines d'ERCD/CRT à l'échelle nationale. Toutefois, un besoin d'accompagnement des équipes lors de l'implantation semble nécessaire pour qu'elles se conforment aux meilleures pratiques et qu'elles atteignent leurs objectifs. Par exemple, des chercheurs

suggèrent que certaines équipes ont peu d'impact sur le nombre ou la durée des hospitalisations, étant donné qu'elles ne réussissent pas à offrir un soutien suffisamment intensif, ou à sélectionner une clientèle ayant une symptomatologie suffisamment aiguë (Lloyd-Evans, 2017; Hasselberg et al, 2011). C'est aussi ce que nous avons constaté en réalisant nos entrevues avec les équipes de crise au Québec. Certaines équipes assument un rôle de SIM ou même de SIV, n'ayant pas la capacité d'intervenir de façon suffisamment intensive ou étant incapables de transférer leurs patients aux services appropriés une fois la crise résolue. Un guide pour l'implantation des ERCD/CRT, basé principalement sur l'expérience terrain et sur les opinions d'experts, est disponible (*Department of Health*, p.11-18, 2003) ainsi qu'une grille de fidélité se basant sur les évidences scientifiques les plus récentes et sur l'expérience d'intervenants de tous les milieux, incluant même certains intervenants de la Norvège, de l'Australie et des Pays-Bas (Lloyd-Evans, 2016A). Ces documents pourraient être utiles afin de favoriser l'implantation de telles équipes au Québec.

Une analyse critique récente des ERCD/CRT soulève plusieurs questions intéressantes en ce qui concerne le rôle de portier (*gatekeeping*) et les interactions qu'ont les équipes avec les autres services (Rhodes et al., 2014). Plusieurs de ces enjeux ont aussi été soulevés lors de nos entretiens avec les équipes québécoises. Faire le pont entre les soins aigus, telles que les unités d'hospitalisations, et les soins non-aigus, tels que les CMHT, est un rôle essentiel des ERCD/CRT. Toutefois, l'incapacité des équipes de suivre en communauté à prendre en charge rapidement les patients une fois un congé donné par une ERCD/CRT mène à des suivis trop longs et à des tensions entre les

services. Au Québec, les équipes HDRC et APPS nous ont fait part de la difficulté à réellement jouer leur rôle d'équipe de crise étant donné les longs délais de prise en charge des équipes SIM, SIV ou des CLSC. L'implantation d'une ERCD/CRT a aussi un impact sur l'allocation des ressources à l'intérieur d'un système. En Angleterre, le déploiement des ERCD/CRT était coordonné avec la fermeture de lits hospitaliers, résultant en une pression supplémentaire sur l'ensemble des services en communauté, particulièrement les CMHT. Des préoccupations en ce qui concerne l'allocation des ressources à l'intérieur même des ERCD/CRT soulèvent un débat en ce qui concerne le rôle de portier (*gatekeeper*). Plusieurs équipes rapportent utiliser trop de leurs effectifs pour faire des évaluations et assumer ce rôle, ce qui résulte en un manque de ressources pour les suivis des patients pris en charge. Une équipe décrivait donc avoir décidé d'abandonner ce rôle et de permettre un accès direct à leurs services lorsque les références venaient de l'urgence ou des CMHT. Cela n'a pas résulté en un surplus de références inappropriées et a permis de libérer des ressources pour augmenter la capacité d'intervention lors des suivis. Rhodes et ses collègues (2014), concluent qu'un climat de confiance et une collaboration étroite entre les différentes équipes de soins aigus et non-aigus est essentiel afin de bénéficier pleinement du rôle des ERCD/CRT.

Nous ne prétendons pas que l'information obtenue auprès des quatre équipes interviewées dans le cadre de cette note informative représente l'ensemble du Québec, mais nous notons d'emblée une grande diversité dans les modes de fonctionnement des équipes mobiles de résolution de crise, ce qui va de pair avec les résultats de l'enquête sur l'implantation de

PASM 2005-2010 (MSSS, p.25-28 2012). L'intervention de crise émerge de contextes différents et cherche à répondre à une série de besoins et de déficits propres à chaque CISSS/CIUSSS. Ces besoins sont en partie définis par les rôles respectifs des équipes de soins en communauté pour les personnes avec troubles mentaux graves (SBNI, SIV et SIM) et les interactions entre ces équipes. Selon le modèle anglais, les ERCD/CRT doivent intervenir seulement en contexte de crise et durant une période limitée, habituellement de trois à six semaines. Les prises en charge doivent être rapides (moins de 4 heures suivant la demande), les heures d'ouvertures étendues (24h/24) et le suivi doit être intensif (50% des usagers sont vus 2x/jour pendant les trois premiers jours du suivi et 7x pendant la première semaine) (Lloyd-Evans, 2016A). Le mandat des équipes SIM ou SIV au Québec n'est pas d'offrir une telle intensité, et une hospitalisation est habituellement nécessaire lorsque cette intensité de suivi devient requise. Les ERCD/CRT pourraient être une alternative à l'hospitalisation dans ces contextes. La prise en charge par des équipes SIV, SIM et en clinique externe est souvent accompagnée de longs délais (quelques jours à plusieurs semaines, dépendamment du milieu). Les ERCD/CRT pourraient arrimer de façon sécuritaire les patients en crise vers ces services. Au Québec, l'urgence psychiatrique joue le rôle de portier (*Gatekeeping*) en recevant des patients venant d'eux même ou référés par un proche (via une ordonnance d'évaluation psychiatrique, par exemple), par un intervenant, par un médecin de famille ou amené par la police. Les ERCD/CRT pourraient recevoir des références venant directement de ces sources, faire des évaluations psychiatriques directement en communauté et débiter un suivi à

domicile, évitant ainsi un séjour à l'urgence et une possible hospitalisation. Les centres de crises jouent un rôle essentiel en permettant d'héberger temporairement des patients à l'intérieur d'un cadre sécuritaire, sans avoir recours à l'hospitalisation. Selon la grille de fidélité (Lloyd-Evans, 2016A, item 37), des lits d'urgences en communauté⁴ doivent être disponibles afin de permettre de loger les patients en temps de crise, tout en évitant l'utilisation d'un lit à l'hôpital. Il est donc clair que ces centres feraient partie des outils essentiels utilisés par les ERCD/CRT.

Nous illustrons, à l'aide du diagramme 1, un cadre conceptuel décrivant les domaines de soins dans un système équilibré d'organisation des services spécialisés en santé mentale dans les CIUSSS/CISSS. Le tableau 1 présente les caractéristiques idéales des trois types d'équipe en communauté en cours de déploiement au Québec et celles des ERCD/CRT. Les modèles de référence de la littérature sont également indiqués. Notons que les équipes de premier épisode psychotique sont intégrées aux équipes de psychiatrie communautaire

(SBNI) aux États-Unis et en Italie (Kane et al., 2015; Ruggeri et al., 2015).

Conclusion

Les Plans d'Action en Santé Mentale du Québec réitèrent à chaque publication l'importance d'offrir des interventions dans la communauté et de consolider l'offre des services de crise (MSSS, 1998; MSSS, 2005; MSSS, 2015). Toutefois, l'organisation des services de crise entre les régions administratives et plusieurs régions n'offrent pas une gamme complète de services telle que recommandée (MSSS, p.25 2012). Cette revue de littérature et la mise en contexte québécoise révèlent qu'une ERCD/CRT est une intervention intéressante et bien définie qui pourrait solidifier l'offre de services québécoise pour la gestion de la crise. Certaines subtilités dans les rôles et les interactions avec les autres services en communauté devront être clarifiées en fonction des contextes propres à chaque CISSS/CIUSSS.

⁴ Tout type de service communautaire résidentiel, incluant même des hôtels privés

offrant des chambres réservés exclusivement par une équipe ERCD/CRT

1. Diagramme 1: Cadre conceptuel des domaines d'un système équilibré de services spécialisés en santé mentale dans les CISSS/CIUSSS

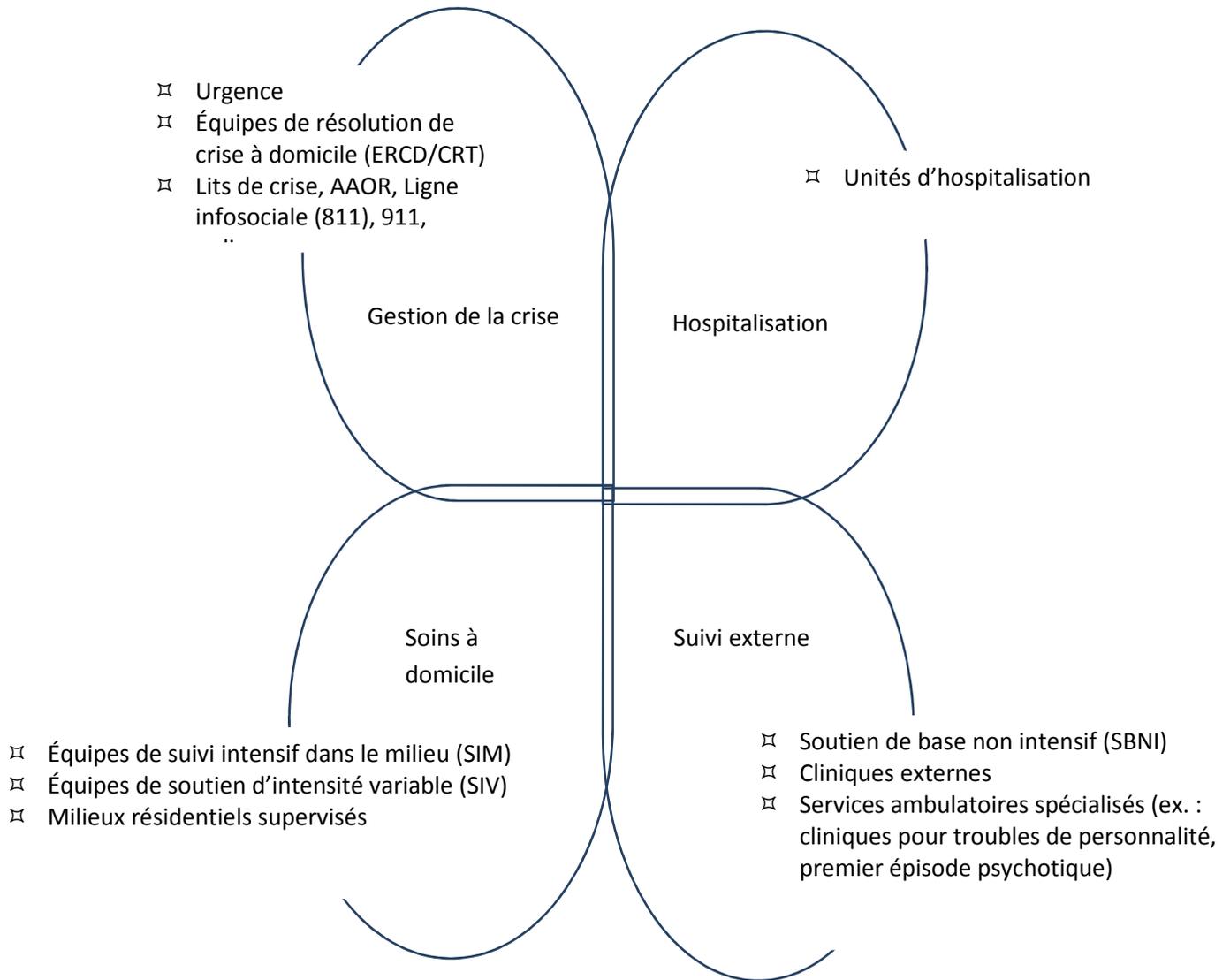


Tableau 1: Les caractéristiques des équipes de suivi, de crise et de soins à domicile dans un système équilibré de services spécialisés en santé mentale dans les CIUSSS/CISSS du Québec

Équipes	Intensité	Durée	Modèle de référence	Nombre de patients par 100'000 habitants	Domaine de soins	Personnel en fonction par équipe	Présence d'un psychiatre
SIM	Élevée	3-5 ans	PACT	70 ⁵	Soins à domicile	10-12	Oui
SIV	Modérée	2 ans	Intensive Case management	250 ⁶	Soins à domicile	10-12	Oui
SBNI	Basse	Plusieurs années	Community Mental Health Team (UK); Community Mental Health Centers (USA) ⁷ ; Centro di salute mentale (Italie) ⁸	1200 ⁹	Suivi externe	10-12	Oui
ERCD	Élevée	3-6 semaines	Crisis Resolution Team (CRT) (UK)	15-20 ¹⁰	Gestion de la crise	10-12	Oui

⁵ Selon (MSSS, p.55, 2015)

⁶ Selon (MSSS, p.55, 2015)

⁷ Community Mental Health Centers décrits dans (Kane et al., 2015)

⁸ Centro di salute mentale décrits dans (Ruggeri et al., 2015)

⁹ Selon (MSSS, p.55, 2015)

¹⁰ Selon (Department of Health, p. 20, 2003)

BIBLIOGRAPHIE

Boisvert, A, Bouffard, A, Paquet, K. Le traitement intensif bref à domicile. Santé mentale France. 2016 (01):68-72.

Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. The Cochrane database of systematic reviews. 2012(6):CD009353.

Briand, C, Menear, M. Implementing a Continuum of Evidence-Based Psychosocial Interventions for People With Severe Mental Illness: Part 2-Review of Critical Implementation Issues. CanJPsychiatry. 2014; 59(4):187-195.

Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. [Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis](#). JAMA Psychiatry. 2017 Jul 1;74(7):694-702.

DEPARTMENT OF HEALTH, *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*, London, Department of Health, 2000, 144p., accessible en ligne : <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsuk1.pdf>

DEPARTMENT OF HEALTH, *The Mental Health Policy Implementation Guide*, London, Department of Health, 2003, 120p., accessible en ligne : <http://www.irisinitiative.org.uk/silo/files/mh-policy-implementation-guide-2003.pdf>

DEPARTMENT OF HEALTH, *The national service framework : five years on*. Londond, Department of Health, 2004, 84p., accessible en ligne : <https://webarchive.nationalarchives.gov>

[uk/20130315225112/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4099122.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4099122.pdf)

Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br JPsychiatry. 2006;189:441-5.

Harrison J, Rajashankar S, Davidson S. From home treatment to crisis resolution: the impact of national targets. Psychiatrist. 2011; 35:89-91.

Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S, Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: are the crisis resolution teams fulfilling their role? BMC Health Serv Res. 2011; 11:96.

Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, Appleby L. [Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study](#). Psychol Med. 2009 Mar; 39(3):443-9.

Hunt IM, Appleby L, Kapur N. Suicide under crisis resolution home treatment - a key setting for patient safety. BJPsych bulletin. 2016;40(4):172-4.

Hunt IM, Rahman MS, While D, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. The lancet Psychiatry. 2014;1(2):135-41.

Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2011;199(1):71-6.

Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A. et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am.J.Psychiatry*, 2015, appiajp201515050632.

Kent, A., Burns, T. Assertive community treatment in UK practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005; 11;388–397.

Killaspy, Helen. Assertive community treatment in psychiatry. *BMJ*, 2007; 335:311-2.

Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D, et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC psychiatry*. 2016A;16(1):427.

Lloyd-Evans B, Fullarton K, Lamb D, Johnston E, Onyett S, Osborn D, et al. The CORE Service Improvement Programme for mental health crisis resolution teams: study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Trials*. 2016B;17:158.

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. *International journal of mental health nursing*. 2017.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 79p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 97p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998. 46 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000381/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 83 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Services sociaux généraux : offre de services, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 70 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>.

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015(12):CD001087.

NATIONAL AUDIT OFFICE, *Helping People Through Mental Health Crisis: The Role of Crisis Resolution and Home Treatment Services*, London, National Audit Office, 2007, 39p., accessible en

ligne : <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2007/12/07085.pdf>

Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2016; 20(3):1-162.

Reding GR, Raphelson M. Around-the-clock mobile psychiatric crisis Intervention: another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Ment Health J*. 1995;31(2):179–87

Rhodes, P., Giles, S. “Risky Business”: a critical analysis of the role of crisis resolution and home treatment teams. *J Ment Health*, 2014; 23(3): 130–134.

Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de, G. G., Santonastaso, P. et al. Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophr.Bull.*, 2015, 41, 1192-1203.

Toot S, Devine M, Orrell M. The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011; 26(12):1221-30.

Valiquette, Luc. Évaluation d’implantation du service d’hospitalisation à domicile du programme de gérontopsychiatrie. CIUSSS de l’Est-de-l’île de Montréal. 2016; 36p.

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*. 2015;15:74.

While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005-12.

ANNEXE

A. Stratégie de recherche et résultats

PubMed, EMBASE et CINHAI

Recherche effectuée le 26 juillet 2017
Toutes les dates de publications étaient incluses

Filtre langue : anglais et français

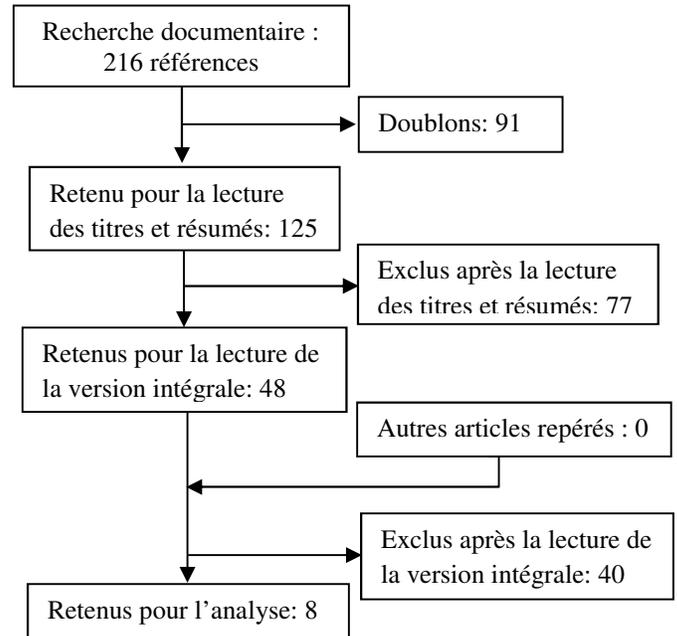
1. "crisis resolution"[TIAB] AND ("home treatment"[TIAB] OR team[TIAB] OR teams[TIAB])
2. ("crisis resolution" and ("home treatment" or team*)).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word]
3. ("crisis resolution" and ("home treatment" or team*))

Résultats PubMed: 77 références

Résultats EMBASE: 79 références

Résultats CINHAI: 60 références

B. Diagramme de sélection des articles



C. Explications de la procédure suivie pour la sélection des articles et l'extraction des données

L'intervention étudiée était spécifique et nous avons pris cette définition afin de sélectionner les articles qui étudiaient une équipe mobile d'intervention de crise qui offre à des personnes souffrant de troubles mentaux une alternative à l'hospitalisation en offrant un soutien à domicile de courte durée et intensif.

Nous avons comme mandat en écrivant cette note informative de donner un avis concis dans un court délai (6 semaines). Ainsi, un effort a été fait pour réduire le nombre d'articles à revoir, tout en faisant la revue de littérature la plus complète possible. Ainsi, nous avons inclus les revues systématiques les plus récentes couvrant les thématiques qui avaient été jugées pertinentes aux enjeux d'implantation lors de la préparation de la grille d'extraction de données (Wheeler, 2015; Murphy, 2015; Toot, 2011; Paton, 2016). Lorsqu'il n'y avait pas de revue systématique couvrant les sujets pertinents, nous avons inclus d'autres types d'articles (Hunt, 2014; Hunt 2016, Lloyd-Evans, 2016A, Lloyd-Evans, 2017). Les données de ces huit articles ont été extraites formellement par deux personnes en parallèle (LD et ML) et une mise en commun a été faite ensuite.

Les autres articles cités ont été lus (par LD) sans pour autant en extraire formellement l'information dans les tableaux d'extraction. Certains de ces articles ont été identifiés en révisant les citations des autres articles que nous avons inclus et d'autres en visitant la

littérature grise sans méthodologie de recherche formelle (articles publiés par le gouvernement québécois).

Deux revues systématiques récentes s'intéressant à l'efficacité des ERCD/CRT ont été revues dans le cadre de notre étude : une revue Cochrane (Murphy et al, 2015) ainsi qu'une synthèse, produite par le *National Institute for Health Research* en Angleterre, sur l'efficacité de plusieurs types d'interventions de crise (Paton et al, 2016). L'article de Paton ne se réfère qu'à la revue systématique réalisée par le *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH, 2014). Les revues de Murphy et du NCCMH incluent les mêmes études randomisées contrôlées (ERC), mais en font une analyse statistique légèrement différente qui mène à des conclusions similaires. Par souci d'être concis, nous ne mentionnons dans la note informative que les résultats de la revue Cochrane.

D. Information recherchée lors de l'extraction de données¹¹

1. Characteristic of the interventions: Evidence strength and quality (effectiveness), safety of the intervention, complexity, adaptability (including data from other countries), and cost-effectiveness.

Description of the interventions: (1) team roles (gatekeeping, referrals, interaction with other services), (2) team organization : size, composition of the team, (3) availability of the intervention : opening hours, area covered, (4) content and processes of care: medication,

severe Mental Illness: Part 2-Review of Critical Implementation Issues. *CanJPsychiatry*. 2014;59(4):187-195.

¹¹ Adapté de : Briand, C, Menear, M. Implementing a Continuum of Evidence-Based Psychosocial Interventions for People With

assessment, screening, description of the intervention, frequency of visits, duration of treatment, time before assessment, processes to discharge and prevent relapse.

2. Characteristic of the providers:

Knowledge, competency and self-efficacy, attitudes and individual stage of change, values and professional identity.

3. Characteristic of the organizations:

Organizational structure and workforce, organizational culture, implementation climate, readiness for implementation, leadership, resources, access to expertise and support, training and supervision.

4. Characteristic of the outer context:

Mental health authority leadership and engagement, engagement and advocacy by service users and family, users' perspective.

5. Implementation process:

Implementation timelines, collaboration and support of stakeholder, skills of front-line players and quality monitoring and evaluation (including fidelity scale).

6. Characteristics of the targeted population:

Service users presentation, age, including prevalence of targeted population.