

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2013

**Etude de l'activité d'une équipe d'intervention de crise et
de la satisfaction de ses usagers et de leur entourage :
l'équipe ULICE**

Céline CHAUVIN

Tuteur : Marianne RAMONET

Sommaire

Sommaire

Sommaire des tableaux et figures

Introduction	1
1. Contexte	5
1.1. <i>Composition de l'équipe</i>	5
1.2. <i>Missions et organisation de l'unité.....</i>	5
1.3. <i>Déroulement des prises en charge.....</i>	6
2. Matériel et Méthode	7
2.1. <i>Objectifs.....</i>	7
2.2. <i>Recueil des données.....</i>	7
2.2.1. <i>Population étudiée</i>	7
2.2.2. <i>Recueil des données portant sur l'activité d'ULICE</i>	8
2.2.3. <i>Recueil des données portant sur la satisfaction des usagers et de leur entourage.....</i>	9
2.2.3.1. <i>Choix des instruments</i>	9
2.2.3.2. <i>Mode de recueil des données</i>	11
2.3. <i>Analyse statistique.....</i>	12
3. Résultats.....	13
3.1. <i>Etude descriptive des patients pris en charge par ULICE</i>	13
3.1.1. <i>Description sociodémographique</i>	13
3.1.1.1. <i>Âge.....</i>	13
3.1.1.2. <i>Sexe</i>	13
3.1.1.3. <i>Statut matrimonial</i>	13
3.1.1.4. <i>Mode de vie.....</i>	13
3.1.1.5. <i>Nombre d'enfants</i>	15
3.1.1.6. <i>Mesure de protection.....</i>	15
3.1.1.7. <i>Statut socioprofessionnel</i>	15
3.1.1.8. <i>Revenus</i>	15
3.1.1.9. <i>Lieu d'habitation.....</i>	17
3.1.2. <i>Description psychiatrique</i>	18
3.1.2.1. <i>Diagnostics CIM 10</i>	18
3.1.2.1.1. <i>Diagnostic principal</i>	18
3.1.2.1.2. <i>Diagnostics associés</i>	18
3.1.2.2. <i>Antécédents psychiatriques connus.....</i>	19
3.1.2.3. <i>Antécédents d'hospitalisation psychiatrique</i>	19
3.1.2.4. <i>Lieu de la dernière hospitalisation</i>	20
3.1.2.5. <i>Suivi en cours.....</i>	20
3.1.3. <i>Description de la prise en charge par ULICE</i>	21

3.1.3.1.	Orientation vers ULICE	21
3.1.3.1.1.	Appelant	21
3.1.3.1.2.	Orientation sur ULICE	22
3.1.3.2.	Réadmission	22
3.1.3.3.	Durée de la crise	22
3.1.3.4.	Durée de la prise en charge	23
3.1.3.5.	Entretiens et interventions	23
3.1.3.6.	Appels téléphoniques	23
3.1.4.	Description de l'orientation du patient en fin de prise en charge	24
3.1.5.	Description du devenir après la prise en charge	25
3.2.	<i>Etude de la satisfaction des usagers et de leur entourage</i>	25
3.2.1.	Questions ouvertes	26
3.2.1.1.	Sujets de satisfaction	26
3.2.1.2.	Sujets d'insatisfaction	26
3.2.2.	Satisfaction globale	27
3.2.3.	Disponibilité téléphonique	28
3.2.4.	Conditions d'accueil	29
3.2.5.	Mobilité	30
3.2.6.	Entretiens	31
3.2.7.	Information	31
3.2.8.	Multiplicité des intervenants	32
3.3.	<i>Analyse des facteurs associés à une hospitalisation en fin de prise en charge</i>	34
3.4.	<i>Analyse des facteurs associés à une réadmission à ULICE</i>	34
3.5.	<i>Analyse des facteurs associés à la satisfaction</i>	34
3.5.1.	Analyse des facteurs associés à la satisfaction des patients	34
3.5.2.	Analyse des facteurs associés à la satisfaction de l'entourage	35
4.	Discussion	36
4.1.	<i>Caractéristiques sociodémographiques des usagers d'ULICE</i>	36
4.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques générales	36
4.1.2.	Lieu d'habitation et secteurs de psychiatrie	37
4.2.	<i>Caractéristiques psychiatriques des usagers d'ULICE</i>	38
4.2.1.	Diagnostic	38
4.2.2.	Antécédents psychiatriques	39
4.2.3.	Suivi	40
4.3.	<i>Prise en charge par ULICE</i>	40
4.3.1.	Orientation des patients sur ULICE	40
4.3.2.	Durée de la crise	42
4.3.3.	Durée de la prise en charge	42
4.3.4.	Appels téléphoniques	43
4.3.5.	Orientation en fin de prise en charge	43
4.3.6.	Devenir après la prise en charge	45
4.3.7.	Satisfaction	46
4.3.7.1.	Satisfaction concernant la disponibilité du service	47
4.3.7.2.	Satisfaction concernant la mobilité	48
4.3.7.3.	Satisfaction concernant le travail avec l'entourage	48

4.3.7.4.	Satisfaction concernant l'information délivrée	49
4.3.7.5.	Satisfaction concernant le relais en fin de prise en charge	49
4.3.7.6.	Satisfaction concernant la multiplicité des intervenants	50
4.3.7.7.	Facteurs associés à la satisfaction	50
4.4.	<i>Biais et limites</i>	51
4.5.	<i>Perspectives</i>	52
Conclusion		54

Références bibliographiques

Abréviations

Annexes

Sommaire des tableaux et figures

<i>Figure 1</i> : Statut matrimonial des usagers d'ULICE en 2012	14
<i>Figure 2</i> : Mode de vie des usagers d'ULICE en 2012	14
<i>Figure 3</i> : Statut socio-professionnel des usagers d'ULICE en 2012	16
<i>Figure 4</i> : Revenus des usagers d'ULICE en 2012	16
<i>Figure 5</i> : Lieu d'habitation des usagers d'ULICE en 2012	17
<i>Figure 6</i> : Diagnostics principaux des usagers d'ULICE en 2012	19
<i>Figure 7</i> : Dernier suivi en cours des usagers d'ULICE en 2012	20
<i>Figure 8</i> : Orientation sur ULICE des usagers d'ULICE en 2012	21
<i>Figure 9</i> : Origines de l'orientation vers ULICE des usagers d'ULICE en 2012	22
<i>Figure 10</i> : Orientation en fin de prise en charge des usagers d'ULICE en 2012	24
<i>Figure 11</i> : Satisfaction globale des usagers d'ULICE et de leur entourage en 2012	28
<i>Figure 12</i> : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant la disponibilité téléphonique en 2012	29
<i>Figure 13</i> : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant les conditions d'accueil en 2012	30
<i>Figure 14</i> : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant la mobilité en 2012	30
<i>Figure 15</i> : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant les entretiens en 2012	32
<i>Figure 16</i> : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant l'information en 2012	33
<i>Figure 17</i> : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant la multiplicité des intervenants en 2012	33
 <i>Tableau 1</i> : Sujets de satisfaction et d'insatisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage en 2012	 27

Introduction

La crise est définie par De Clercq (2005) comme étant « l'état d'un système au moment où un changement se produit, comme une rupture d'équilibre des échanges. Bien que ressentie comme pénible, elle n'est pas nécessairement un moment négatif mais elle est nécessaire pour qu'un changement survienne ». Ces changements vont exiger du système des facultés d'adaptation pour mettre en place les moyens de résoudre la crise. Lorsque le système ne parvient pas à mettre en place les conditions nécessaires au changement, le symptôme va émerger chez un de ses membres, qui, mettant en péril l'équilibre du système, sera rapidement expulsé, par exemple vers l'hôpital psychiatrique.

Or la psychiatrie a une tradition bien ancrée de modèles individualistes pour définir et comprendre les problèmes de santé mentale, basée sur des suppositions d'inadéquation et de pathologie du patient désigné (Bridgett & Polak, 2003). Un tel point de vue strictement médical refoule les perspectives sociales à la périphérie, restreignant les possibilités de compréhension et de résolution du problème, le patient désigné étant perçu comme un individu en proie à des problèmes plutôt que comme un individu évoluant au sein d'un système en crise. Ainsi, l'hospitalisation, en extrayant l'individu de son environnement social, empêche la compréhension et la résolution de la crise. Le patient apprendra de nouvelles stratégies adaptatives, efficaces peut-être au sein du système qu'est le service hospitalier, mais inadéquates et donc non efficaces pour son milieu habituel (Bridgett & Polak, 2003).

Le traitement à domicile présente plusieurs avantages sur le traitement en milieu hospitalier (Sjølie, Karlsson, & Kim, 2010). L'intervention de crise est menée in situ de la crise, et est de ce fait plus à même d'être basée sur une compréhension de la situation de crise et une prise en compte des besoins sociaux. Par ailleurs, le contexte du traitement à domicile tend à égaliser les relations de pouvoir entre les professionnels et les usagers (et/ou leur famille), et augmente la sensibilité des professionnels pour voir, écouter et parler avec plutôt qu'aux usagers. Également, le traitement à domicile renforce le contrôle et la responsabilité des usagers. Ceux-ci sont plus à même de se centrer sur les problèmes actuels dans le climat de sécurité et de confort qu'est le domicile. Par ailleurs, le traitement à domicile est plus acceptable pour l'utilisateur et ses proches, et participe à rendre l'expérience de la crise moins stigmatisante.

Enfin, l'utilisateur est plus à même d'apprendre de nouvelles compétences dans son environnement habituel plutôt qu'à l'hôpital.

Depuis plus d'une quarantaine d'années, en conséquence des politiques de fermetures des hôpitaux psychiatriques et de réduction des lits, de plus en plus de patients souffrant de troubles mentaux sont pris en charge dans la communauté. Avec ce mouvement de désinstitutionnalisation, un point particulièrement difficile est apparu : celui de délivrer des soins d'une qualité suffisante au cours des décompensations aiguës des maladies mentales. En effet, en l'absence de soins ambulatoires efficaces en période de crise, un schéma cyclique se mettait en place, où le patient était hospitalisé en période aiguë, avant de sortir d'hospitalisation, jusqu'à une prochaine crise, réalisant le syndrome de la porte tournante. Pour briser ce cycle, il était nécessaire de développer des formes de soins communautaires adéquates pour prendre en charge les crises psychiatriques dans le contexte de l'environnement habituel. Ainsi, dès les années 1970 ont été introduits des modèles plus spécifiques d'intervention de crise (Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012).

Depuis, en réponse aux preuves croissantes d'efficacité des interventions précoces à domicile en santé mentale, ainsi qu'à leur moindre coût comparativement aux soins hospitaliers, les équipes d'intervention de crise à domicile se sont développées et constituent désormais un modèle reconnu de soins. De nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, et le consensus sur les atouts de telles structures est international : diminution du taux d'hospitalisation, réduction des coûts, évitement des hospitalisations répétées, meilleure satisfaction des usagers et des aidants, meilleure amélioration de la santé mentale des usagers, diminution du fardeau pour l'utilisateur et les aidants, réduction de la stigmatisation (Glover, Arts, & Babu, 2006; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Murphy et al., 2012; Robin, Bronchard, & Kannas, 2008; Sjølie et al., 2010), avec une sécurité en terme de mortalité équivalente aux soins dits standards (Murphy et al., 2012).

Leur implantation a été large dans certains pays tels que les Etats-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, les pays scandinaves ainsi que d'autres pays européens, dans le cadre de politiques de santé (Department of Health, 2001). Elle a été plus confidentielle en France, et résulte jusqu'à présent d'initiatives locales plus qu'une politique nationale et d'une organisation générale des soins en santé mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé (2013) ainsi que les politiques européennes (European Commission,

2005) insistent sur le développement des services de santé mentale intégrés et réactifs à base communautaire. Les politiques françaises, au travers des plans Psychiatrie et Santé Mentale successifs (Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005; Ministère du travail, de l'emploi et de la santé & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012) prévoient également de développer des alternatives à l'hospitalisation.

Robin et al. (2001) soulignent que le développement du dispositif de soins psychiatriques en France, basé sur la sectorisation, n'a pas permis la mise en place de réponses adaptées aux situations de crise en ambulatoire. Les raisons en seraient idéologiques et pratiques : citons un modèle prédominant psychodynamique qui met l'accent sur la demande plutôt que sur l'offre, une absence de formation des professionnels, une pratique thérapeutique encore hospitalo-centrée, et la prévalence *a priori* trop faible des situations de crise par secteur pour développer isolément une réponse structurée.

Les fonctions et caractéristiques des équipes d'intervention de crise varient, mais typiquement ces équipes sont multidisciplinaires, offrent un service communautaire disponible 24/24h 7/7j, fournissent des soins intensifs de courte durée (4 à 6 semaines) sans délai, tiennent un rôle « porte » pour les admissions hospitalières, ont un faible ratio patients/personnel avec une gestion partagée des cas, visent le patient aussi bien que son entourage avec un engagement actif de leur part, et se concentrent aussi bien sur les besoins cliniques que sociaux (Department of Health, 2001; Sjølie et al., 2010). Leur objectif (Sjølie et al., 2010) est de prendre en charge les situations de crise dans la communauté afin de restaurer les mécanismes d'adaptation du patient au sein de son environnement habituel, prendre en compte l'entourage et éviter ou raccourcir les durées d'hospitalisation. Les indications (Department of Health, 2001) sont les patients présentant un trouble psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, syndrome dépressif sévère) avec un état de crise aiguë d'une sévérité telle que sans l'intervention de l'équipe de crise, une hospitalisation serait nécessaire. Dans les modèles internationaux, les autres troubles psychiatriques et les crises non psychopathologiques ne sont pas des indications, mais sont bien souvent concernés en pratique (Ramonet & Roelandt, sous presse).

Un autre aspect de l'évolution des pratiques de soins est l'évaluation de la satisfaction des usagers. Celle-ci est assez récente en France et a été rendue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996 (*Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*, 1996) stipulant que « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel de tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction ». Plusieurs études ont été publiées sur la satisfaction des patients, ainsi que celle des proches ; les taux de satisfaction globale sont généralement élevés, supérieurs pour les services ambulatoires qu'hospitaliers. Les patients sont satisfaits notamment des rapports avec l'équipe soignante, des qualités personnelles et professionnelles des soignants et de l'implication des proches dans le traitement ; ils sont souvent insatisfaits de l'information délivrée et de l'organisation des services.

Ce travail propose d'évaluer l'activité d'une équipe mobile d'intervention de crise située à Marseille, ULICE (Unité Locale d'Intervention et d'Evaluation de Crise) au travers les caractéristiques sociodémographiques des patients, leurs caractéristiques psychiatriques, les éléments descriptifs de prise en charge, d'orientation et de devenir, ainsi que la satisfaction des usagers et de leur entourage. Nous étudierons également les facteurs associés à une hospitalisation malgré la prise en charge par ULICE, à une réadmission, et à la satisfaction des patients ainsi que de leur entourage.

1. Contexte

Mise en place en Juillet 2008, ULICE est une équipe mobile d'intervention de crise intersectorielle dépendant du pôle psychiatrique universitaire de l'hôpital Sainte-Marguerite. Elle intervient du 1^{er} au 12^{ème} arrondissement de Marseille auprès des usagers et de leur entourage confrontés à des situations de crise. Le territoire d'intervention d'ULICE recouvre une population de 610 851 habitants (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2012) et 10 secteurs de psychiatrie générale.

1.1. Composition de l'équipe

L'unité est composée d'une équipe pluridisciplinaire comportant un praticien hospitalier référent à mi-temps, un interne en psychiatrie, un psychologue, 4 infirmiers et une secrétaire.

1.2. Missions et organisation de l'unité

ULICE a pour missions d'évaluer les situations de crise, de proposer un suivi ambulatoire sur le temps de crise et de favoriser l'accès aux soins en organisant, si nécessaire, un relais adapté, voire une hospitalisation.

ULICE propose également une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie dont les indications sont les mêmes que pour une hospitalisation classique (décompensation psychotique, accès maniaque ou mélancolique, dépression, tentative de suicide...). Enfin, ULICE effectue un travail de réseau, en articulant les soins entre les différents acteurs (médecins généralistes et psychiatres, CMP, infirmiers libéraux, associations de familles et d'usagers...).

Une permanence téléphonique est assurée les jours ouvrables, de 9h00 à 18h30, par un binôme de l'équipe (psychiatre, psychologue, infirmier). Les entretiens et interventions se font de 11h à 18h30.

1.3. Déroulement des prises en charge

L'admission peut se faire à la demande du psychiatre traitant, du médecin généraliste, du service des urgences, de l'utilisateur, de sa famille ou toute personne concernée par la situation (travailleur social, tuteur, infirmier libéral...).

Les indications de prise en charge sont larges et ne visent pas de pathologie particulière. L'unité prend en charge toute situation de crise psychique. Il est à noter qu'ULICE dépend d'un service de psychiatrie adulte, mais que la lecture relationnelle ainsi que l'attention portée aux enjeux familiaux permet d'intervenir pour des enfants et des adolescents (qui seront orientés le cas échéant vers des structures plus adaptées).

Les contre-indications sont les situations comportant une part d'urgence somatique (notamment les intoxications aiguës) nécessitant une hospitalisation en milieu somatique, l'existence d'un risque suicidaire élevé avec imminence d'un passage à l'acte, les comportements hétéro-agressifs, l'absence totale d'entourage, les personnes sans domicile fixe.

Les contacts avec l'utilisateur et son entourage ont lieu dans les locaux d'ULICE, à son domicile ou dans tout autre lieu de la communauté (cabinet du médecin généraliste, partenaires sociaux...).

Dans un premier temps est réalisé un recueil d'informations par téléphone auprès de l'utilisateur et de son entourage (soignant, familial et/ou amical). A partir de cette évaluation est proposée une intervention, réalisée par un binôme de l'équipe, visant à préciser les difficultés rencontrées par l'ensemble des personnes confrontées à la situation. Dans un second temps est proposée une prise en charge ambulatoire centrée sur la situation de crise, réalisée par un binôme soignant sur une période limitée (2 mois ou 10 entretiens). Les entretiens sont réalisés avec l'utilisateur et un ou plusieurs membres de son entourage. Ces entretiens, d'inspiration systémique, visent à soutenir l'utilisateur et son entourage ainsi qu'à dégager les implications relationnelles des personnes concernées. Outre les entretiens, une prescription médicamenteuse peut avoir lieu (délivrance du traitement par la pharmacie habituelle), de même que la mise en place de passages d'infirmier libéral à domicile par exemple. A l'issue de la prise en charge est organisé, si nécessaire, un relais vers les structures existantes (médecin psychiatre ou généraliste, CMP...).

2. Matériel et Méthode

2.1. Objectifs

Ce travail propose une double étude.

La première partie étudie l'activité d'ULICE au travers les caractéristiques sociodémographiques des patients, leurs caractéristiques psychiatriques, les éléments descriptifs de prise en charge, d'orientation et de devenir.

La deuxième partie, qualitative, étudie la satisfaction des usagers ainsi que de leur entourage.

A partir de ces éléments descriptifs, une analyse statistique a été réalisée afin d'étudier les facteurs associés à :

- Une hospitalisation en fin de prise en charge ;
- Une réadmission à ULICE ;
- La satisfaction des patients ;
- La satisfaction de l'entourage.

2.2. Recueil des données

2.2.1. Population étudiée

Le critère d'inclusion était d'avoir bénéficié d'au moins un entretien avec ULICE sur la période du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2012, y compris dans le cadre d'une évaluation aux urgences (ne débouchant pas systématiquement sur une prise en charge).

2.2.2. Recueil des données portant sur l'activité d'ULICE

Une fiche a été élaborée, afin de recueillir les données suivantes pour chaque patient rencontré au cours de l'année 2012 :

- Caractéristiques de l'orientation sur ULICE (appellant)
- Données sociodémographiques :
 - Age
 - Sexe
 - Nombre d'enfants
 - Statut matrimonial
 - Mode de vie
 - Nombre d'enfants mineurs au domicile
 - Mesure de protection
 - Statut socioprofessionnel
 - Revenus
 - Code postal du lieu d'habitation
- Antécédents psychiatriques :
 - Antécédents psychiatriques connus
 - Antécédents d'hospitalisation et, le cas échéant, lieu de la dernière hospitalisation
 - Suivi
 - Diagnostics CIM 10 (diagnostic principal et diagnostics associés)

- Prise en charge :
 - Délai entre le début de la crise et la demande de prise en charge
 - Durée de prise en charge
 - Nombre et durée totale d'entretiens et d'interventions
 - Nombre et durée totale d'appels téléphoniques.
- Orientation en fin de prise en charge
- Devenir après la prise en charge :
 - Nouvelle prise en charge par ULICE
 - Hospitalisation depuis la prise en charge.

Les données étaient recueillies de manière rétrospective, à l'aide du dossier médical du patient (dossier papier et informatisé). Les données concernant le devenir du patient ont été recueillies soit à l'aide du dossier médical, soit par téléphone auprès du patient.

2.2.3. Recueil des données portant sur la satisfaction des usagers et de leur entourage

2.2.3.1. Choix des instruments

Deux versions d'un questionnaire de satisfaction ont été élaborées, l'une étant destinée aux usagers, et l'autre destinée à l'entourage. Nous les avons élaborées en nous inspirant du questionnaire construit par Ampelas et al. (2005) afin d'évaluer la satisfaction des usagers et de leurs proches pris en charge par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique, l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC). Ce questionnaire avait été élaboré à l'aide de questionnaires validés, le CSQ-8 (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) et le QOSE, et a fait l'objet d'une publication dans l'Encéphale (Ampelas et al., 2005).

Nous avons adapté ces questionnaires à l'activité d'ULICE à l'aide d'une réflexion avec les membres de l'équipe.

Deux versions ont ainsi été élaborées : une version patient et une version entourage. Les questionnaires étaient constitués de 20 réponses fermées et 2 réponses ouvertes.

Deux questions ouvertes étaient posées en début de questionnaire :

- « Qu'est-ce qui vous a le plus satisfait dans la prise en charge par l'équipe ULICE ? »
- « Qu'est-ce qui pourrait selon vous être amélioré ? »

Ces questions permettaient de recueillir des thèmes non explorés par les questions fermées. Elles étaient abordées en début de questionnaire afin d'éviter une « contamination » par les questions fermées.

Les dimensions abordées par les questions fermées étaient :

- La satisfaction globale :
 - La satisfaction globale ;
 - La durée de la prise en charge ;
 - L'aide et les soins reçus ;
 - La personne conseillerait-elle une prise en charge par ULICE.
- La disponibilité téléphonique :
 - Les horaires de permanence téléphonique ;
 - Les réponses au téléphone.
- Les conditions d'accueil :
 - L'accueil dans le service ;
 - Le respect des heures de rendez-vous ;
 - Le délai pour obtenir un rendez-vous.

- La mobilité
- L'intervention elle-même :
 - La durée des rendez-vous ;
 - La fréquence des rendez-vous ;
 - L'attention portée aux problèmes personnels ;
 - Le soutien aux proches.
- L'information délivrée :
 - L'information donnée aux proches ;
 - L'information donnée sur la maladie ;
 - L'information donnée sur les médicaments ;
 - L'information donnée sur le suivi après la prise en charge par ULICE ;
- La multiplicité des intervenants.

Les réponses aux questions fermées devaient être choisies parmi « très satisfait(e) », « satisfait(e) », « pas très satisfait(e) », « pas du tout satisfait(e) », « ne se prononce pas ».

2.2.3.2. Mode de recueil des données

Les réponses au questionnaire étaient recueillies du 1^{er} au 31 Mai 2013 par téléphone auprès des usagers et d'un membre de leur entourage.

Une courte introduction au questionnaire expliquait la méthode ainsi que les objectifs de l'enquête, avant de recueillir le consentement de l'utilisateur ou du membre de l'entourage interrogé.

Le choix du membre de l'entourage à interroger se faisait à la lumière de la lecture du dossier, afin de choisir le membre de l'entourage apparemment le plus impliqué dans la situation. Nous avons choisi de ne pas considérer l'appelant comme personne de l'entourage la plus pertinente à interroger de manière systématique car il pouvait s'agir d'une personne qui n'était ensuite pas ou peu impliquée dans la prise en charge (par exemple les médecins des urgences psychiatriques).

2.3. Analyse statistique

Le choix des variables était basé sur la littérature portant sur ce sujet.

La description de l'échantillon a été réalisée à l'aide des moyennes et écart-types pour les variables continues, et des proportions pour les variables qualitatives ou catégorielles. Les comparaisons de moyennes de scores ont été réalisées au moyen de tests de comparaison de pourcentage (test du chi-deux) et de comparaison de moyennes selon les conditions d'application (test t de Student, test non paramétrique de Mann-Whitney et ANOVA). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 18.0). Le seuil de significativité statistique est fixé à 5%.

3. Résultats

118 patients ont été inclus dans l'étude.

3.1. Etude descriptive des patients pris en charge par ULICE

3.1.1. Description sociodémographique

3.1.1.1. Âge

La moyenne d'âge était de 40 ans. Le patient le plus jeune avait 11 ans et le plus âgé, 86 ans.

3.1.1.2. Sexe

On comptait 70 hommes (59,3%) et 48 femmes (40,7%), soit un ratio hommes/femmes de 1,5 pour 1.

3.1.1.3. Statut matrimonial

Les données concernant le statut matrimonial étaient disponibles pour 117 patients (91,2%). Parmi eux, 78 patients (66,7%) étaient célibataires. 17 (14,5%) étaient en couple. 22 (18,8%) étaient divorcés, séparés ou veufs. Ces données sont reprises dans la Figure 1 ci-dessous.

3.1.1.4. Mode de vie

Les données étaient disponibles pour 111 patients (94,1%). 40 patients (36%) vivaient seuls. 45 (40,5%) vivaient chez leurs parents. 17 (15,3%) vivaient en couple. Les données sont illustrées par la Figure 2 ci-dessous.

Figure 1 : Statut matrimonial des usagers d'ULICE en 2012

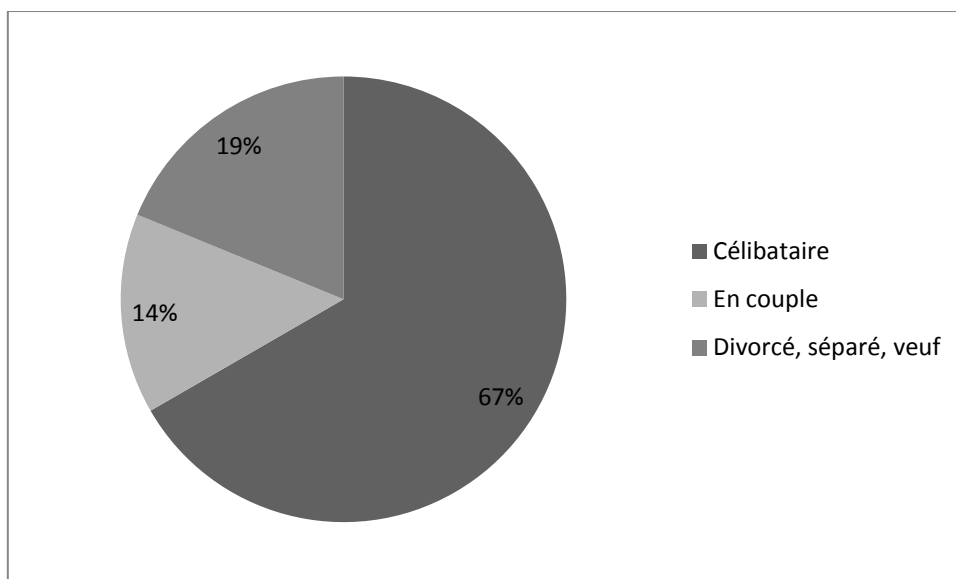
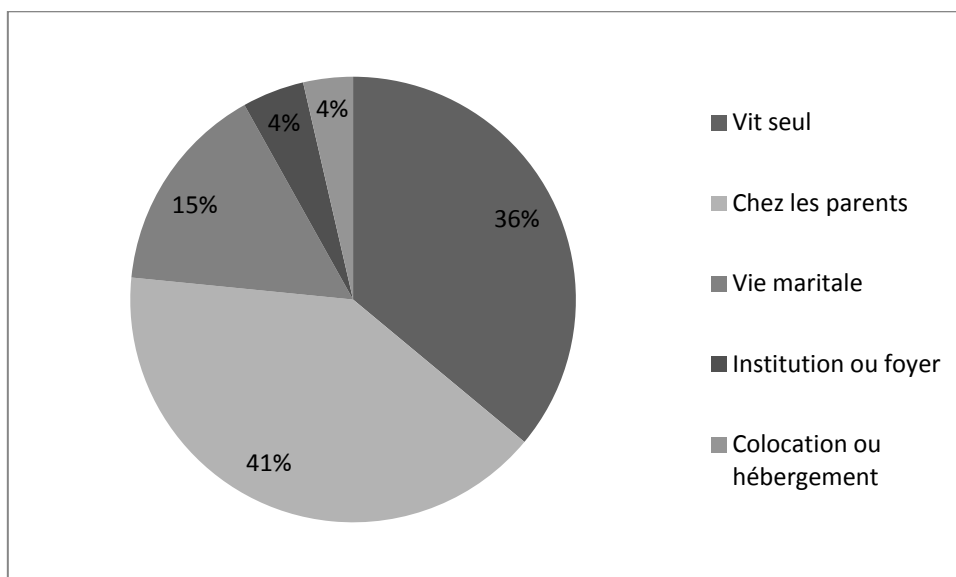


Figure 2 : Mode de vie des usagers d'ULICE en 2012



3.1.1.5. Nombre d'enfants

Les données concernant les enfants étaient disponibles pour 116 patients (98,3%). Les patients avaient en moyenne 0,66 enfants. Le nombre minimum d'enfants était de 0 et le maximum de 7 enfants. 20 personnes (16,9%) vivaient avec un enfant mineur au domicile.

3.1.1.6. Mesure de protection

Les données concernant les mesures de protection étaient disponibles pour 96 patients (81,4%). 87 patients (90,6%) n'avaient pas de mesure de protection.

3.1.1.7. Statut socioprofessionnel

Les données concernant le statut socioprofessionnel étaient disponibles pour 113 personnes (95,8%). 12 patients (10,6%) étaient actifs ; 73 (64,6%) étaient inactifs (sans emploi ou en recherche d'emploi) ; 28 (24,8%) avaient un autre statut socioprofessionnel (étudiant ou retraité). Ces données sont reprises dans la Figure 3 ci-après.

3.1.1.8. Revenus

Les informations concernant les revenus étaient disponibles pour 101 patients (85,6%). 45 patients (44,6%) percevaient une allocation (Allocation Adulte Handicapé, invalidité, chômage, RSA). 12 patients (11,9%) touchaient des revenus d'une activité salariée. 34 patients (33,7%) n'avaient aucun revenu. 10 (9,9%) percevaient une retraite. Ces chiffres sont repris dans la Figure 4 ci-après.

Figure 3 : Statut socio-professionnel des usagers d'ULICE en 2012

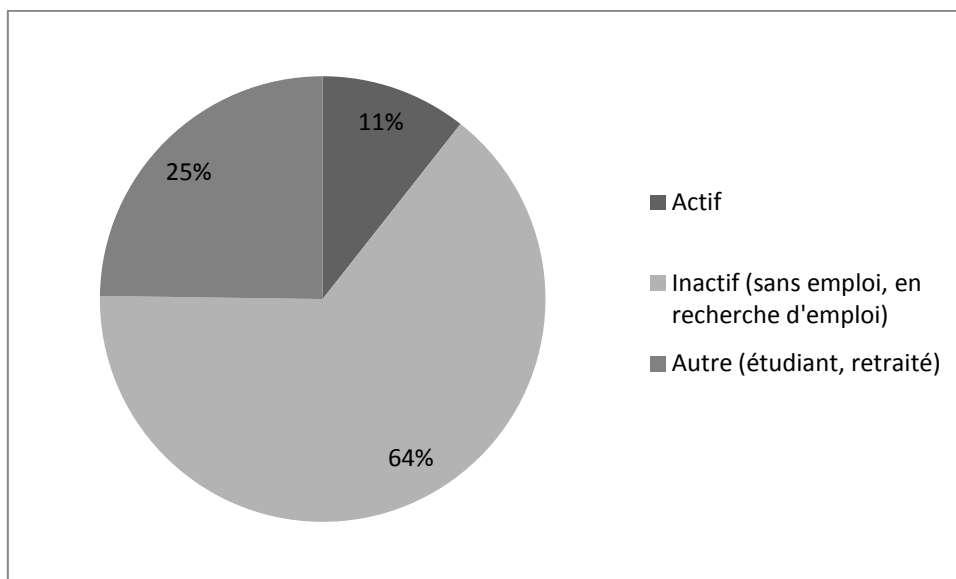
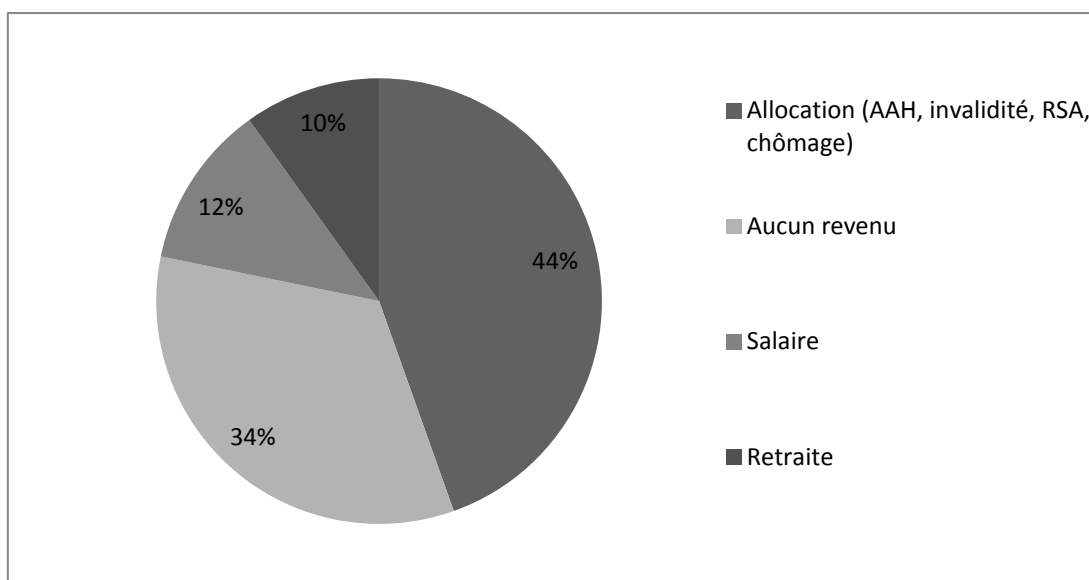


Figure 4 : Revenus des usagers d'ULICE en 2012

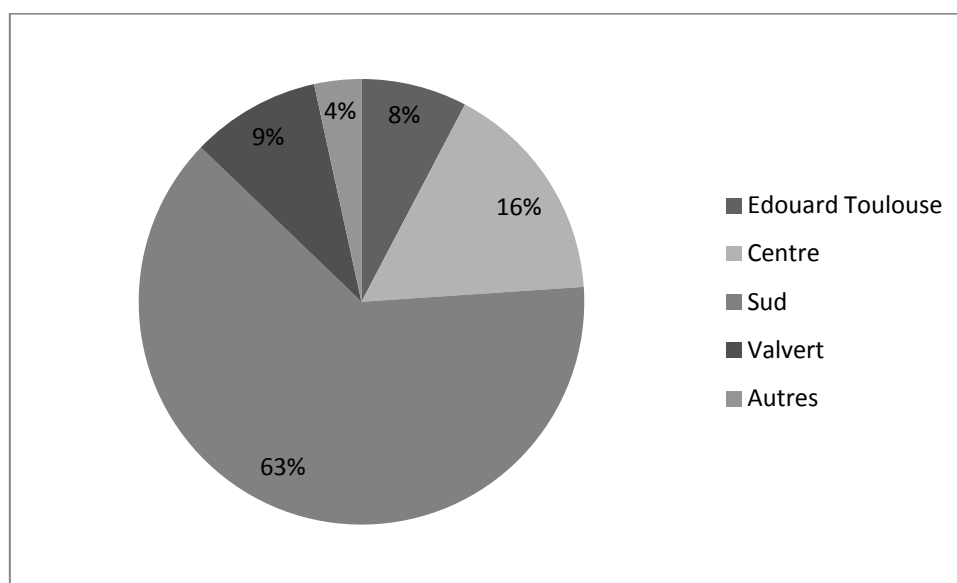


3.1.1.9. Lieu d'habitation

Par souci de clarté, les données concernant le lieu d'habitation ont été regroupées par hôpital de rattachement selon le secteur (Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2012) : 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille correspondant au territoire du Centre Hospitalier Spécialisé Edouard Toulouse (secteurs 13G11 et 13G12) ; 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements correspondant au territoire du pôle psychiatrie Centre (secteurs 13G02, 13G03, 13G04) ; 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements correspondant au territoire du pôle psychiatrie universitaire Sud (13G01, 13G05, 13G06) ; 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements correspondant au territoire du Centre Hospitalier Spécialisé Valvert (13G07, 13G08) ; les autres lieux d'habitation, anecdotiques, ont été regroupés. Une carte reprenant ces données est disponible en Annexe 1.

Les données concernant le lieu d'habitation étaient connues pour 117 patients (99,2%). 9 personnes (7,7%) vivaient dans les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille. 19 personnes (16,2%) vivaient dans les 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements de Marseille. 74 personnes (63,2%) vivaient dans les 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements de Marseille. 11 (9,4%) personnes (7,8%) vivaient dans les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Marseille. 4 personnes (3,4%) vivaient dans d'autres arrondissements de Marseille ou d'autres villes. Ces données sont illustrées dans la Figure 5 ci-dessous.

Figure 5 : Lieu d'habitation des usagers d'ULICE en 2012



3.1.2. Description psychiatrique

3.1.2.1. Diagnostics CIM 10

96,7% (n=114) des codes CIM-10 principaux (OMS, 2008) étaient disponibles. Les codes diagnostics associés étaient recueillis à la lecture du dossier car très rarement renseignés. Le code Z63 « Difficultés liées à l'entourage immédiat », bien que n'étant habituellement pas considéré comme un diagnostic principal, a été pris en compte comme tel dans certaines situations où l'utilisateur ne présente pas de pathologie mais une crise relationnelle ayant motivé la prise en charge par ULICE.

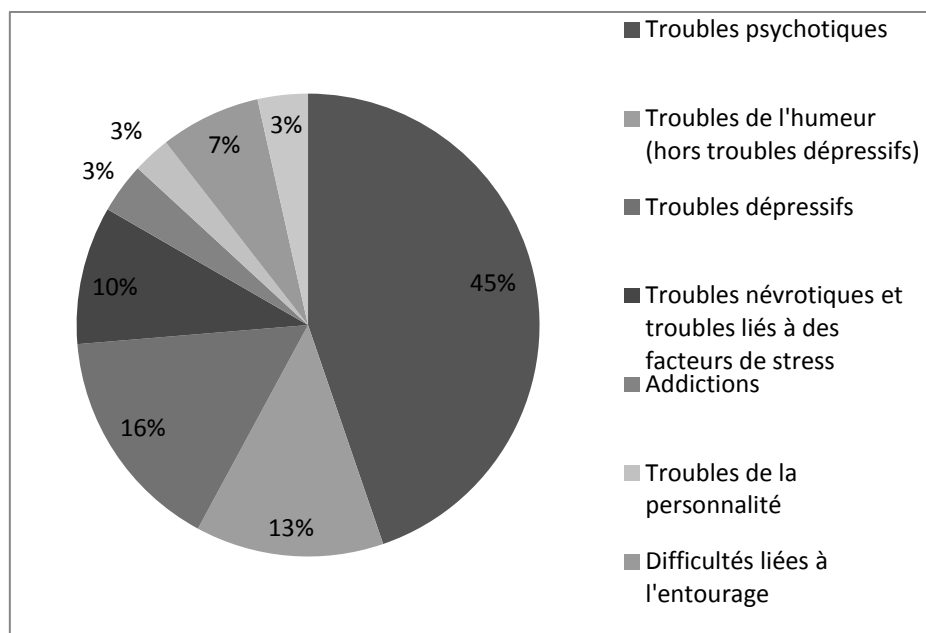
3.1.2.1.1. Diagnostic principal

51 patients (44,7%) souffraient de troubles psychotiques (codes F2). 33 patients (28,9%) souffraient de troubles de l'humeur (codes F3), parmi lesquels 15 (46,9%) souffraient de trouble bipolaire (codes F30 et F31). 11 patients (9,6%) souffraient de troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress (codes F4). 4 patients (3,5%) souffraient de troubles addictologiques (codes F1). 3 patients (2,6%) souffraient de troubles de la personnalité (codes F6). 8 patients (7%) présentaient des difficultés liées à l'entourage immédiat (code Z63). Ces données sont reprises dans la Figure 6 ci-après.

3.1.2.1.2. Diagnostics associés

54 patients (45,8%) avaient une ou plusieurs comorbidités psychiatriques. On retrouvait au total 91 diagnostics associés, notamment 39 fois un trouble addictif et 26 fois une tentative de suicide.

Figure 6 : Diagnostics principaux des usagers d'ULICE en 2012



3.1.2.2. Antécédents psychiatriques connus

Les données concernant d'éventuels antécédents psychiatriques étaient recueillies pour 114 patients (96,6%). On retrouvait des antécédents psychiatriques préalables à la prise en charge dans 82,5% des cas (n=94).

3.1.2.3. Antécédents d'hospitalisation psychiatrique

Les données concernant des antécédents d'hospitalisation psychiatrique étaient retrouvées dans 90,7% des cas (107). 67 patients (62,6%) avaient été par le passé hospitalisés en milieu psychiatrique.

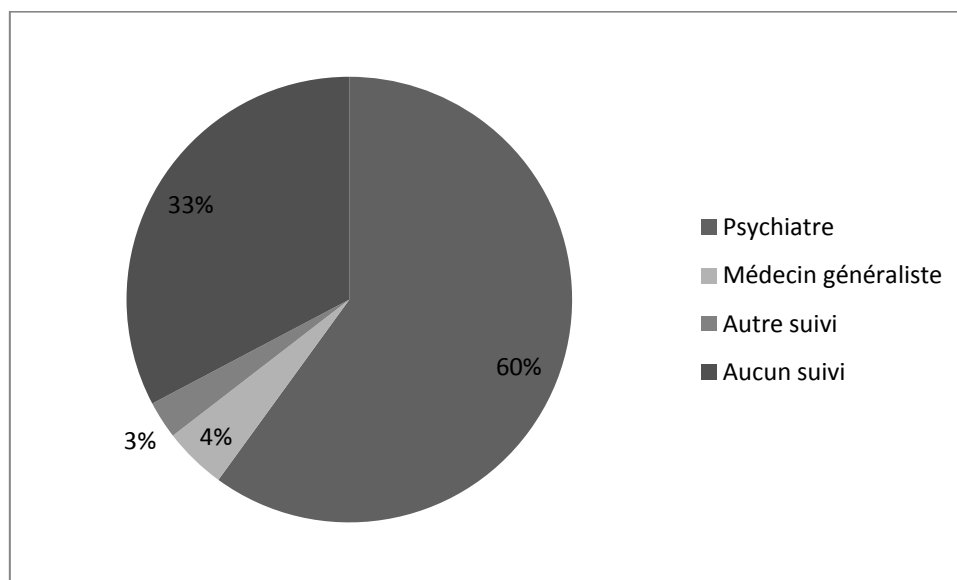
3.1.2.4. Lieu de la dernière hospitalisation

En cas d'antécédents d'hospitalisation psychiatrique, les données concernant le lieu de la dernière hospitalisation étaient disponibles pour 66 patients (98,5%). 54 patients (81,8%) avaient été hospitalisés pour la dernière fois dans un établissement public (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille majoritairement).

3.1.2.5. Suivi en cours

Les informations concernant le suivi en cours étaient retrouvées pour 110 patients (93,2%). Au total, 74 patients (67,3%) étaient suivis par un professionnel de santé. 66 patients (60%, soit 89,2% des patients suivis), l'étaient par un psychiatre (public dans 63% des cas). 5 étaient suivis par un médecin généraliste (4,5%). Ces données sont illustrées par la Figure 7 ci-dessous.

Figure 7 : Dernier suivi en cours des usagers d'ULICE en 2012



3.1.3. Description de la prise en charge par ULICE

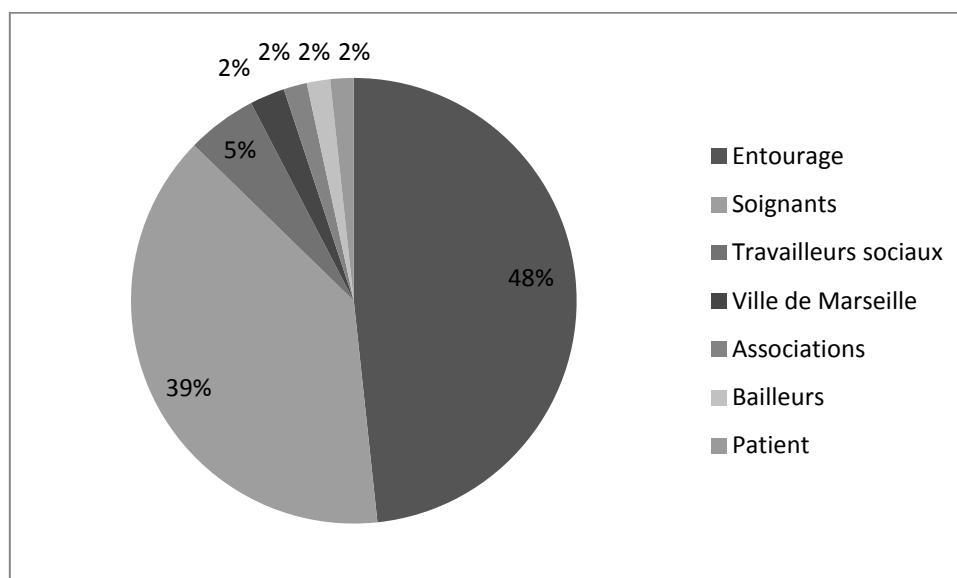
3.1.3.1. Orientation vers ULICE

3.1.3.1.1. Appellant

On entend par « appellant » la personne qui interpelle ULICE pour une situation.

Les informations concernant l'appellant étaient disponibles pour les 118 patients inclus (100%). Pour 57 patients (48,3%) c'était un membre de l'entourage qui faisait appel à ULICE, majoritairement les parents (63,2%), plus rarement la fratrie (15,8%), le conjoint (3,5%), les enfants (8,8%) ou un proche autre (8,8%). Pour 46 patients (39%) c'était un soignant qui faisait appel à ULICE, en particulier un psychiatre (32,6%), quasi exclusivement du secteur public, ou les urgences psychiatriques (28,3%). Les appelants étaient également des travailleurs sociaux (assistant social, tuteur, éducateur) dans 5,1% des cas, la Ville de Marseille (2,5%), des associations (1,7%), des bailleurs (1,7%), ou encore le patient lui-même (1,7%). Ces données sont illustrées par la Figure 8 ci-dessous.

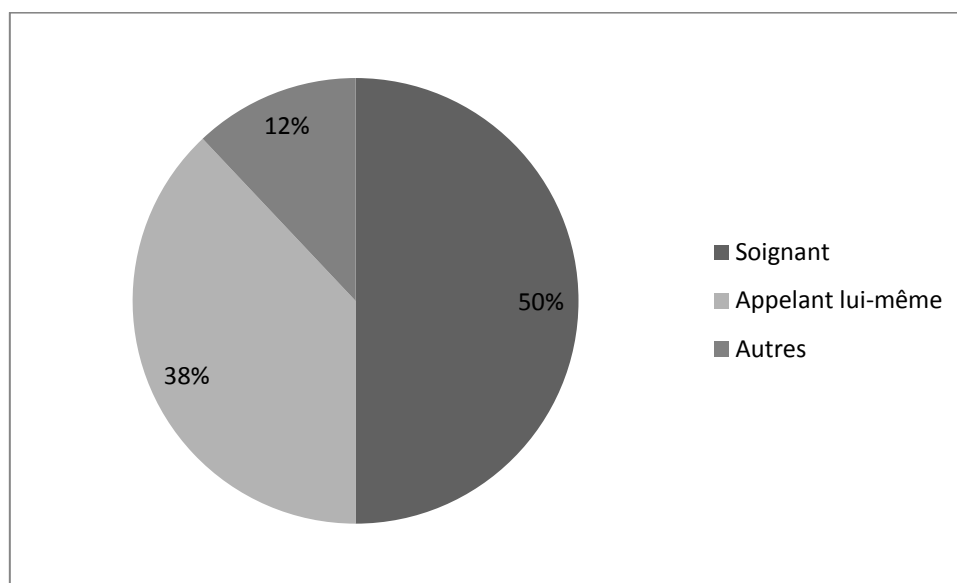
Figure 8 : Orientation sur ULICE des usagers d'ULICE en 2012



3.1.3.1.2. Orientation sur ULICE

Les données concernant l'origine de l'orientation sur ULICE (personne ayant orienté l'appelant sur ULICE) étaient disponibles pour 108 patients (91,5%). Pour 54 patients (50%) il s'agissait d'un soignant (psychiatre en premier lieu, puis urgences psychiatriques, et autres soignants). Pour 41 patients (38%), l'appelant connaissait déjà ULICE. Ces données sont illustrées par la Figure 9 ci-dessous.

Figure 9 : Origines de l'orientation vers ULICE des usagers d'ULICE en 2012



3.1.3.2. Réadmission

Les données concernant l'existence d'une prise en charge antérieure étaient disponibles pour les 118 patients (100%). Il s'agissait dans 70,3% des cas (83) d'une primo-admission.

3.1.3.3. Durée de la crise

Les données concernant le temps écoulé entre le début de la crise, identifié par le patient et/ou son entourage et le début de la prise en charge étaient recueillies dans 55,9% des cas (66). La durée moyenne était de 91 jours. La durée minimale de la crise avant adresse à ULICE était de 0 jours et la durée maximale, de 1080 jours.

3.1.3.4. Durée de la prise en charge

Les informations concernant la durée de la prise en charge étaient disponibles dans 100% des cas (n=118). La durée moyenne de prise en charge était de 52 jours. La prise en charge la plus courte avait duré un jour, et la plus longue, 376 jours.

La durée moyenne de prise en charge des patients finalement hospitalisés en fin de prise en charge était de 46,8 jours.

3.1.3.5. Entretiens et interventions

On entend par « entretien » un entretien au sein des locaux d'ULICE et par « intervention » tout entretien en dehors des locaux d'ULICE.

Les données concernant les entretiens et interventions étaient disponibles pour les 118 patients (100%). Les patients avaient bénéficié en moyenne de 1,6 entretien (de 0 à 16) pour une durée moyenne totale d'entretiens de 98 minutes (de 0 à 735 heures). Ils avaient bénéficié en moyenne de 2 interventions (de 0 à 26) pour une durée moyenne totale d'interventions de 147 minutes (de 0 à 1785).

3.1.3.6. Appels téléphoniques

Les données concernant la durée totale des appels étaient disponibles pour les 118 patients (100%). La durée totale d'appels moyenne était de 170 minutes (de 10 à 910).

Les données concernant le détail des appels (reçus ou émis) étaient disponibles pour 91 patients (77,1%). En moyenne, 5,7 appels étaient reçus (de 1 à 32), pour une durée moyenne totale d'appel reçus de 82 minutes (de 10 à 400). 6,3 appels étaient émis en moyenne (de 0 à 34), pour une durée totale moyenne des appels émis de 69 minutes (de 0 à 510).

3.1.4. Description de l'orientation du patient en fin de prise en charge

Les données concernant l'orientation du patient en fin de prise en charge étaient disponibles pour 117 patients (99,2%).

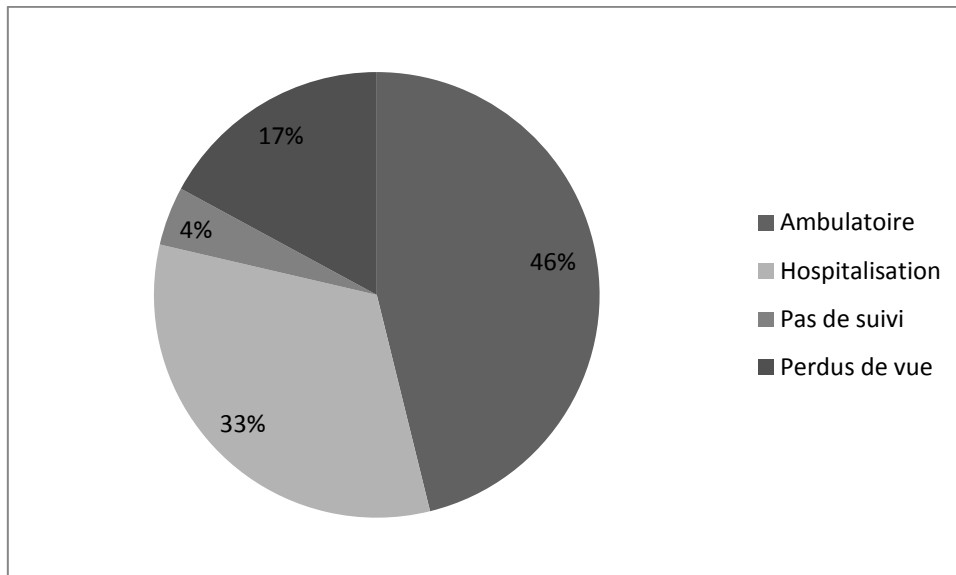
54 patients (46,2%) étaient orientés vers un suivi ambulatoire : psychiatre pour 45 d'entre eux (public pour 35 d'entre eux, soit 77,8%), psychologue ou psychothérapeute pour 9 patients (7,7%), médecin généraliste pour 3 patients (2,6%).

38 patients (32,5%) étaient hospitalisés. Parmi eux, les données concernant le mode d'hospitalisation étaient connues dans 94,7% des cas (36). 19 patients (52,8%) étaient en HL (Hospitalisation Libre) et 17 patients (47,2%) étaient en SDT (Soins à la Demande d'un Tiers). Aucun patient n'était en SDRE (Soins à la Demande du Représentant de l'Etat).

5 patients (4,3%) n'étaient pas orientés vers un suivi. 20 patients (17,1%) étaient perdus de vue.

Ces données sont reprises dans la Figure 10 ci-dessous.

Figure 10 : Orientation en fin de prise en charge des usagers d'ULICE en 2012



3.1.5. Description du devenir après la prise en charge

Les données concernant une réadmission à ULICE étaient connues pour les 118 patients (100%). 15 (12,7%) ont été réadmis.

Les données concernant une hospitalisation en milieu psychiatrique depuis la prise en charge par ULICE étaient connues dans 77,1% des cas (91). 57 patients (62,6%) ont été hospitalisés en milieu psychiatrique depuis leur prise en charge par ULICE en 2012.

3.2. Etude de la satisfaction des usagers et de leur entourage

118 usagers et 118 proches ont été contactés du 1^{er} au 31 Mai 2013. 34 usagers (28,8%) et 76 proches (64,4%) ont répondu au questionnaire. Les motifs de non réponse étaient majoritairement une impossibilité de joindre la personne ; les autres motifs étaient : décès de la personne, refus de répondre au questionnaire, personne hospitalisée, usager âgé de moins de 15 ans.

Par souci de clarté de présentation des résultats, les réponses ont été regroupées en 2 catégories : « satisfait » pour les réponses « très satisfait » et « satisfait », et « non satisfait » pour les réponses « moyennement satisfait » à « pas du tout satisfait ». A la question « Si quelqu'un que vous connaissez avait besoin du même type d'aide, lui conseilleriez-vous de demander une intervention de l'équipe ULICE ? », les réponses ont été regroupées en 2 catégories également : « oui » pour les réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord », et « non » pour les réponses « pas vraiment » et « pas du tout ».

Les réponses « Non concerné/ne se prononce pas » n'ont pas été prises en compte dans le calcul des fréquences.

Les questions ont été regroupées par dimension de satisfaction dans la présentation des résultats.

3.2.1. Questions ouvertes

3.2.1.1. Sujets de satisfaction

La satisfaction des patients était d'abord en rapport avec les qualités humaines et professionnelles du personnel (compétence, écoute, gentillesse), puis avec l'intervention elle-même (disponibilité, rapidité), et enfin avec le fonctionnement général du service (rapidité, intensité du suivi, mobilité, multidisciplinarité, amplitude horaire).

Les sujets de satisfaction de l'entourage concernaient principalement les qualités humaines et professionnelles du personnel (compétence, écoute, gentillesse), puis l'intervention elle-même (rapidité, disponibilité), et enfin le fonctionnement général du service (intensité du suivi, multidisciplinarité, alternative à l'hospitalisation, travail avec l'entourage).

3.2.1.2. Sujets d'insatisfaction

La plupart des patients n'ont exprimé aucun sujet d'insatisfaction. Lorsqu'ils étaient exprimés, ils concernaient surtout le fonctionnement général du service (amplitude horaire, manque d'information sur le relais, entourage systématiquement associé) et l'intervention elle-même (prise en charge trop courte).

34 membres de l'entourage n'ont exprimé aucun sujet d'insatisfaction. Les sujets d'insatisfaction notés étaient en rapport avec l'intervention elle-même (prise en charge trop courte, manque d'information sur le relais, manque de rapidité, manque de disponibilité, fréquence des rendez-vous), puis avec les qualités humaines et professionnelles du personnel (compétence, manque de soutien, écoute) et enfin avec le fonctionnement général du service (il faudrait voir le patient seul, amplitude horaire, changement d'intervenants, mobilité).

Les résultats sont détaillés dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Sujets de satisfaction et d'insatisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage en 2012

	Patients	Entourage
Sujets de satisfaction	<ol style="list-style-type: none"> 1. La compétence (11 fois) 2. L'écoute (6) 3. La disponibilité (5) 4. Rien ou ne sait pas (5) 5. La gentillesse (4) 6. La rapidité (2) 7. L'intensité du suivi (2) 8. La multidisciplinarité (1) 9. La mobilité (1) 10. L'amplitude horaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La compétence (33) 2. L'écoute (22) 3. La mobilité (13) 4. La rapidité (12) 5. La gentillesse (10) 6. Rien ou ne sait pas (8) 7. La disponibilité (6) 8. La multidisciplinarité (3) 9. L'intensité du suivi (3) 10. Le travail avec l'entourage 11. L'alternative à l'hospitalisation (1) 12. Avoir favorisé l'hospitalisation (1)
Sujets d'insatisfaction	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rien ou ne sait pas (18) 2. La compétence (2) 3. Manque d'information sur le relais (2) 4. Il faudrait que le patient soit reçu seul (2) 5. Prise en charge trop courte (1) 6. Amplitude horaire (1) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rien ou ne sait pas (34) 2. Prise en charge trop courte (7) 3. La compétence (7) 4. Le manque de soutien (7) 5. Le manque d'information sur le relais (6) 6. L'écoute (4) 7. La rapidité (4) 8. Il faudrait voir le patient seul (2) 9. L'amplitude horaire (2) 10. La disponibilité (1) 11. La mobilité (1) 12. Avoir favorisé l'hospitalisation (1) 13. Le changement d'intervenants (1)

3.2.2. Satisfaction globale

34 patients et 76 membres de l'entourage ont répondu à la question « Globalement, êtes-vous satisfait de votre prise en charge par l'équipe ULICE ? ». 27 patients (79,4%) et 63 membres de l'entourage (82,9%) se disaient satisfaits.

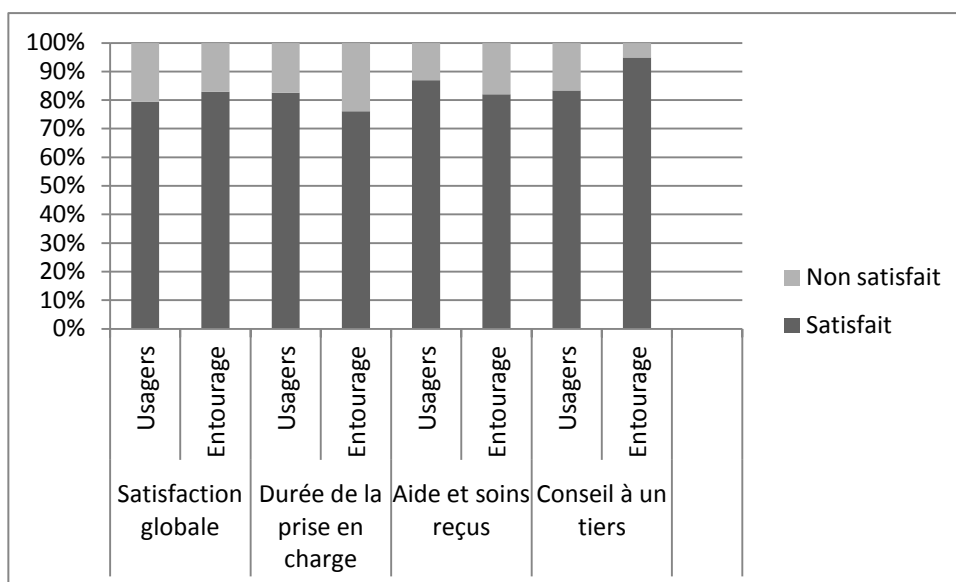
23 patients et 46 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de la durée de la prise en charge ? ». 19 patients (82,6%) et 35 membres de l'entourage (76,1%) étaient satisfaits.

23 patients et 50 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'aide et des soins reçus ? ». 20 patients (87%) et 41 membres de l'entourage (82%) étaient satisfaits.

Enfin, 24 patients et 59 membres de l'entourage ont répondu à la question « Si quelqu'un que vous connaissez avait besoin du même type d'aide, lui conseilleriez-vous de demander une intervention de l'équipe ULICE ? ». 20 patients (83,3%) et 56 membres de l'entourage (94,9%) ont répondu par l'affirmative.

Les résultats sont présentés dans la Figure 11 ci-dessous.

Figure 11 : Satisfaction globale des usagers d'ULICE et de leur entourage en 2012

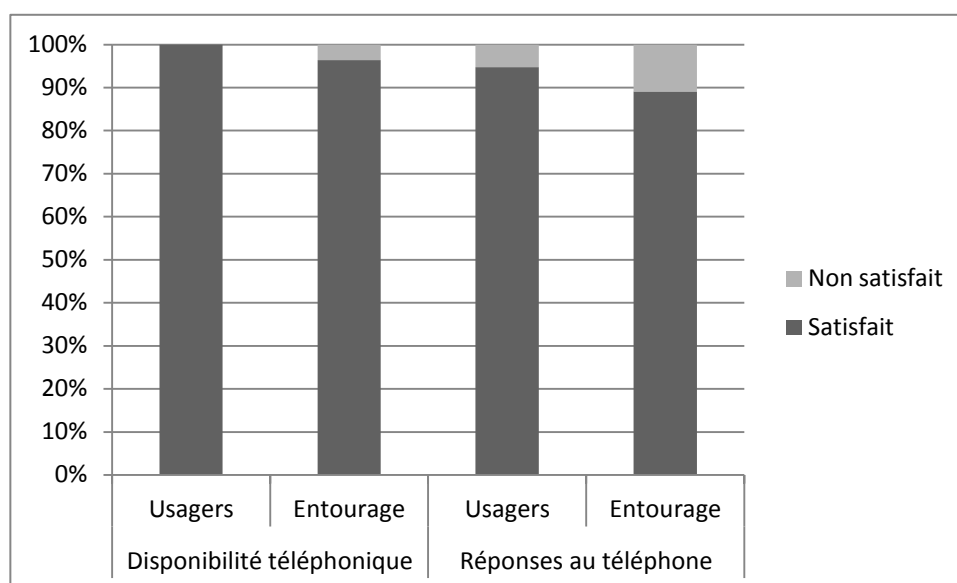


3.2.3. Disponibilité téléphonique

19 patients et 55 membres de l'entourage ont répondu aux questions « Etes-vous satisfait de la disponibilité téléphonique ? » et « Etes-vous satisfait des réponses au téléphone ? ». 19 patients (100%) et 53 membres de l'entourage (96,4%) étaient satisfaits de la disponibilité téléphonique. 18 patients (94,7%) et 49 membres de l'entourage (89,1%) étaient satisfaits des réponses au téléphone.

Les résultats sont illustrés par la Figure 12 ci-dessous.

Figure 12 : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant la disponibilité téléphonique en 2012



3.2.4. Conditions d'accueil

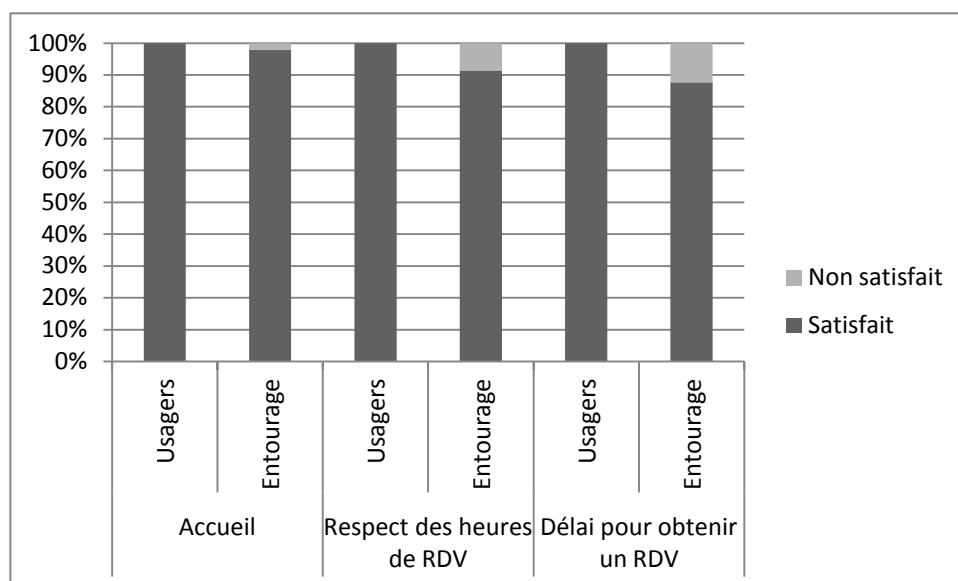
20 patients et 49 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'accueil dans le service ? ». 20 patients (100%) et 48 membres de l'entourage (98%) étaient satisfaits.

23 patients et 58 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait du respect des heures de rendez-vous ? ». 23 patients (100%) et 53 membres de l'entourage (91,4%) étaient satisfaits.

22 patients et 57 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait du délai pour obtenir un rendez-vous ? ». 22 patients (100%) et 50 membres de l'entourage (87,7%) étaient satisfaits.

Les résultats sont repris par la Figure 13 ci-dessous.

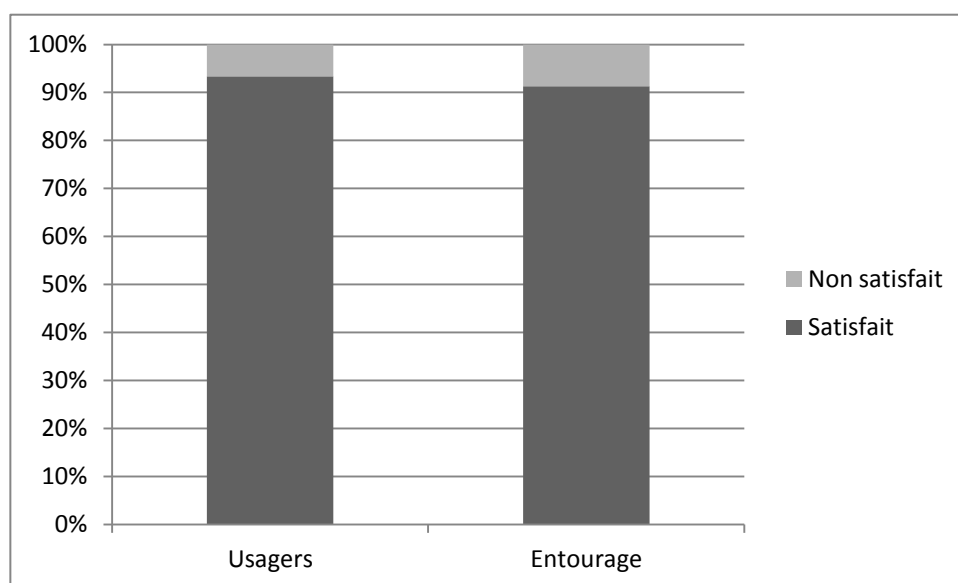
Figure 13 : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant les conditions d'accueil en 2012



3.2.5. Mobilité

Sur les 15 patients et 46 membres de l'entourage ayant répondu à la question « Etes-vous satisfait de la mobilité ? », respectivement 14 (93,3%) et 42 (91,3%) étaient satisfaits. Les résultats sont illustrés par la Figure 14 ci-dessous.

Figure 14 : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant la mobilité en 2012



3.2.6. Entretiens

24 patients et 56 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de la durée des rendez-vous ? ». 23 patients (95,8%) et 53 membres de l'entourage (94,6%) étaient satisfaits.

20 patients et 48 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de la fréquence des rendez-vous ? ». 18 patients (90%) et 42 membres de l'entourage (87,5%) étaient satisfaits.

22 patients et 54 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'attention portée à vos problèmes personnels ? ». 18 patients (81,8%) et 46 membres de l'entourage (85,2%) étaient satisfaits.

20 patients et 51 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait des entretiens familiaux ? ». 10 patients (50%) et 44 membres de l'entourage (86,3%) étaient satisfaits.

19 patients et 53 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait du soutien apporté aux proches ? ». 16 patients (84,2%) et 42 membres de l'entourage (79,2%) étaient satisfaits.

Les résultats sont repris dans la Figure 15 ci-après.

3.2.7. Information

19 patients et 53 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'information donnée à vos proches ? ». 16 patients (84,2%) et 42 membres de l'entourage (79,2%) étaient satisfaits.

20 patients et 41 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'information donnée sur la maladie ou le problème ? ». 15 patients (75%) et 24 membres de l'entourage (58,5%) étaient satisfaits.

12 patients et 10 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'information donnée sur les médicaments ? ». 10 patients (83,3%) et 4 membres de l'entourage (40%) étaient satisfaits.

20 patients et 32 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de l'information donnée sur le suivi après ULICE ? ». 15 patients (75%) et 15 membres de l'entourage (46,9%) étaient satisfaits.

Ces résultats sont repris dans la Figure 16 ci-après.

3.2.8. Multiplicité des intervenants

21 patients et 48 membres de l'entourage ont répondu à la question « Etes-vous satisfait de la multiplicité des intervenants ? ». 15 patients (71,4%) et 40 membres de l'entourage (83,3%) étaient satisfaits. Les résultats sont illustrés par la Figure 17 ci-après.

Figure 15 : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant les entretiens en 2012

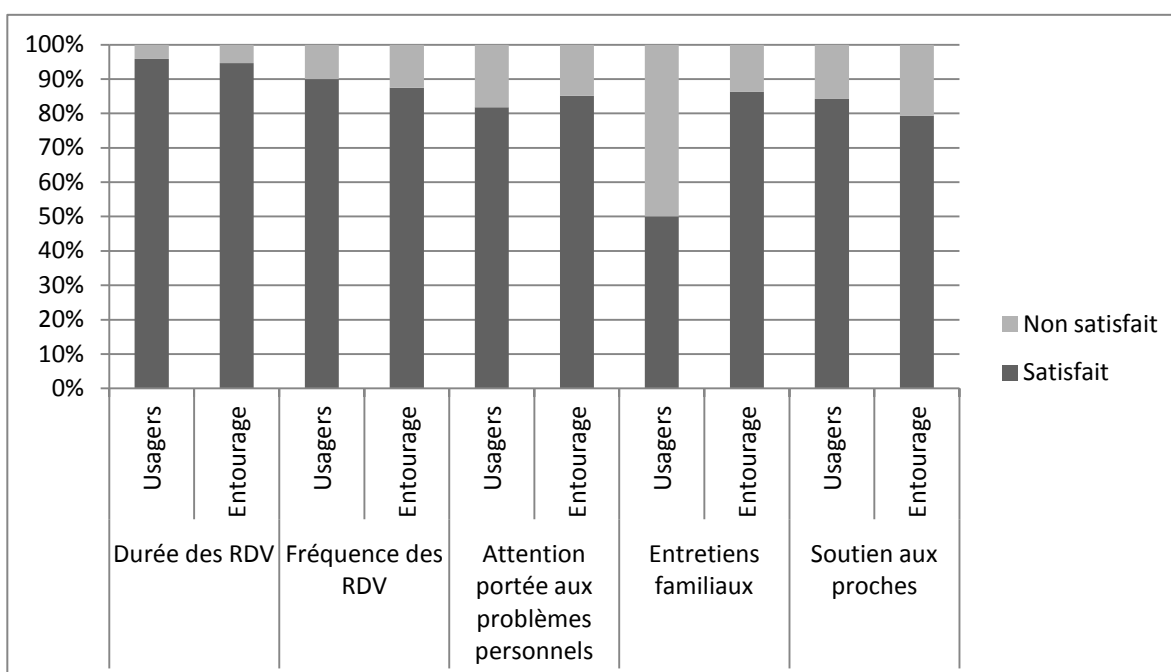


Figure 16 : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant l'information en 2012

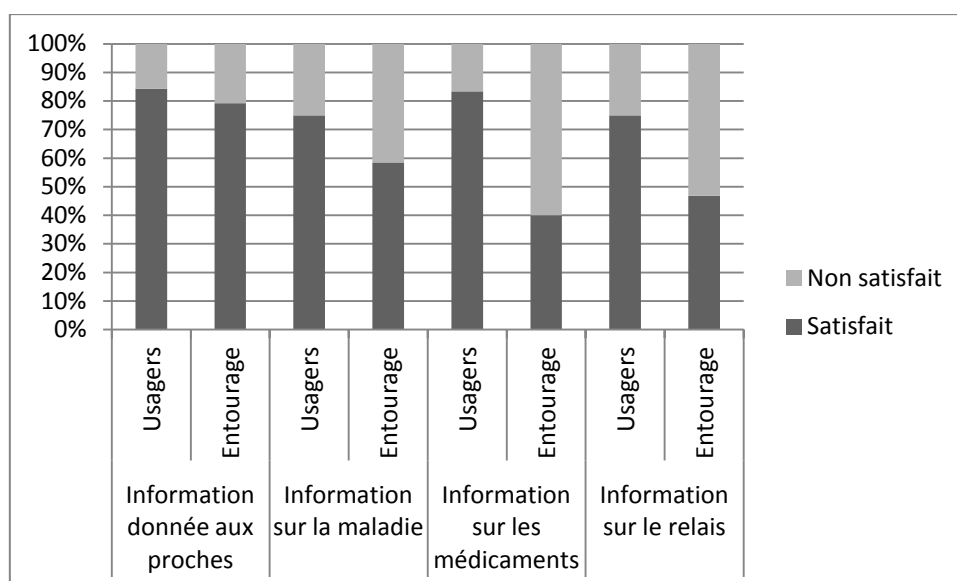
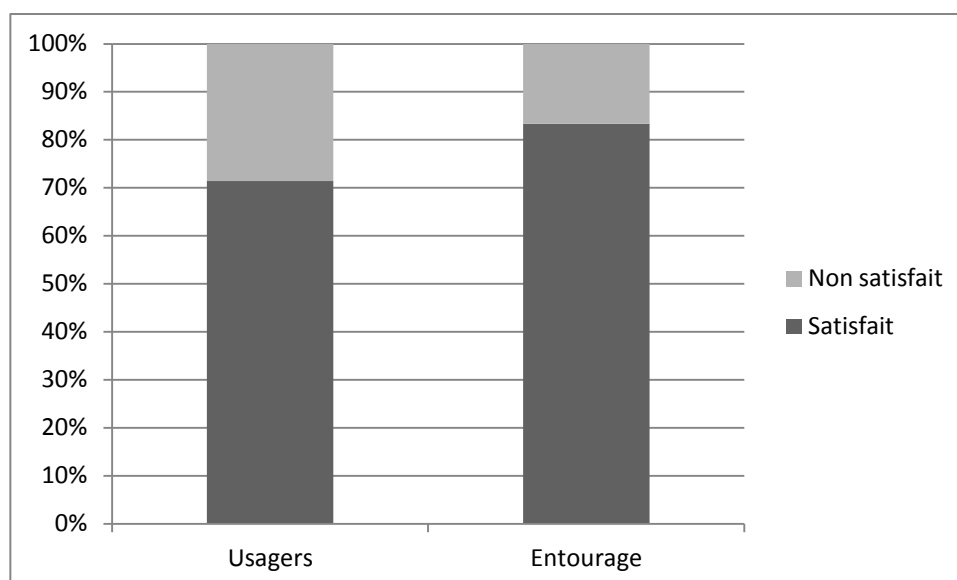


Figure 17 : Satisfaction des usagers d'ULICE et de leur entourage concernant la multiplicité des intervenants en 2012



3.3. Analyse des facteurs associés à une hospitalisation en fin de prise en charge

Les facteurs statistiquement associés à une hospitalisation en fin de prise en charge étaient les antécédents d'hospitalisation ($p=0,006$), ainsi qu'un diagnostic de psychose ($p=0,008$).

Les facteurs statistiquement associés à l'absence d'hospitalisation en fin de prise en charge étaient une durée de prise en charge plus longue ($p=0,025$), des entretiens en plus grand nombre ($p=0,008$) et une plus longue durée totale d'entretiens ($p=0,012$).

Les facteurs sociodémographiques et les autres caractéristiques psychiatriques (antécédents et suivi) n'étaient pas associés statistiquement à une hospitalisation ou non en fin de prise en charge.

3.4. Analyse des facteurs associés à une réadmission à ULICE

Chez les patients réadmis à ULICE, on retrouvait de manière statistiquement significative une durée d'appels téléphoniques plus importante ($p=0,016$) et une satisfaction globale de l'entourage plus faible ($p=0,039$).

Les autres facteurs n'étaient pas associés de manière statistiquement significative (satisfaction globale des usagers, données sociodémographiques, caractéristiques psychiatriques, caractéristiques de la prise en charge autres que la durée des appels téléphoniques).

3.5. Analyse des facteurs associés à la satisfaction

3.5.1. Analyse des facteurs associés à la satisfaction des patients

Au niveau des caractéristiques psychiatriques, on retrouvait que les patients ayant des antécédents psychiatriques et ayant déjà été hospitalisés en milieu psychiatrique étaient, de manière significative, statistiquement plus satisfaits ($p=0,008$ et $p=0,011$).

Concernant la prise en charge elle-même, on retrouvait que les patients ayant bénéficié d'une durée totale d'appel moins longue étaient plus statistiquement plus satisfaits ($p=0,012$), ainsi que ceux ayant bénéficié d'une prise en charge plus courte (statistiquement proche de la significativité, $p=0,077$) et d'un nombre moins important d'interventions (statistiquement proche de la significativité, $p=0,096$).

On ne retrouvait pas d'association avec les autres facteurs (caractéristiques sociodémographiques, autres caractéristiques psychiatriques telles que le suivi ou le diagnostic, orientation en fin de prise en charge).

3.5.2. Analyse des facteurs associés à la satisfaction de l'entourage

L'entourage des patients ayant un diagnostic de psychose (codes F2) était statistiquement moins satisfait que l'entourage des patients ayant un autre diagnostic ($p=0,029$).

L'entourage des patients ayant présenté un délai de prise en charge plus long était statistiquement plus satisfait ($p=0,048$).

On ne retrouvait pas d'association avec les autres facteurs étudiés.

4. Discussion

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des usagers d'ULICE

4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques générales

Au niveau sociodémographique, la population prise en charge par ULICE était comparable à la population hospitalisée en psychiatrie générale en France (Chapireau, 2002) en termes d'âge, de sexe, de statut matrimonial et de statut socioprofessionnel. On retrouvait des données différentes de la population hospitalisée en psychiatrie générale pour le mode de vie (une part plus importante de patients pris en charge par ULICE vivait chez leurs parents) ainsi que pour les revenus. En effet, la proportion de patients percevant une allocation (AAH ou invalidité) était plus faible chez les patients pris en charge par ULICE (20,3% versus 65%) et la proportion de personnes sans revenus était plus importante. La proportion d'actifs salariés était par contre comparable. La relative faible part de patients percevant une allocation contraste avec la proportion de patients atteints de troubles mentaux sévères. Or l'insertion professionnelle était faible, et le nombre de patients atteints de maladie chronique, important. On peut faire l'hypothèse, étayée par la proportion importante de patients n'ayant pas de suivi, que c'était une conséquence d'une mauvaise intégration des patients au système de soins, soit de leur propre fait (manque d'insight, stigmatisation...), soit par une mauvaise accessibilité des soins. Cette observation met ainsi en avant qu'ULICE prend en charge des patients restés en dehors des soins, et favorise ainsi l'accès aux soins pour ces personnes. Par ailleurs, on peut supposer que la durée d'évolution de la maladie était courte et encore non suffisante pour l'attribution d'une pension.

Si l'on compare la population prise en charge par ULICE aux échantillons de populations des équipes d'intervention de crise en France et à l'étranger (Beer, Cope, Smith, & Smith, 1995; Brimblecombe, O'Sullivan, & Parkinson, 2003; Guo et al., 2001; Hasselberg, Grawe, Johnson, & Ruud, 2011a, 2011b; Johnson et al., 2005; Ness, Karlsson, Borg, Biong, & Hesook, 2012; Ramonet, 2012; Robin et al., 2008), les données sont hétérogènes, à l'exception des moyennes d'âge, qui étaient comparables. Les patients pris en charge par

ULICE vivaient moins souvent seuls, à l'exception de l'échantillon de Robin et al. (2008), et exerçaient moins fréquemment une activité salariée.

ULICE intervient sur un territoire marqué par la précarité. En effet, les indicateurs de précarité sont tous situés au-dessus des moyennes françaises, que ce soit le taux de chômage (16,2% vs 11,1%), la part de la population vivant avec un bas revenu (29,2% vs 16,9%), la part des familles monoparentales (20,8% vs 13,5%) (Junel, Chéron, Pougard, INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2011).

Ainsi, ULICE prend en charge des patients qui sont à la fois exclus du système social, et en dehors du système de soins.

Ces résultats suggèrent qu'il est impératif pour ULICE, qui n'a pas de travailleurs sociaux au sein de l'équipe, de travailler en lien avec ceux du réseau.

4.1.2. Lieu d'habitation et secteurs de psychiatrie

Concernant le lieu d'habitation des usagers d'ULICE, deux tiers d'entre eux vivaient sur le territoire desservi par les hôpitaux Sud, parmi lesquels la moitié vivait dans le 10^{ème} arrondissement. Cette observation amène deux remarques.

La première est que cette répartition est cohérente avec le développement du territoire d'intervention d'ULICE. En effet, ULICE est une émanation du secteur 13G01, intervenant sur le 10^{ème} arrondissement. Son territoire d'intervention s'est ensuite élargi aux autres secteurs des hôpitaux Sud (13G05, 13G06), avant de s'élargir à l'ensemble des secteurs des hôpitaux Centre (13G02, 13G03, 13G04), deux secteurs du Centre Hospitalier Spécialisé Edouard Toulouse (13G11, 13G12) et deux secteurs du Centre Hospitalier Spécialisé Valvert (13G07, 13G08). Le territoire d'intervention d'ULICE recouvre ainsi celui de l'Unité d'Accueil d'Urgence Psychiatriques du pôle psychiatrie Centre, ce qui est cohérent pour un service dont les missions se rapprochent de celles des urgences.

La deuxième remarque concerne le fonctionnement des structures extrahospitalières propre à chaque pôle. Deux des trois secteurs du pôle Sud (13G01 et 13G06) n'ont pas de Centre Médico-Psychologique (CMP) à proprement parler ; le suivi ambulatoire des patients se fait par des consultations avec les psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux de ces

secteurs, au sein de l'hôpital. A l'opposé, les autres secteurs, pratiquant majoritairement la psychothérapie institutionnelle, disposent chacun de structures extrahospitalières, notamment de CMP, au sein desquels interviennent des équipes pluridisciplinaires rencontrant les usagers au sein de la structure ou à l'extérieur lors de visites à domicile, effectuées le plus souvent par des infirmiers (Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2012). La proportion d'usagers vivant en dehors du 10^{ème} arrondissement (67,5%) laisse à penser que l'activité d'ULICE dépasse le cadre d'une activité sectorielle classique et trouve sa place, en collaboration avec les CMP, pour intervenir dans les situations de crise ou de difficultés d'accès aux soins.

Enfin, il est à noter que le territoire d'intervention d'ULICE est identique au territoire des urgences, ce qui est cohérent pour une structure dont les missions sont proches de celles des services d'urgences.

4.2. Caractéristiques psychiatriques des usagers d'ULICE

4.2.1. Diagnostic

On retrouvait parmi les patients pris en charge par ULICE une part importante de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques et troubles bipolaires), puisqu'elle s'élevait à 58%. Cela souligne qu'ULICE intervient majoritairement dans des situations de crise psychopathologique, de décompensation de maladie psychiatrique, plutôt que dans des situations de crise non psychopathologique, de crise relationnelle sans pathologie psychiatrique sous-jacente.

Comparativement à d'autres études s'intéressant aux équipes d'intervention de crise (Beer et al., 1995; Brimblecombe et al., 2003; Guo et al., 2001; Hasselberg et al., 2011a; Johnson et al., 2005; Ramonet, 2012; Robin et al., 2008), les patients d'ULICE souffraient plus fréquemment de troubles psychotiques, aussi fréquemment de troubles de l'humeur, et moins fréquemment de troubles névrotiques, troubles de la personnalité et troubles addictifs (en tant que diagnostic principal).

Deux hypothèses peuvent être avancées. La première est qu'avec le maillage dense de psychiatres libéraux et de cliniques privées sur le territoire, une part considérable de patients souffrant de troubles névrotiques n'est pas prise en charge par le système hospitalier. Par ailleurs, il se peut que les crises relationnelles surviennent préférentiellement le soir et le week end, en dehors des horaires d'ouverture d'ULICE, et soient prises en charge par les urgences.

4.2.2. Antécédents psychiatriques

Un nombre élevé de patients étaient ou avaient déjà été usagers de la psychiatrie, parmi lesquels les trois quarts avaient déjà été hospitalisés en service de psychiatrie. Cette proportion est plus élevée que dans la plupart des autres études portant sur des équipes d'intervention de crise (Beer et al., 1995; Brimblecombe et al., 2003; Guo et al., 2001; Hasselberg et al., 2011a, 2011b; Johnson et al., 2005; Ness et al., 2012).

On peut faire plusieurs hypothèses à ce propos. On peut penser que ce résultat témoigne d'une insatisfaction du système « classique » institutionnel. Par ailleurs, ULICE, limitée par ses horaires de fonctionnement, n'a pas accès à la dimension véritable d'urgence. Si on fait l'hypothèse que les crises non psychopathologiques, chez des usagers sans antécédents, éclatent préférentiellement le soir et le week end, il est probable qu'elles sont prises en charge par les urgences, structure bien identifiée par la population générale. Ainsi, il semble important pour ULICE d'élargir son réseau (notamment auprès des acteurs de santé primaire), ainsi que ses horaires de fonctionnement. De plus, il est probable que les usagers ayant déjà eu recours aux services de santé mentale avaient une meilleure connaissance de l'offre de soins, et connaissaient l'existence d'ULICE. Enfin, ces résultats posent la question de l'organisation du suivi ambulatoire proposé suite à une hospitalisation, notamment sur les secteurs fonctionnant sans CMP.

4.2.3. Suivi

On remarque que deux tiers des patients pris en charge étaient déjà en contact avec des professionnels de santé avant leur admission, majoritairement des psychiatres. Ness et al (2012) retrouvaient également qu'une large proportion de patients recevaient des soins préalablement à leur admission, à la différence que les soins étaient délivrés majoritairement par des médecins généralistes. Les soins spécialisés étaient réservés aux patients souffrant de pathologie au long cours plutôt qu'à ceux ayant présenté un épisode récent.

Ce résultat est cohérent avec les missions d'ULICE, qui peut organiser une prise en charge d'une exacerbation symptomatique, répondant ainsi aux difficultés de réactivité du secteur en cas de crise et proposant une alternative à l'hospitalisation.

Ce résultat met également en avant que la population d'utilisateurs prise en charge par ULICE est atteinte en grande partie de troubles mentaux sévères, les patients ayant déjà été en contact avec les services de psychiatrie étant souvent plus sévèrement malades (Hasselberg et al., 2011a).

4.3. Prise en charge par ULICE

4.3.1. Orientation des patients sur ULICE

La moitié des patients étaient adressés par un membre de leur famille ou par eux-mêmes. Ness et al. (2012) trouvaient dans leur étude 40% de patients adressés par leur famille ou eux-mêmes, tandis que Hasselberg et al. (2011a) en trouvaient 25%. La part considérable d'adresse par les parents comparativement aux conjoints est probablement en lien avec la proportion de patients vivant chez leurs parents. Cela souligne deux points. D'une part, cette observation suggère que les patients et leur famille étaient capables d'évaluer leur situation et de déterminer qu'il s'agissait d'une situation de crise pour laquelle ils avaient besoin de l'aide d'une équipe spécialisée pour la résoudre. Il est probable que puisqu'une part importante de patients souffrait de troubles mentaux au long cours, ils étaient, ainsi que leur famille, capables de décider quand il fallait chercher de l'aide pour la résolution des crises. D'autre part, cela questionne le mode de fonctionnement de certaines équipes d'intervention de crise,

notamment les équipes britanniques, qui ne permettent qu'aux professionnels d'adresser un patient ; on peut imaginer que pour certains patients cela constitue un obstacle supplémentaire à franchir avant d'accéder aux soins appropriés.

La deuxième voie d'entrée, par ordre de fréquence, était les soignants, représentés dans notre étude majoritairement par les psychiatres et les urgences psychiatriques. Ce résultat suggère que les professionnels référents évaluaient comme étant appropriée une intervention de crise auprès des patients qu'ils avaient en charge. Cependant, les données ne permettaient pas de savoir si ULICE répondait à un besoin existant dans la communauté pour la prise en charge des situations de crise en santé mentale, ou s'il s'agissait d'un service supplémentaire permettant de manière non spécifique de diluer la charge de travail des services de santé mentale dans la communauté.

Les médecins généralistes étaient quant à eux très faiblement représentés, contrairement à l'étude de Ness et al. (2012) dans laquelle ils étaient les soignants adressant le plus fréquemment des patients. Cela explique également en partie la faible part de pathologies non sévères, les médecins généralistes ayant accès à un autre type de population.

A propos du rôle « porte » (*gate keeping*) qu'il est recommandé qu'une équipe d'intervention de crise tienne (Department of Health, 2001), un audit britannique (National Audit Office, 2007) constatait que lorsqu'un membre de l'équipe de crise était présent lors de l'évaluation initiale aux urgences, la probabilité était alors bien plus grande que cette évaluation considère qu'une prise en charge par l'équipe de crise était une alternative à l'hospitalisation appropriée. Ils retrouvaient également qu'en cas d'hospitalisation, l'équipe d'intervention de crise était plus fréquemment associée pour une sortie précoce d'hospitalisation. Cependant, contrairement aux recommandations, seulement la moitié des patients hospitalisés avait été évaluée par un membre de l'équipe de crise. Aussi, ils préconisaient notamment d'encourager le dialogue régulier entre les équipes de crise et les équipes intra hospitalières concernant les demandes d'admissions, les admissions effectives et les sorties d'hospitalisation. Ces contacts réguliers pourraient être facilités par un rapprochement géographique des équipes, sur le même site. Le rôle « porte » tenu par l'équipe de crise pourrait être formalisé dans un protocole selon lequel toute hospitalisation devrait être au préalable évaluée par un membre de l'équipe de crise. Ainsi, ULICE est situé à proximité géographique des urgences, même si ses moyens limités ne permettent pas, pour le moment, de tenir un rôle « porte ». Cela pose

également la question de l'articulation avec les secteurs et les partenaires hospitaliers, point essentiel d'un rôle « porte » efficace.

4.3.2. Durée de la crise

La durée moyenne de la crise avant l'adresse à ULICE était assez longue. Or il apparaît de plus en plus important au plan du pronostic de détecter et d'intervenir auprès des personnes présentant des signes de maladie mentale (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, & Harrigan, 1996).

Les raisons d'un tel délai peuvent être multiples : stigmatisation de la psychiatrie, difficulté d'accès aux soins, manque de lisibilité d'ULICE. Travailler le réseau d'ULICE et renforcer l'information auprès des partenaires soignants et sociaux pourraient permettre de diminuer la durée de la crise et par conséquent améliorer le pronostic de certains patients. Il est également primordial que le travail sur la stigmatisation en santé mentale se poursuive.

4.3.3. Durée de la prise en charge

La durée moyenne de prise en charge était cohérente avec le cadre d'ULICE, qui propose des prises en charge d'une durée de 60 jours maximum. Cette durée était supérieure aux résultats retrouvés par d'autres équipes d'intervention de crise : 15 jours pour Karlsson et al (Karlsson, Borg, Biong, Ness, & Kim, 2012), les prises en charges les plus longues concernant les patients souffrant de dépression, et les plus courtes pour les patients souffrant de psychose ; 19 jours pour Hasselberg et al. (2011b) avec des prises en charge plus longues pour les patients souffrant de dépression ; 29 jours pour Brimblecombe et al. (2003). Ces différences s'expliquent probablement par les durées limites de prise en charge, la plupart des équipes de crise intervenant le plus souvent sur des périodes 15 à 45 jours maximum, tandis qu'ULICE peut intervenir sur une période allant jusqu'à 60 jours.

4.3.4. Appels téléphoniques

Les résultats concernant les appels téléphoniques sont assez inattendus. Les communications téléphoniques représentent un pan important du travail d'ULICE, que ce soit pour évaluer une situation lors de la demande initiale, travailler avec les différents partenaires, répondre aux inquiétudes des usagers ou des familles... Il est possible que ces résultats reflètent le fait que le temps de communication téléphonique est plus long dans les situations les plus complexes. Néanmoins, le fait que la réadmission à ULICE et une moindre satisfaction de l'entourage soient associées à une durée d'appel totale moyenne plus longue laisse à penser que ce temps de travail est nécessaire mais doit peut-être rester limité. Toutefois, il est probable que ces situations complexes et plus graves nécessitent à la fois des entretiens en vis-à-vis et des temps d'échanges téléphoniques. Cela est révélateur sur le fait que le travail habituel d'ULICE n'est peut-être pas suffisant pour ces situations, et pointe les limites d'ULICE, en partie liées à une absence de disponibilité étendue.

4.3.5. Orientation en fin de prise en charge

La proportion de patients en soin avant et en fin de prise en charge avaient augmenté de 12 points, ce qui souligne qu'ULICE remplit sa mission de favoriser l'accès aux soins.

Concernant le taux d'hospitalisation, il était supérieur à ceux retrouvés par d'autres équipes : de 0,3% à 10% pour Karlsson et al. (Karlsson, Borg, Eklund, & Kim, 2011), 21,1% pour Brimblecombe et al. (2003). Cela est probablement lié à la part importante de patients souffrant de maladies mentales sévères dans l'échantillon. Néanmoins, il est intéressant de noter que plus de la moitié des hospitalisations étaient des hospitalisations libres. Dans la plupart des cas, l'hospitalisation faisait suite à une tentative de prise en charge ambulatoire, puisque la durée moyenne de prise en charge des patients finalement hospitalisés était assez longue. Néanmoins, cette prise en charge ambulatoire préalable par ULICE n'était pas nécessairement un échec, puisqu'elle a pu permettre dans certains cas de préparer l'hospitalisation, par exemple en améliorant l'adhésion du patient, et éviter ainsi des soins sous contrainte ou une hospitalisation en secteur fermé. Il serait intéressant de comparer les durées moyennes de séjour des patients hospitalisés après une prise en charge par ULICE et

sans prise en charge préalable par ULICE. Egalement, il serait pertinent de répertorier les motifs d'hospitalisation, établir les raisons pour lesquels la prise en charge ambulatoire a échoué, afin de développer des services et interventions ciblés pour les réduire.

Identifier les caractéristiques des patients pour lesquels la prise en charge par une équipe d'intervention de crise a échoué permet de considérer d'autres alternatives à l'hospitalisation qui correspondraient mieux à leurs besoins, et d'informer les cliniciens adressants de qui est plus ou moins susceptible de bénéficier de l'intervention d'une équipe de crise. Dans notre étude, on retrouvait comme facteurs statistiquement associés à une hospitalisation les antécédents d'hospitalisation et le fait de souffrir d'une psychose. On peut faire deux hypothèses au fait qu'un antécédent d'hospitalisation soit un facteur prédictif d'hospitalisation : soit parce que le patient et/ou sa famille ont « appris » un modèle type crise-hospitalisation et n'ont ainsi pas développé de nouvelles compétences pour résoudre la crise ; soit parce que la présentation du patient en crise nécessite une hospitalisation. Cela ne signifie pas pour autant qu'un antécédent d'hospitalisation ou un diagnostic de trouble mental sévère constitue une contre-indication ou une mauvaise indication à la prise en charge par ULICE. Au contraire, ces résultats pointent que pour les usagers ayant ce type de profil, il conviendrait d'être particulièrement vigilant. Une prise en charge plus intensive et/ou éventuellement plus prolongée pourrait également améliorer le pronostic, puisque ces deux items ont été retrouvés comme étant associés à l'absence d'hospitalisation en fin de prise en charge. Toutefois, on peut émettre l'objection qu'une prise en charge prolongée déborde du cadre d'une intervention de crise, et ne permet pas une mise en tension suffisante pour résoudre efficacement la crise. Cela pointe les limites de l'intervention de crise « isolée » pour des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères et l'intérêt de coupler l'intervention de crise avec l'accompagnement médico-social au long cours au sein d'une même équipe pour les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères (telles que les équipes d'Assertive Community Treatment). La encore se pose la question des liens et de la triangulation d'ULICE avec les différents secteurs, ainsi que leur disponibilité pour prendre un relais suffisamment étayant suite à l'intervention de crise.

D'autres auteurs trouvaient également les antécédents d'hospitalisation et les pathologies sévères comme étant associés à un risque plus important d'hospitalisation (Brimblecombe et al., 2003; Cotton et al., 2007; Guo et al., 2001). Il était également retrouvé des facteurs tels que risque auto- ou hétéroagressif (Brimblecombe et al., 2003; Guo et al., 2001; Sjølie et al.,

2010), incurie, évaluation en dehors des heures ouvrables, évaluation aux urgences (Cotton et al., 2007), adresse par le système judiciaire ou par une autre structure de soins (Guo et al., 2001), absence de revenus (Guo et al., 2001), certaines mesures de sévérité et de symptômes (Sjølie et al., 2010), mauvaise coopération à l'évaluation initiale (Cotton et al., 2007). Les patients vivant seuls n'étaient pas plus susceptibles d'être hospitalisés (Beer et al., 1995; Cotton et al., 2007).

Par la suite, il serait intéressant d'évaluer d'autres facteurs qui pourraient être liés à l'admission et qui n'ont pas été évalués dans cette étude, tels que le risque auto- ou hétéroagressif, le lieu de l'évaluation initiale, la coopération, la sévérité des symptômes et le fonctionnement global.

Par ailleurs, la faible part des patients adressés à un médecin généraliste, ainsi que suivis préalablement ou adressés par un médecin généraliste laisse à penser qu'il est nécessaire de travailler le réseau et renforcer les liens avec les acteurs de santé de première ligne. A cet effet, des plaquettes d'information ont été adressées par voie postale à l'ensemble des médecins généralistes du territoire d'ULICE.

Enfin, le nombre non négligeable de patients perdus de vue interroge : il est possible qu'ils n'aient plus eu besoin de soins (même si la proportion importante de patients souffrant de troubles mentaux sévères rend cette hypothèse peu plausible), ou qu'ils n'aient pas été satisfaits des soins.

4.3.6. Devenir après la prise en charge

Le taux d'hospitalisation important contrastait avec le faible taux de réadmissions à ULICE. Le taux d'hospitalisation a probablement été surestimé ; en effet un nombre considérable de réponses manquait, et aucun des usagers perdus de vue n'a été hospitalisé dans un des hôpitaux de l'AP-HM, qui représentent la plus grande part des hospitalisations. Malgré ces considérations, le taux d'hospitalisation reste élevé. Cela peut être encore lié au nombre important de patients ayant un trouble mental chronique sévère. On peut également faire la supposition que la prévention de la rechute n'a pas été suffisamment travaillée avant la fin de la prise en charge. Les recommandations britanniques (Department of Health, 2001)

préconisent d'identifier et réduire les facteurs qui rendent l'utilisateur à risque de rechute, ainsi que d'élaborer avec l'utilisateur et son entourage un plan individualisé des signes annonciateurs de rechute, qui sera partagé avec le réseau de soins primaires. Egalement, avant la fin de la prise en charge, l'équipe devrait s'assurer qu'il y a une bonne compréhension de l'ensemble des personnes concernées (usagers, famille, médecin traitant etc) des raisons de la crise et de la manière de l'éviter à l'avenir, que des stratégies adaptatives ont été explorées avec l'utilisateur et sa famille, et qu'un plan de prévention de la rechute est mis en place.

Le fait qu'ULICE n'ait pas été sollicité en amont de l'hospitalisation peut être dû à un manque de visibilité d'ULICE dans le réseau de soins (urgences, CMP, réseau de soins primaires), ou encore à une insatisfaction des usagers ou de leur entourage.

Les facteurs associés à une réadmission à ULICE étaient assez surprenants. On peut penser que l'association entre la réadmission et une durée totale moyenne d'appels téléphoniques témoigne d'une situation de crise plus complexe à résoudre et/ou d'une vulnérabilité plus importante du patient. Quant au fait que l'entourage soit statistiquement moins satisfait en cas de réadmission, cela semble paradoxal : pourquoi faire appel à une équipe dont on a par le passé été insatisfait ? Plusieurs hypothèses explicatives sont envisageables. La première est que cette observation témoigne de l'existence d'un double lien sous-tendant la demande d'admission par l'entourage, demande d'aide tout en sachant qu'elle ne sera peut-être pas satisfaisante. Par ailleurs, cela peut témoigner également d'une confiance en ULICE malgré la rechute du patient désigné. Enfin, la réadmission peut être vécue comme un échec de prise en charge et conduire à l'insatisfaction.

4.3.7. Satisfaction

Le taux de satisfaction était globalement assez élevé, puisque le taux de satisfaction globale se situait autour de 80%, tant pour les usagers que pour leur entourage, avec un taux de satisfaction supérieur à 85% pour de nombreuses questions.

Les sujets de satisfaction concernaient notamment les qualités humaines et professionnelles de l'équipe (écoute, compétences), ainsi que le fonctionnement du service (rapidité, disponibilité, mobilité). Ils étaient comparables aux sujets de satisfaction retrouvés par Ampelas et al.

(2005) dans l'étude menée sur la satisfaction des usagers d'ERIC, au fonctionnement similaire à celui d'ULICE.

4.3.7.1. Satisfaction concernant la disponibilité du service

La satisfaction élevée, tant des usagers que de leur entourage, concernant la disponibilité téléphonique, était inattendue pour un service disponible en journée, les jours ouvrés, et non pas 24/24h. Le niveau de satisfaction était comparable à celui des usagers d'ERIC (Ampelas et al., 2005), qui offre une disponibilité 24/24h. Hopkins et al. (Hopkins & Niemiec, 2007), dans leur étude qualitative de la satisfaction des usagers d'une équipe de crise, retrouvaient qu'un des facteurs de satisfaction était lié au fait d'avoir accès rapidement et facilement au service, notamment grâce à une permanence téléphonique 24/24h. Rappelons que les recommandations au niveau international préconisent une ouverture des services d'intervention de crise 7/7j et 24/24h.

On pourrait suggérer qu'une disponibilité 24/24h ne correspond pas nécessairement à une attente des usagers d'ULICE, d'autres structures telles que les urgences pouvant être sollicitées à tout moment. Prendre en compte une demande et proposer une prise en charge rapide dans une situation de crise est parfois suffisant pour désamorcer la nécessité de réponse immédiate à une situation vécue comme une urgence.

Toutefois, il est probable qu'une « sélection » des situations s'opère à l'admission, au détriment des situations apparaissant comme les plus sévères et susceptibles de nécessiter un accompagnement plus intensif.

Il faut également souligner que l'amplitude horaire restreinte limite probablement les possibilités pour ULICE de tenir un rôle « porte » des services d'hospitalisation, rôle qu'il est recommandé aux équipes d'intervention de crise de tenir dans la littérature internationale (Department of Health, 2001).

Il est à noter qu'un projet d'extension des horaires d'ouverture d'ULICE est actuellement en réflexion.

Les usagers questionnés par Hopkins & Niemiec (2007) soulignent d'autres aspects de la disponibilité : la réactivité et la disponibilité au moment des entretiens. Ces aspects étaient

satisfaisants pour les usagers d'ULICE, puisque le niveau de satisfaction était élevé concernant le délai pour obtenir un rendez-vous, la durée des entretiens et l'attention portée aux problèmes personnels. Ces résultats étaient globalement comparables à ceux retrouvés par Ampelas et al. (2005), à l'exception de l'item sur l'attention portée aux problèmes personnels, qui était supérieure dans leur étude.

4.3.7.2. Satisfaction concernant la mobilité

Le niveau de satisfaction concernant la mobilité était élevé, supérieur à 90%, et comparable au niveau de satisfaction d'autres équipes mobiles de crise (Ampelas et al., 2005). La mobilité, bien que coûteuse en temps, apparaît bien comme une composante essentielle du service et correspondant à une attente des usagers et de leur entourage.

Des auteurs, tels que Bridgett & Polak (2003), soulignent que mobilité des soins ne signifie pas « service hospitalier mobile » fournissant le même type de soin que ceux donnés à l'hôpital. La mobilité offre de nouvelles possibilités au clinicien en engageant le système social au sein duquel l'utilisateur vit. Être mobile permet un meilleur accès pour évaluer et résoudre les problèmes sociaux pratiques tels que problèmes d'argent, habitat inadéquat, risque d'accident, difficultés à réaliser les tâches du quotidien. La mobilité permet de se focaliser sur le « ici et maintenant » et de travailler avec les priorités du patients. Également, la rencontre en dehors des structures de soins tend à égaliser les rapports entre professionnels et usagers

4.3.7.3. Satisfaction concernant le travail avec l'entourage

Le fait d'associer l'entourage à la prise en charge était plus apprécié dudit entourage que des usagers. Ce point était relevé par Borg et al. (Borg, Karlsson, Lofthus, & Davidson, 2011) dans leur étude rapportant des expériences d'utilisateurs : ceux-ci exprimaient être tiraillés entre garder leurs difficultés pour eux (ce qui était difficile dans le contexte d'une prise en charge à domicile) et risquer d'exposer leurs proches à un stress supplémentaire en partageant cette crise avec eux. Cette insatisfaction des usagers concernant les entretiens familiaux peut aussi

témoigner d'une résistance au changement. Egalement, il est parfois difficile de concilier prise en charge d'une crise psychopathologique et thérapie d'inspiration systémique.

Il est à noter que le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012) rappelle que « la question de la santé mentale d'une personne est aussi celle de son entourage et que celui-ci est une ressource essentielle dans l'évaluation de la situation de la personne et un relais potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement ».

S'intéressant aux aspects sociologiques de la crise, Bridgett & Polak (2003) décrivent une connexion entre intervention au niveau du système social et la résolution de crise, pointant que le système social est souvent une part du problème et joue un rôle important dans la solution. Offrir un soutien précoce à une famille en crise peut prévenir la rupture du système et permettre un soutien plus important au système pour traverser cette crise, et éviter ainsi les phénomènes d'étiquetage, bouc émissaire et exclusion du système.

Le travail avec l'entourage est une composante essentielle des soins proposés par ULICE, d'inspiration systémique. Les résultats de l'enquête confirment qu'associer les proches à la prise en charge de crise est une attente tant des usagers que de leurs proches.

4.3.7.4. Satisfaction concernant l'information délivrée

L'insatisfaction concernant l'information retrouvée dans cette enquête est un item régulièrement constaté dans les études (Ampelas et al., 2005). Les résultats pointent la nécessité d'apporter une information claire sur la maladie et les traitements prescrits ; néanmoins, porter un diagnostic et l'annoncer reste problématique en situation aigue, et ne fait peut-être pas partie des prérogatives d'une équipe d'intervention de crise.

4.3.7.5. Satisfaction concernant le relais en fin de prise en charge

L'insatisfaction était également grande concernant le relais en fin de prise en charge : les usagers et leur entourage étaient insatisfaits tant de la durée de la prise en charge que de l'information délivrée sur ce relais. Cet item était un point d'insatisfaction retrouvé dans

d'autres études (Ampelas et al., 2005; Hopkins & Niemiec, 2007). Le moment du relais peut être en lui-même un moment de crise, marqué par un vécu d'abandon. En effet, la prise en charge, d'intensive, devient plus légère ; cela peut être vécu par les usagers et les familles comme une déconsidération de leurs difficultés. Par ailleurs, l'insatisfaction concernant la durée de la prise en charge peut être liée à une mauvaise information sur le relais. Les recommandations britanniques (Department of Health, 2001) précisent que le relais devrait être prévu à un stade précoce de la prise en charge. Il paraît primordial de mieux préparer ce relais, par une information claire en début et tout au long de la prise en charge, sur la durée prévue des soins et les modalités du relais.

4.3.7.6. Satisfaction concernant la multiplicité des intervenants

L'insatisfaction concernant la multiplicité des intervenants était moins forte qu'attendue : bien qu'elle apparaisse nettement dans les questions fermées, elle a été très peu exprimée librement. La rotation des intervenants paraît primordiale dans les situations de crise, puisqu'elle permet à la fois d'apporter plusieurs points de vue sur la situation et donc d'enrichir les possibilités de résolution de crise ; elle permet également de protéger les professionnels, afin de ne pas toujours exposer les mêmes membres de l'équipe en première ligne, aux situations les plus éprouvantes. Hopkins & Niemiec (2007) constataient que le changement d'intervenants n'était pas problématique pour les usagers si les transmissions étaient de bonne qualité au sein de l'équipe. S'assurer de la bonne qualité des transmissions entre les membres d'ULICE permettrait peut-être d'améliorer la satisfaction des usagers sur ce point.

4.3.7.7. Facteurs associés à la satisfaction

Dans notre étude, ni la satisfaction des usagers ni celle de leur entourage n'était liée au devenir du patient, indiquant que même si l'objectif d'alternative à l'hospitalisation n'a pas été atteint, la prise en charge par ULICE a pu répondre à une attente des familles ou des usagers.

La meilleure satisfaction des usagers ayant des antécédents d'hospitalisation n'est pas très surprenante, et témoigne probablement du fait que pour apprécier pleinement les bénéfices d'une alternative à l'hospitalisation, il faut en avoir fait l'expérience. Cela laisse penser également que la satisfaction concernant une alternative à l'hospitalisation n'est pas seulement liée à la peur de l'inconnu, de l'hôpital psychiatrique lorsque l'on n'a jamais été hospitalisé.

Quant aux facteurs associés à la satisfaction de l'entourage, ils étaient inattendus. On peut faire l'hypothèse que le délai d'intervention d'ULICE après l'adresse est indexé sur la durée de la crise ; répondre de manière un peu différée au lieu de répondre en urgence, autrement dit crisifier l'urgence, permet à la fois pour l'équipe et pour les proches de préparer cette rencontre, travail préliminaire probablement important, et différent du travail des services d'urgence. On peut supposer également que lorsque la crise évolue depuis longtemps, l'intervention d'ULICE fait suite à un long moment de tentative de résolution de la crise sans aide extérieure et/ou de recherche infructueuse de soutien, ayant eu pour conséquence pour la famille de prendre la mesure de la difficulté à faire changer la situation.

4.4. Biais et limites

Cette étude était un travail exploratoire, puisqu'aucune étude n'avait auparavant été faite sur ULICE.

Une des forces de cette étude est la bonne validité externe, puisqu'aucun critère d'exclusion n'était appliqué. Nous avons fait ce choix d'inclusion très large afin de refléter au mieux l'activité d'ULICE, au détriment d'une perte de puissance.

L'absence de groupe contrôle est une des limites majeures. Notamment, la méthodologie de l'étude ne permet pas d'évaluer l'impact d'ULICE en termes de diminution du nombre d'hospitalisations. De plus, les données ne concernent que les patients admis dans l'unité, ne permettant pas de comparer les admis aux non admis, ni de repérer les motifs de non admission. L'absence de mesures standardisées de fonctionnement et de symptômes à l'admission et en fin de prise en charge ne permettait pas de mesurer l'amélioration clinique.

L'enquête de satisfaction est porteuse également de limites. Les répondeurs étant peu nombreux, notamment dans le groupe des usagers, la puissance est par conséquent assez faible. Le délai relativement long entre la fin de la prise en charge et la passation du questionnaire explique probablement le faible taux de réponses. De plus, la comparaison entre les taux de satisfaction des usagers et de leur entourage n'est pas possible, puisque les données concernant la satisfaction à la fois de l'utilisateur et de l'entourage n'étaient disponibles que pour 25 situations, ce qui aurait impliqué un manque de puissance certain. Ensuite, le biais de réponse est un biais que l'on retrouve dans toutes les enquêtes de satisfaction : les non répondeurs étaient peut-être moins satisfaits que les répondeurs. Au niveau du mode de recueil des données, le recueil par téléphone augmente le taux de réponse mais induit un biais de désirabilité sociale en atténuant la confidentialité (augmente le taux de réponses positives). Ce biais a aussi pu être majoré par le fait que l'enquête téléphonique a été réalisée par un membre de l'équipe. Enfin, un biais de remémoration est possible.

4.5. Perspectives

Afin d'enrichir les données concernant l'activité et l'efficacité d'ULICE, dans un but d'amélioration et d'optimisation du service, il serait intéressant d'approfondir certains points. Utiliser des échelles de fonctionnement ou de sévérité, telles que l'EGF (Echelle Globale de Fonctionnement) permettrait d'objectiver une amélioration clinique. Hasselberg et al. (2011b) constataient une meilleure amélioration de la sévérité symptomatique et du niveau de fonctionnement lorsque la prise en charge était plus longue et que le service était ouvert au-delà des heures ouvrables. Il serait également intéressant de relever systématiquement les antécédents d'hospitalisation sous contrainte ainsi que le risque d'autoagressivité, identifiés comme majorant le risque d'hospitalisation dans d'autres études.

Afin d'évaluer la pertinence d'ULICE au sein du système de soins, il serait intéressant de réaliser une étude d'impact avec groupe contrôle sur le taux d'hospitalisation, afin de déterminer si ULICE permet ou non une diminution des taux d'hospitalisation. Selon Glover et al. (2006), les équipes d'intervention de crise sont associées à diminution de 32% des hospitalisations, pour les équipes fonctionnant 24/24h 7/7j, et de 10% pour les équipes n'assurant pas une couverture complète. Il serait également intéressant de comparer avec les

taux d'hospitalisation des patients pris en charge par d'autres structures communautaires. De même, on pourrait comparer la satisfaction des patients pris en charge par ULICE à celle des patients pris en charge par les autres structures communautaires.

Un point crucial mis en évidence par cette étude est la nécessité d'améliorer l'information et le relais vers les structures d'aval. Le relais pourrait être mieux préparé par une information répétée, dès le début de la prise en charge, et peut-être passer par une triangulation.

Enfin, concernant le fonctionnement d'ULICE, il serait intéressant de mettre en place un rôle « porte ». A cet effet, une tentative a été faite de travailler plus en lien avec les urgences psychiatriques avec la participation d'un membre d'ULICE à la réunion quotidienne des urgences. Néanmoins, l'effet est resté limité, et il est probable que pour tenir un rôle « porte » efficace il faille du personnel soignant en plus grand nombre, ainsi qu'un transfert d'autorité des services hospitaliers aux équipes de crise.

Conclusion

Les données de la littérature abondent sur les avantages des équipes d'intervention de crise, qui se sont développées dans la plupart des pays occidentaux depuis une quarantaine d'années, et un peu plus récemment en France.

ULICE est une des seules équipes d'intervention de crise françaises. De par ses compétences en psychiatrie et son modèle systémique, elle permet deux niveaux de compréhension de la crise : un niveau individuel et un niveau contextuel. ULICE offre une intervention rapide, sur le lieu même de l'urgence, en collaboration avec l'entourage du patient. Elle permet un suivi de crise de plusieurs semaines, permettant l'instauration de soins ambulatoires d'une qualité comparable à celle de l'hôpital, réalisant une alternative à l'hospitalisation pour les patients les plus sévèrement atteints. Eviter l'hospitalisation psychiatrique permet de diminuer le risque de chronicité provoqué par l'apprentissage d'une solution unique en cas de crise. Egalement, elle permet une transition entre l'urgence et la mise en place d'un suivi au long cours, favorisant ainsi l'accès aux soins. En effet, la plupart des patients consultant dans un service d'urgences hospitalier n'iront ensuite pas consulter un spécialiste (De Clercq, 2005). Comme le soulignent Robin et al. (2001), la possibilité d'un suivi de crise au-delà de l'urgence est indispensable si on veut offrir une réponse graduée et sortir du dilemme du tout ou rien, entre hospitalisation psychiatrique et absence de soins spécialisés. Enfin, le suivi de crise est parfois suffisant en l'absence de pathologie psychiatrique.

Ce travail a montré qu'ULICE prend en charge pour une grande part des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, pour qui l'alternative à l'hospitalisation a souvent été possible. Les interventions d'ULICE ne s'adressent pas seulement aux patients susceptibles d'être hospitalisés. En effet, l'équipe rencontre également une population qui jusqu'alors n'avait pas recours au dispositif de soins, alors qu'il existe chez certains des troubles psychiatriques évoluant depuis plusieurs années.

L'enquête de satisfaction menée auprès des usagers et de leur entourage a montré qu'ils répondent de manière discriminante et pertinente. Elle a permis de mettre en évidence qu'il est impératif de mieux organiser le relais et de délivrer une information plus étayée ou claire. Par ailleurs, des facteurs d'ordre social, tels qu'un manque de soutien ou d'accès aux services, la pauvreté, le chômage, la discrimination peuvent, au même titre que des symptômes

strictement psychiatriques, faire partie d'une situation de crise. Les expériences des usagers sur ce qui constitue une aide efficace en situation de crise mettent en exergue les limites du modèle strictement biomédical dans la compréhension de la souffrance psychique, et pointe la nécessité de développer un savoir sociologique pour les interventions de crise (Borg et al., 2011). Néanmoins, un rapport récent de l'OMS (Bleich, 2009) retrouvait que « contrairement à ce qu'indiquent les rapports publiés, la satisfaction des personnes à l'égard du système de santé dépend plus de facteurs externes à ce système que de l'expérience vécue par ces personnes en tant que patients. La mesure de cette satisfaction devrait donc être d'une utilité limitée comme base pour améliorer la qualité et réformer le système de santé ».

Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux connaître l'activité et les résultats d'ULICE afin d'améliorer l'efficacité des prises en charge, en ciblant mieux les populations susceptibles de bénéficier de ce type d'intervention, et en proposant soit d'autres prises en charge plus adaptées aux autres, soit une adaptation de la prise en charge (par exemple une intensification du suivi pour les populations repérées comme étant vulnérables).

Les voies de développement sont multiples. Un partenariat avec le réseau de soins primaires est à renforcer. Également, une meilleure organisation des relais vers les structures d'aval est un point essentiel dans l'amélioration du service. Par ailleurs, une extension des horaires d'ouverture, pour une couverture à terme 24/24h 7/7j, semble incontournable. Enfin, la possibilité pour ULICE de tenir un rôle « porte » aux admissions hospitalières et d'être impliquée dans les sorties d'hospitalisation est un projet pour le moment utopiste mais souhaitable à terme. Cela pose la question des moyens, puisque tandis que le nombre de personnel soignant est de 1 pour 10 000 habitants pour les équipes de crises norvégiennes, qui ont mis en place un modèle efficace (Hasselberg et al., 2011a), il est de 1 pour 90 000 habitants pour ULICE. Une des solutions qui apparaît pourrait être une mise en commun de moyens entre les secteurs concernés.

Références bibliographiques

Ampelas, J.-F., Robin, M., Caria, A., Basbous, F., Zeltner, L., Bronchard, ... Waddington, A. (2005). Évaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d'une prise en charge de crise ambulatoire par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique. *L'Encéphale*, (31), 127-41.

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2012). *Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en Provence-Alpes-Côte d'Azur*. [Page Web] http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Soins_et_accompagnement/ou_vous_souigner/Structures_psychiatrie/inventaire_structures_psy_juin_2012.pdf

Ampélas, J.-F. (2004). Les enquêtes de satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis des soins psychiatriques: revue de la littérature. *L'Information Psychiatrique*, 80(2), 141-146.

Beer, D., Cope, S., Smith, J., & Smith, R. (1995). The crisis team as part of comprehensive local services. *Psychiatric Bulletin*, 19(10), 616-619. doi:10.1192/pb.19.10.616

Bleich, S. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278. doi:10.2471/BLT.07.050401

Borg, M., Karlsson, B., Lofthus, A.-M., & Davidson, L. (2011). « Hitting the wall »: Lived experiences of mental health crises. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4). doi:10.3402/qhw.v6i4.7197

Bridgett, C., & Polak, P. (2003a). Social systems intervention and crisis resolution. Part 1: Assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(6), 424-431.

Bridgett, C., & Polak, P. (2003b). Social systems intervention and crisis resolution. Part 2: Intervention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(6), 432-438. doi:10.1192/apt.9.6.432

Brimblecombe, N., O'Sullivan, G., & Parkinson, B. (2003). Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 683-687. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00643.x

Chapireau, F. (2002). Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000. *Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, (206), 1-12. [Page Web] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er206.pdf>

Cotton, M.-A., Johnson, S., Bindman, J., Sandor, A., White, I. R., Thornicroft, G., ... Bebbington, P. (2007). An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*, 7(1), 52. doi:10.1186/1471-244X-7-52

De Clercq, M. (2005). *Urgences psychiatriques et intervention de crise*. Paris, Bruxelles: De Boeck.

Department of Health (2001). *The mental health policy implementation guide*. [Page Web] http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058960.pdf

European Commission. (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for European Union*. [Page Web] <http://cpme.dyndns.org:591/database/Info.2005-153.en.pdf>

Glover, G., Arts, G., & Babu, K. S. (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5), 441-445. doi:10.1192/bjp.bp.105.020362

Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, J. A., & Dyches, H. (2001). Assessing the Impact of Community-Based Mobile Crisis Services on Preventing Hospitalization. *Psychiatric Services*, 52(2), 223-228. doi:10.1176/appi.ps.52.2.223

Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011a). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*, 11, 96. doi:10.1186/1472-6963-11-96

Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011b). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*, 11, 183. doi:10.1186/1471-244X-11-183

Hopkins, C., & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 14(3), 310–318.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2012). *Recensement de la population*. [Page Web] <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2012/pdf/dep13.pdf>

Johnson, S., Nolan, F., Hoult, J., White, I. R., Bebbington, P., Sandor, A., ... Pilling, S. (2005). Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 68-75. doi:10.1192/bjp.187.1.68

Jones, R., & Jordan, S. (2010). The Implementation of Crisis Resolution Home Treatment Teams in Wales: Results of the National Survey 2007-2008. *The Open Nursing Journal*, 4, 9-19. doi:10.2174/1874434601004010009

Junel, B., Chéron, S., Pougard, J., INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2011). Marseille Provence Métropole : précarité, vieillissement, déplacements... de nombreux défis à relever. *Analyse*, (13). [Page Web] http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/analyse/ana13/ana13.pdf

Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., Ness, O., & Kim, H. S. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services. *International Journal of Mental Health Systems*, 6, 14. doi:10.1186/1752-4458-6-14

Karlsson, B., Borg, M., Eklund, M., & Kim, H. S. (2011). Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 19. doi:10.1186/1752-4458-5-19

Karlsson, B., Borg, M., & Kim, H. S. (2008). From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing inquiry*, 15(3), 206–215.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. doi:10.1016/0149-7189(79)90094-6

McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., & Harrigan, S. M. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 305.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. (2005). *Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*. [Page Web] http://www.legislation-psy.com/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, & Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. (2012). *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. [Page Web] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf

Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.

National Audit Office. (2007). *Helping people through mental health crisis: The role of Crisis Resolution and Home Treatment services*. [Page Web] <http://www.nao.org.uk/report/helping-people-through-mental-health-crisis-the-role-of-crisis-resolution-and-home-treatment-services/>

Ness, O., Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., & Hesook, S. K. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *International Journal of Mental Health Systems*, 6, 18. doi:10.1186/1752-4458-6-18

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Journal Officiel n°98 du 25 avril 1996). [Page Web] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&categorieLien=id>

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Classification Internationale des Maladies (CIM-10)*. (10^{ème} révision). [Page Web] <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#>

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. [Page Web] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-fr.pdf

Pascal, J.-C., Simonnot, A.-L., Faucher, L., & Garret-Gloanec, N. (2003). Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Psychiatrie, 37-930-N-10). Paris : Elsevier SAS

Ramonet, M. (2012). *Le dispositif de soins intensifs à domicile du secteur 59G21: Présentation et étude d'impact*. Mémoire pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie, Université du Droit et de la Santé – Lille 2

Ramonet, M., & Roelandt, J.-L. (sous presse). Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Annales Médico-Psychologiques*. [Page Web]
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.01.37>

Robin, Michaël, Bronchard, M., & Kannas, S. (2008). Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(6), 498-506. doi:10.1007/s00127-008-0326-0

Robin, Michel, Pochard, F., Ampelas, J.-F., Kannas, S., Bronchard, M., Mauriac, F., ... Pastour, N. (2001). Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Familiale*, Vol. 22(2), 133-151. doi:10.3917/tf.012.0133

Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881–892. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AP-HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision

CMP : Centre Médico-Psychologique

EGF : Echelle Globale de Fonctionnement

ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HL : Hospitalisation Libre

RSA : Revenu de Solidarité Active

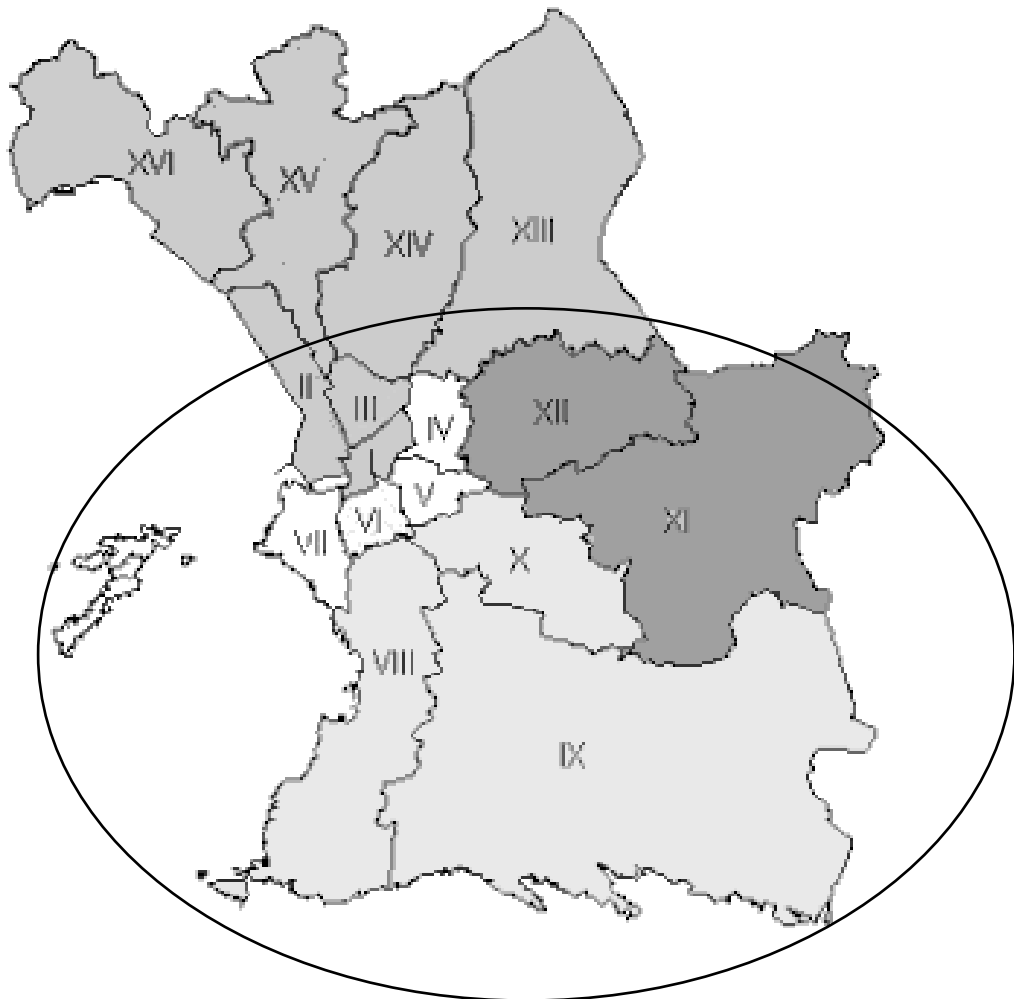
SDRE : Soins à la Demande du Représentant de l'Etat

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

ULICE : Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation

Annexes

Annexe 1 : Carte des arrondissements de Marseille et du territoire d'ULICE



Résumé

Contexte : Suite au mouvement de désinstitutionalisation, les équipes d'intervention de crise se sont considérablement développées et ont fait preuve de leur efficacité. ULICE, une équipe d'intervention de crise située à Marseille, au modèle systémique, propose des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique et favorise l'accès aux soins.

Matériel et Méthode : Nous avons étudié l'activité d'ULICE en 2012 au travers les caractéristiques sociodémographiques des usagers, leurs caractéristiques psychiatriques, les éléments descriptifs de prise en charge d'orientation et de devenir, ainsi que leur satisfaction et celle de leur entourage.

Résultats : ULICE a pris en charge des patients souvent désinsérés socialement, souffrant de maladies psychiatriques sévères (58%), pour beaucoup déjà connus du réseau de soins (89,5%), adressés majoritairement par leur entourage et d'autres structures psychiatriques, et présentant une crise évoluant depuis 91 jours en moyenne. Les prises en charge, d'une durée moyenne de 52 jours, aboutissaient dans 33% à une hospitalisation. La satisfaction des usagers et de leur entourage était élevée, à l'exception du relais vers les structures d'aval, de l'information délivrée et des entretiens de groupe. Les antécédents d'hospitalisation et un diagnostic de psychose étaient corrélés à une hospitalisation en fin de prise en charge, tandis que les patients ayant bénéficié d'une prise en charge plus longue et d'entretiens plus nombreux étaient moins souvent hospitalisés.

Discussion : ULICE propose des interventions de crise spécifiques, souvent efficaces et satisfaisantes, complémentaires aux soins proposés par les équipes des secteurs. L'enquête de satisfaction a montré qu'il est impératif d'améliorer la qualité de l'information et le relais. Une disponibilité plus étendue et une meilleure articulation avec les partenaires du réseau semblent nécessaires afin d'améliorer la qualité du service proposé.

Mots clés :

Santé mentale communautaire ; intervention de crise ; satisfaction des usagers; alternative à l'hospitalisation ; trouble psychiatrique sévère