



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve

Intensive home treatments: Models and evidence level

Marianne Ramonet^{a,*}, Jean-Luc Roelandt^b

^a Secteur 59G21, EPSM Lille Métropole, 43-45, rue Faidherbe, 59260 Hellemmes, France

^b EPSM Lille Métropole, centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé, 35-37, rue de La-Justice, 59000 Lille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 3 septembre 2012

Accepté le 15 janvier 2013

Mots clés :

Alternative à l'hospitalisation

Désinstitutionnalisation

Hospitalisation à domicile

Soins à domicile

Trouble psychiatrique sévère

RÉSUMÉ

On peut définir les programmes de soins intensifs à domicile comme des équipes mobiles de psychiatrie dispensant des soins alternatifs à l'hospitalisation. Ils font l'objet de nombreuses publications internationales. Développés depuis les années 1970 pour répondre aux problèmes posés par la désinstitutionnalisation, ces modèles peuvent être distingués en deux groupes. Le premier inclut *Case Management* et *Assertive Community Treatment*. Ce dernier, très étudié, est un programme intensif à domicile au long cours, s'adressant à des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères et invalidantes. Il consiste en une intervention médicosociale intensive, visant la restauration des habiletés sociales et de l'autonomie. Le second modèle est l'intervention de crise. Tout aussi intensif, ce programme consiste en une intervention à court terme à domicile, visant à éviter ou raccourcir l'hospitalisation lors d'une décompensation aiguë. En effet, il permet d'éviter 50 % des hospitalisations et d'intervenir auprès du patient et de son entourage. L'ACT, quant à lui, permet d'améliorer l'adhésion aux soins de patients en rupture de suivi et hauts utilisateurs de services. Mais son efficacité, comparée à des modèles moins intensifs, est controversée.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Keywords:

Assertive community treatment

Assertive outreach

Case management

Crises intervention

Home treatment

Severe mental illness

Introduction. – Despite recent legislation favouring home treatment services, international literature contrasts with its development in France, where those programs stay rare. They were implemented since the deinstitutionalization movement of the 1970s, to provide care to severe mentally ill outpatients, who used to stay in long-term inpatient wards. Those home treatment programs can be divided in two groups: Assertive Community Treatment and crisis interventions teams.

Objectives. – This article first aims to describe those two types of programs, and then to review their evidence level. Finally, we will discuss the actual controversy about effectiveness of home treatment.

Method. – This article is a literature review of international research about home treatment programs for adults' severe mental illness. It excluded children psychiatry, addictology and elderly psychiatry. We selected reviews and research articles taken from international publications, using a PubMed research.

Results. – This article concerns home treatment programs, belonging to "mobile teams", which is a group of psychiatric teams including varied goals: Improving continuity of care, community assessment, avoiding admissions to psychiatric hospital, improving skills in community living, and supporting families. Those programs practice assertive outreach. Some provide care and others only assess and direct people to other services. Only the first ones are concerned by this article. We distinguish two types of home treatments: Assertive Community Treatment (ACT) and Crisis Intervention teams. Assertive Community Treatment, also named Assertive Outreach teams or Intensive Case Management, is a very well described model which aims to keep people with severe mental illness in the community. It is an intensive kind of Case Management. It is specially addressed to high services users, with frequent admissions. ACT consists in visiting people at home, providing cares and social support, developing skills to cope with daily living. It is provided by a 24-hour available multidisciplinary team, in an unlimited time. The first Stein and Test study showed benefits compared to standard treatment, but more recent trials failed in improving hospital use or clinical and social outcomes. Some even show and increased

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marmonet@yahoo.fr (M. Ramonet).

hospitalization rate. This variation can be explained by an improvement of standard care with time, and international heterogeneity. A higher fidelity to the original model could decrease bed use. Fidelity scales have been developed to compare different programs. ACT seems to be useful to improve engagement in care for people with a high level of needs, and to maintain them in housing. Studies also show a dilution of the effectiveness of ACT in routine practice. Those results limit its implementation. The second group of home treatments is crisis intervention and home treatment teams, also called crisis assessment teams. Those teams aim to treat crisis at home for severe mentally ill people. Crisis is defined as a symptomatic exacerbation in severe mental illness. Treatment is provided by a 24 hours available multidisciplinary team which assesses the situation, directs the patient and programs a crisis intervention. The intervention is time limited, about six weeks. It helps people to resolve crisis in the community. It could avoid 50% of psychiatric admissions, without increasing readmission rates. A recent study shows it could reduce the suicide rate. It also improves satisfaction with care and engagement.

Conclusions. – Despite the controversy, home treatment services can be useful to improve engagement in care, user's satisfaction, and to avoid psychiatric admissions. Visiting patient at home and associating social interventions with medical treatment improve bed use outcomes. Less intensive but well organized community teams can also bring benefits. In the French context, the lack of visibility of home treatment teams can be explained by several hypotheses. We can cite the lack of systematic evaluation of care programs, the persistence of more inpatient beds than in other countries, the difficulty to implement home treatment in rural areas or the cultural use of hospital.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les soins à domicile sont au cœur de l'actualité en psychiatrie. Les textes récents insistent sur le développement des alternatives à l'hospitalisation. Dans le champ de la médecine somatique, les dispositifs d'Hospitalisation à Domicile sont en plein essor (gériatrie, oncologie, soins palliatifs, obstétrique et périnatalité...). Cette évolution des pratiques témoigne d'une prise de conscience globale des atouts du domicile, à la fois au plan économique, en termes d'accès aux soins, et de la volonté des personnes d'être soignées chez elles.

À l'étranger, les fermetures massives de lits d'hospitalisation ont fortement développé les modèles de soins et d'accompagnement à domicile. Ces modèles font l'objet de nombreuses publications internationales, alors que le sujet est peu traité en France, où il suscite le débat. Inscrit dans le cadre d'un travail global sur les soins intensifs à domicile, cet article propose d'en détailler deux aspects principaux : les modèles internationaux de ces soins à domicile, et leur niveau de preuve.

2. Objectifs

Cet article propose une revue de la littérature internationale concernant les programmes de soins intensifs à domicile en psychiatrie. Le premier objectif de ce travail est de présenter les deux grands modèles théoriques de soins intensifs à domicile en psychiatrie de l'adulte : *Assertive Community Treatment* et interventions de crise. Le second objectif est de discuter de leur efficacité et de leurs limites organisationnelles. Ce travail concerne la psychiatrie générale d'adulte et exclut donc les champs de la psychiatrie infanto-juvénile et du sujet âgé, ainsi que ceux de l'addictologie.

3. Méthodologie

La recherche documentaire a utilisé la base de données PubMed, sa fonction « *related articles* », ainsi que la Cochrane Library. Les différents mots clés utilisés ont été : « *severe mentally ill* », et « *Home treatment* », ou « *case management* », ou « *assertive community treatment* », ou « *intensive case management* », ou « *assertive outreach* », puis « *crisis resolution team* », ou « *crisis assessment team* » (recherche commune et différenciée de ces deux groupes, dans les titres et résumés). La période des publications sélectionnées s'étend de 1980 à septembre 2012.

À cette recherche automatique s'ajoute une recherche manuelle à partir des bibliographies des articles. Ont été exclus les articles traitant de psychiatrie infanto-juvénile, d'addictologie ou spécifiques au sujet âgé ou dément. Les publications présentées ont ensuite été sélectionnées par thème et pertinence. La recherche bibliographique retrouve trois exemples français de soins à domicile ayant fait l'objet de publications chiffrées, deux traitant de données épidémiologiques [22,25,26]. Ce peu de données ne reflétant pas la pratique, nous avons choisi de ne pas centrer ce travail sur les exemples français, dont le recensement n'était pas faisable, et aurait conduit à des données partielles et biaisées.

4. Équipes mobiles de psychiatrie et soins intensifs à domicile

L'appellation « équipe mobile » désigne un ensemble de pratiques de psychiatrie en plein développement en France [9]. Ce sont des unités ambulatoires ayant pour objectif commun l'amélioration de l'accès aux soins et la coordination en réseau, dans une dynamique « d'aller vers » (*Assertive Outreach*) l'utilisateur et sa demande [9]. On peut les distinguer selon plusieurs aspects : l'existence ou non d'une population cible (précarité, personnes âgées, adolescence, périnatalité vs psychiatrie générale de secteur) ; les équipes d'évaluation orientant vers des filières de soins classiques vs celles proposant un soin alternatif à l'hospitalisation en aval de l'orientation ; les équipes d'intervention à court terme ou à long terme. Cette classification peut être modélisée par la Fig. 1.

Ce travail s'intéresse plus particulièrement aux équipes qui proposent des soins ambulatoires alternatifs à l'hospitalisation, que nous nommerons « soins intensifs à domicile ». Le terme « intensif » est utilisé pour distinguer les modèles traités des Visites à Domicile effectuées par les équipes de secteur (en pratique, les visites doivent être pluri-hebdomadaires, voire quotidiennes à pluri-quotidiennes).

La littérature internationale en distingue deux grands types s'adressant aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères : les soins intensifs au long cours de soutien et de réhabilitation (*Assertive Community Treatment*), et les soins intensifs de crise, intervenant à court terme. Nous choisissons ici de présenter ces deux modèles, car même si le premier reste très marginal en France (ou en tout cas non modélisé comme tel), il a fait l'objet d'une théorisation très approfondie au niveau international.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314207>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314207>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)