

Développement des centres de crise à Genève: impact sur les hospitalisations

■ J.-P. Bacchetta^a, A. Zanello^a, M. Varnier^a, E. Stebler^a, E. Safran^b, F. Ferrero^a, G. Bertschy^a, M. C. G. Merlo^a

^a Département de psychiatrie, Service de psychiatrie adulte;

^b DAEF, Service d'information médico-économique;

Hôpitaux Universitaires de Genève

Summary

Bacchetta J-P, Zanello A, Varnier M, Stebler E, Safran E, Ferrero F, Bertschy G, Merlo MCG. [Development of crisis intervention centres in Geneva: impact on hospitalisations.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2009;160:116–21.

Modern psychiatry aims at reducing hospitalisations to avoid loss of social integration and stigmatisation. The challenge in crisis intervention is to seize the potential of change while giving the patients enough support and security as well as maintaining social integration. In Geneva the first Crisis Intervention Centre (CIC) was founded in the early 1980s and it was situated in the community. Following a restructuring of psychiatric services, three CICs with eight beds each have been functioning since 2001. A main objective of this new service organisation was to reduce the steadily growing occupation rate of hospital beds. Data of the number of patients treated during the period 2001 to 2005 in the hospital versus the crisis centres are presented as well as clinical data of one CIC. Our results show an increase of 19.1% of global service utilisation. During the same period the admissions in the psychiatric hospital decreased by 27.7%, while the admissions in the three CICs increased by 234.9%. Interestingly, the increase of utilisation of the CIC was only related to an increase of patients treated in the mode of “support” of other outpatient services.

In conclusion, our results show that crisis intervention centres provide an alternative to psychiatric hospitalisation for patients that are treated in an affiliated outpatient structure. Thus, in addition

to a “crisis intervention” they can assure continuity for patients treated in outpatient settings.

Keywords: crisis intervention centre; hospitalisation; service organisation

Introduction

Ce travail apporte une contribution à la réflexion actuelle concernant l'organisation de l'offre de soins psychiatriques dans notre pays. Les recommandations du rapport du groupe de travail «Planification hospitalière» de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [1] soutiennent en effet le développement des soins ambulatoires et semi-hospitaliers, ce qui implique un transfert important de moyens financiers des hôpitaux vers les services ambulatoires. L'expérience genevoise des dernières années apporte un certain nombre d'arguments bien documentés qui confirme que le développement de centres de crise (centres de thérapie brève) permet de réduire sensiblement la demande de soins hospitaliers.

La «crise» est un état transitoire instable caractérisé par la rupture de l'équilibre psychique, accompagné d'un certain degré de confusion émotionnelle où les repères semblent vaciller. C'est aussi un moment-clé où, à la suite d'un «événement déclenchant» parfois d'apparence banal et souvent inattendu (rupture sentimentale, licenciement, deuil ...), entrent en résonance des bribes de l'histoire, les difficultés du présent, les rêves ou les craintes du futur ainsi que les éléments psychopathologiques [2, 3].

A Genève, le premier centre de crise a vu le jour, il y a plus de vingt-cinq ans, au début des années 80, sous la dénomination de Centre de Thérapie Brève (CTB) grâce notamment à l'impulsion d'un groupe autour d'Andreoli [2]. A l'époque déjà cette unité ouverte à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, mais géographiquement proche, s'inscrivait dans un souci d'offrir aux personnes en crise une alternative à l'hospitalisation psychiatrique classique ou un relais rapide pour la suite

Correspondance:

Dr Jean-Pierre Bacchetta

Département de psychiatrie

Service de psychiatrie adulte

Centre de Thérapie Brève

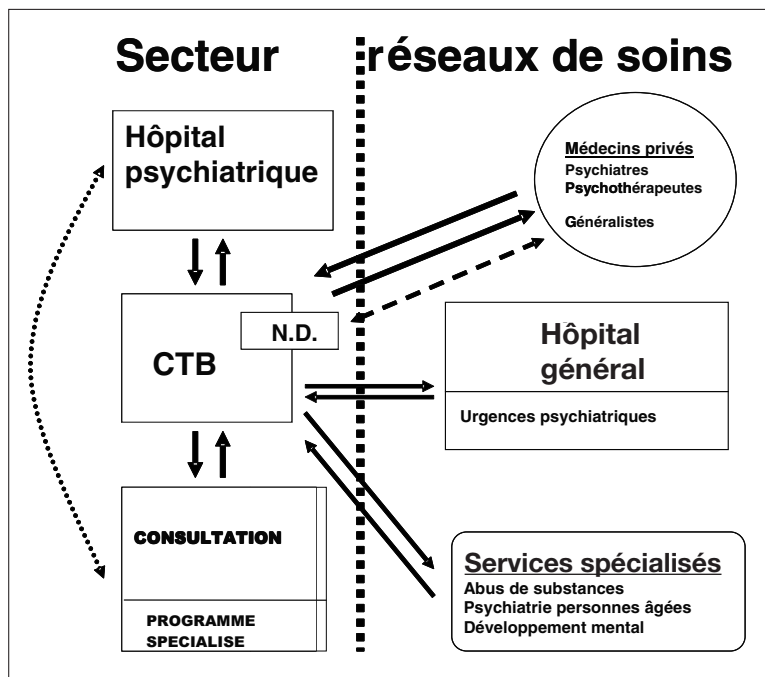
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

67, rue de Lausanne

CH-1202 Genève

e-mail: jean-pierre.bacchetta@hcuge.ch

Figure 1 Place des centres de thérapie brève dans le dispositif de soins.



des soins. Souci économique déjà, mais également clinique dans la volonté de proposer aux patients en crise une réponse plus souple, spécifique, moins stigmatisant et mieux intégrée à la communauté.

À la suite de cette première ouverture et au fil des deux décennies suivantes le nombre des CTB a varié en fonction des différents changements institutionnels et en particulier du nombre des secteurs psychiatriques, mais ils connaissent également des différences importantes dans leurs approches, leur fonctionnement et dans leurs références aux différents modèles théoriques.

En 2001 est mise en place une importante réforme du Département de psychiatrie à Genève, notamment des cliniques de psychiatrie adulte alors au nombre de deux, résultat d'un long processus débuté en 1998 en raison de la suroccupation croissante des lits de psychiatrie adulte [4]. Les 3 axes centraux de cette réforme étaient de développer ou renforcer *la continuité, la subsidiarité et la proximité* dans les dispositifs de soin. Est alors créé un service de psychiatrie adulte unique divisé en quatre secteurs géographiques, disposant chacun d'une partie hospitalière, ambulatoire et de structures spécialisées ou de recherche.

On opta en faveur d'un renforcement du système des CTB tant au niveau du nombre (avec le projet de 4 CTB, même si, pour des raisons économiques, 3 seulement sont ouverts actuellement) qu'au niveau de leur capacité d'accueil pour la nuit avec le passage à 8 lits dans chacun d'entre eux (soit 24 lits actuellement). En 2003 eut lieu une

redéfinition des missions des CTB. La première, proche de la mission historique au sens de l'intervention de crise principalement ambulatoire intensive avec recours ponctuel à des nuits sur place, est basée prioritairement sur le maintien de la mobilisation des ressources de l'environnement du patient. La seconde, plus proche d'une mission hospitalière avec un maintien du patient au sein de la structure de soins soit pour éviter son hospitalisation soit pour permettre de raccourcir son séjour hospitalier par un transfert précoce de l'hôpital vers le CTB.

Parallèlement à ces deux missions, cinq mandats principaux ont été fixés: (a) contribuer de manière forte à la diminution de la surcharge des lits intrahospitaliers, (b) se constituer en alternative à l'hospitalisation (dans les situations d'entrées volontaires), (c) s'ouvrir aux patients des Services spécialisés (abus de substances, psychiatrie gériatrique et psychiatrie du développement mental), (d) assurer une place centrale dans les dispositifs de secteur, (e) devenir la «porte d'entrée» ambulatoire du secteur en répondant aux nouvelles demandes de soins. La figure 1 illustre la place des CTB au sein de l'ensemble du dispositif de soins actuel.

A ces cinq mandats correspondent cinq lignes directrices pour l'organisation des soins dans les unités. Premièrement, répondre de manière rapide aux demandes de prise en soins, avec la possibilité d'un accueil direct des patients par l'équipe infirmière lorsque le patient a fait l'objet d'une évaluation psychiatrique dans une autre structure (sur une durée limitée aux 24 premières heures l'équipe infirmière travaille selon les directives du psychiatre adresseur sans intervention d'un médecin du CTB: cela permet notamment aux consultations ambulatoires de «confier transitoirement» sans avoir à l'hospitaliser, un patient afin de privilégier une continuité dans les soins ambulatoires). Notons au passage que cette notion de «rapide» fait référence au concept même de crise qui se distingue de l'urgence au sens de la nécessité d'une évaluation immédiate en raison d'un risque vital, mandat assuré par le service des urgences situé à l'hôpital général [5]. Deuxièmement, développer une offre de soins et une présence continue jour et nuit. Troisièmement, augmenter la capacité de garder les patients la nuit en augmentant le nombre de lits à 8 lits par unité et en ouvrant la possibilité de passer jusqu'à 7 nuits de suite au maximum (dans le système antérieur les patients pouvaient passer au maximum 2 nuits consécutives dans un CTB). Quatrièmement, augmenter l'offre de soins de groupe. Enfin cinquièmement, harmoniser l'offre de soins et les pra-

tiques des CTB. Dans la pratique on distingue deux types de soins dans les CTB, le premier type est la prise en soins de crise multidisciplinaire individuelle associée ou non à un programme de soins groupal. Le second type de soins dit «d'appui», consiste dans une intervention ponctuelle par l'équipe infirmière du CTB, le plus souvent de nuit ou de week-end, demandée par le médecin traitant d'une autre unité ambulatoire, qui reste le référent médical en charge du patient, dans le but de favoriser la continuité des soins et d'éviter une hospitalisation. A ces deux types de soins s'ajoute l'évaluation des nouvelles demandes de soins pour le secteur ambulatoire (sans caractère de crise).

Les objectifs de ce travail sont (a) d'examiner l'impact de la mise en place de la réforme des CTB en termes de tendances des mouvements globaux de patients au sein du Département de psychiatrie, (b) de comparer plus spécifiquement ces mouvements dans l'un des CTB avant et après la mise en place de la réforme et (c) d'illustrer le profil des patients en soins dans le même CTB.

Sujets et méthode

Mouvements globaux des patients au sein du Département de psychiatrie

Cette première partie illustre l'impact de la réforme de la psychiatrie genevoise sur la redistribution des rôles entre l'hospitalier et les CTB, à l'aide de données statistiques sur l'évolution du nombre de prises en soins en unité hospitalières et le nombre de prises en soins dans les CTB. Il est à préciser que durant cette période, l'offre de soins en termes de structures tant hospitalières qu'ambulatrices n'a pas connu d'autres modifications que celles décrites plus haut dans le cadre de la réforme. Ces statistiques ont été obtenues auprès du Service d'Information Médico-Economique (SIMECO) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Mouvements généraux dans un centre de thérapie brève

Dans cette seconde partie, nous comparons deux collectifs de patients, qui correspondent à l'ensemble des admissions enregistrées dans l'un des CTB (CTB secteur 4 Pâquis) pour l'année 2001 ($n = 526$), soit avant la réforme et pour l'année 2005 ($n = 858$) après la réforme. Nous comparons ces deux collectifs en termes de nombre, d'âge, de sexe ainsi que de provenance, à savoir par quelles voies les patients ont été adressés au CTB. Les prove-

nances des patients ont été regroupées en six groupes principaux à savoir (a) le service des urgences psychiatriques, (b) le secteur privé, comprenant l'ensemble des médecins privés psychiatres et autres spécialités, (c) l'hôpital psychiatrique, (d) les unités psychiatriques ambulatoires du secteur 4 Pâquis, (e) les demandes spontanées des patients et enfin (f) toute autre provenance. Les deux années ont été comparées à l'aide du test du Chi carré.

Profil des patients

Dans une troisième partie nous examinons un groupe de 100 patients ayant bénéficié d'une prise en soins de crise (avec ou sans programme groupal) dans le même CTB, entre 2005 et 2007. Ce groupe constitué de patients admis consécutivement est décrit en termes d'âge, de sexe et de provenance. Les diagnostics cliniques ont été établis selon les critères de la CIM-10 [6], la symptomatologie a été examinée avec le BPRS-24 [7] et le SCL-90R [8] et le fonctionnement global avec l'EGF [9]. L'évaluation a été réalisée une semaine après l'admission au CTB. Le protocole d'évaluation a été accepté par le comité d'éthique local et les patients ont donné leur consentement écrit.

Résultats

Mouvements globaux des patients au sein du Département de psychiatrie

Tout d'abord les résultats des données statistiques de l'évolution de l'activité dans les différentes unités (fig. 2) montrent une augmentation de 19,1% du nombre total de patients pris en soins entre les unités hospitalières et les CTB entre 2001 et 2005. Ils montrent également durant la même période une baisse de 27,7% des patients admis à l'hôpital et une augmentation de 234,9% du nombre de patients pris en soins dans les CTB. Précisons que les chiffres hospitaliers regroupent l'activité de toutes les unités: 4 unités d'admission et court séjour, 4 unités de moyen séjour ainsi qu'une unité non-sectorisée spécialisée dans la prise en charge de jeunes patients adultes avec troubles psychiques débutants. Est exclue des présents chiffres une seconde unité (unité UPHA) spécialisée dans les soins aux patients psychiatriques souffrants de comorbidités somatiques, située dans l'hôpital général, car les hospitalisations y sont fortement dictées par la présence de la comorbidité somatique (bon nombre des patients de cette

unité seraient hospitalisés dans des services de médecine somatique si cette unité n'existait pas).

L'évolution des taux d'occupation des lits de nuit des CTB est une autre donnée intéressante même s'il ne faut pas oublier que cela ne représente qu'une partie de l'ensemble des prestations fournies par les CTB: souvent les patients ne passent la nuit dans les CTB que pendant une petite partie de leur prise en soin dans ces structures et nombres d'entre eux ne passent même aucune nuit. De 50% de taux d'occupation des 8 lits disponibles (répartis sur 2 CTB) dans le dispositif pré-réforme le taux d'occupation est progressivement passé à presque 75% en 2005.

Mouvements généraux dans un centre de thérapie brève

Pour la seconde partie, les résultats sont résumés dans le tableau 1. Outre l'augmentation significative du nombre total de patients en soins, on ne note pas de différence en termes d'âge.

L'augmentation du nombre de prises en soins a été plus marquée parmi les hommes. Sur le plan de la provenance des patients les augmentations les plus significatives ont été notées pour les patients adressés par les médecins privés ainsi que par les médecins des unités ambulatoires du secteur. La seule baisse enregistrée est celle des patients adressés par l'hôpital psychiatrique. L'augmentation importante des demandes spontanées correspond quant à elle pour sa plus grande part au mandat issu de la réforme, à savoir d'évaluer les nouvelles demandes de soins ambulatoires, activité assurée auparavant principalement par les consultations.

Par ailleurs il est intéressant de noter que l'augmentation du nombre de patients pris en soins dans les CTB se traduit surtout par une augmentation des soins d'appui, principalement demandés par les autres unités du secteur. En effet le reste de l'augmentation de l'activité des CTB provient du transfert des consultations vers les CTB en lien avec le mandat d'évaluation des nouvelles demandes de soins. Le nombre des prises en soins classiques de crise reste, quant à lui, pratiquement stable.

Profil des patients

La troisième partie des résultats concernant le groupe de 100 patients pris en soins au CTB est résumé dans le tableau 2. Ce groupe de patients est d'âge comparable à l'ensemble des patients suivis et composé d'une part plus importante de femmes. En ce qui concerne les provenances, 80% de ces patients sont adressés par le service des urgences psychiatriques et les médecins privés. Sur le plan diagnostique 76% des patients de ce collectif souffraient d'un trouble de l'humeur comme diagnostic principal amenant à l'admission au CTB. Les résultats de l'EGF annuel/actuel, montrent une atteinte importante dans le fonctionnement social et interpersonnel au moment de l'admission, mais également une atteinte dans une moindre mesure avant l'épisode aigu. Sur le plan symptomatique les résultats de la BPRS et du SCL-90R, concordants avec les résultats de l'EGF à l'admission, montrent la présence d'une symptomatologie floride pour les items de dépression et d'anxiété.

Figure 2 Evolution du nombre de patients hospitalisés et pris en soins dans les centres de thérapie brève de 2001 à 2005, par trimestre.

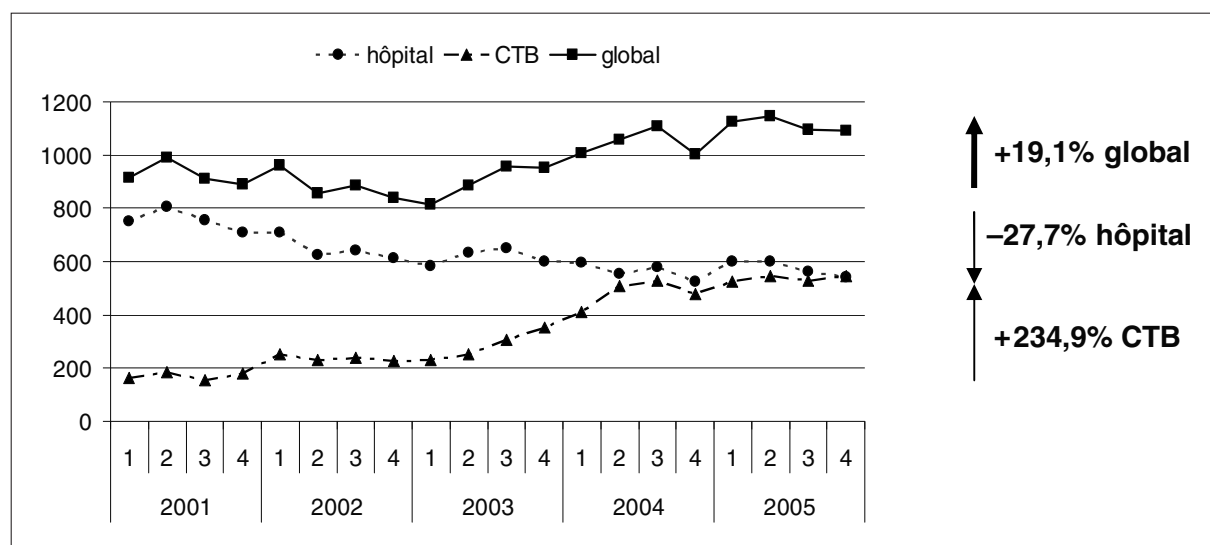


Tableau 1 Comparaison des patients admis au CTB-4 avant et après la réforme.

	2001 n = 526	2005 n = 858	test statistique	p
âge	37,45 (11,1)*	38,25 (11,3)*	t-test = -1,29 df = 1366	0,20
sexe				
femmes	357 (67,87%)	507 (59,21%)	X ² = 26,04 df = 1	<0,001
hommes	169 (32,13%)	350 (40,79%)	X ² = 63,12 df = 1	<0,001
provenance				
urgences psychiatriques	231 (44,90%)	284 (55,10%)	X ² = 5,45 df = 1	0,02
privé	106 (41,70%)	148 (58,30%)	X ² = 6,95 df = 1	0,008
hôpital psychiatrique	60 (55,04%)	49 (44,96%)	X ² = 1,11 df = 1	0,29
unités ambulatoires	4 (4,40%)	88 (99,40%)	X ² = 76,7 df = 1	<0,001
demandes spontanées	1 (0,60%)	167 (99,40%)	X ² = 164,02 df = 1	<0,001
autres	117 (52,94%)	104 (47,06%)	X ² = 0,77 df = 1	0,38
type de soins				
appui	76 (30,76%)	171 (69,24%)	X ² = 36,54 df = 1	<0,001
prises en soins	447 (49,88%)	449 (50,12%)	X ² = 0,004 df = 1	0,95
évaluations nouvelles demandes de soin	–	231 (100%)	PA	PA

* âge moyen, (SD = déviation standard), PA = pas applicable

Conclusion

L'examen de l'évolution de l'activité dans les unités hospitalières et les CTB, semble indiquer une tendance nette en faveur du rôle pris par les CTB dans le dispositif de soins entre 2001 et 2005, comme attendu dans le projet de réforme du Département de psychiatrie. Ce constat semble trouver confirmation aussi bien au niveau de l'augmentation du nombre de patients pris en soins dans les CTB que de l'augmentation du taux d'occupation des lits de nuit (approximativement 4 lits sur 8 occupés en moyenne dans l'ancien dispositif, 18 sur 24 dans le nouveau dispositif). On relèvera cependant d'une part que la baisse du nombre d'hospitalisations est de moins grande ampleur, soulevant la question d'un possible recrutement par le CTB d'autres patients que ceux qui était hospitalisé auparavant. Si l'on ne peut exclure complètement cette hypothèse on relèvera d'abord que la croissance de la demande de soins psychiatrique globale, entre 2001 et 2005 se situe dans la continuité de la hausse apparue dès la fin des années 80 de façon relativement constante, concernant l'ensemble de la

demande de soins et tout autant les services de consultations ambulatoires et les urgences. Un autre indicateur pourrait témoigner de la réalité de l'orientation sur les CTB d'une partie des patients qui autrement aurait été hospitalisée. En effet, ces patients réorientés vers les CTB correspondent à ceux qui auraient été hospitalisés avec un statut médico-légal d'admission ordinaire (anciennement entrée volontaire, par opposition aux entrées non-volontaires). Si cette réorientation est effective, elle devrait s'accompagner d'une baisse marquée des admissions ordinaires. Ce fut effectivement le cas: entre la période préréforme et la période postréforme la proportion d'admissions ordinaires a diminué d'une fourchette de 40 à 50% vers une fourchette 20 à 30%, sans que d'autres facteurs puissent expliquer ce changement.

Par ailleurs la comparaison des patients admis avant et après réforme, ainsi que l'analyse du groupe des 100 patients pris en soins, indiquent que la proportion de patients bénéficiant plus spécifiquement des prises en soins de crise reste constante. De plus, il s'agit de patients adressés

Tableau 2 Description d'un collectif de 100 patients pris en soins au centre de thérapie brève.

n = 100	
âge*	37,12 (10,4)
sexe	
femmes	69
hommes	31
provenance	
urgences psychiatriques	54
privé	26
hôpital psychiatrique	11
unités ambulatoires	6
demandes spontanées	3
diagnostics (CIM-10)	
troubles de l'humeur (F3)	76
troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes (F4)	18
troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6)	6
échelles	
EGF actuel*	48,63 (10,9)
EGF annuel*	64,33 (12,7)
SCL 90-R – index global de gravité*	1,49 (0,7)
BPRS-24 total*	49,85 (8,8)

* moyen (SD = déviation standard)

dans leur quasi totalité par les urgences psychiatriques et les médecins privés, souffrant de troubles de l'humeur avec un tableau symptomatique sévère associé à un retentissement important sur le fonctionnement social et interpersonnel. L'autre point à souligner est que l'augmentation des patients admis au CTB porte surtout sur les soins d'appui. Ce constat donne donc à penser que le rôle pris par les CTB dans le dispositif se situerait en amont de l'hospitalisation et permet à des patients suivis dans les unités ambulatoires, d'éviter des hospitalisations en maintenant le traitement en ambulatoire lors de certaines crises, ce qui favorise une continuité de soins avec leurs soignants habituels.

En résumé, les centres de crise dans leur évolution récente suite à la réforme semblent donc bien s'être constitués en tant qu'alternative à bon nombre d'hospitalisations en renforçant une continuité dans les soins à disposition des patients suivis dans les unités ambulatoires, tout en maintenant leur rôle pour les patients bénéficiant des prises en soins de crise. Ces premiers éléments mériteraient d'être confirmés par une analyse plus détaillée et systématique des différents groupes de patients admis dans les CTB, toutefois ils nous semblent ouvrir des pistes de réflexions portant tant sur le dispositif que sur le plan clinique.

Références

- 1 Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. 2006.
- 2 Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Paris: SIMEP; 1986.
- 3 De Coulon N, Von Oberbeck Ottino S. La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Paris: Morin; 1999.
- 4 Ferrero F. Réorganisation de la Psychiatrie Genevoise: A la recherche d'une intégration et mise en perspective internationale. In: Ramseyer F, Genner R, Brenner H, Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP), Herausgeber. Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich: Berner Gespräche zur Sozialpsychiatrie. Freiburg: Edition 8; 2006.
- 5 De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck Université; 1997.
- 6 Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F): Troubles Mentaux et Troubles du Comportement (CIM-10). Genève: OMS; 1994.
- 7 Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman RP. Training and quality assurance with Brief Psychiatric Rating Scale: "The Drift Busters". Int J Methods Psychiatr Res. 1993;3:221-44.
- 8 Derogatis LR. SCL-90. Administration, Scoring and Procedures Manual-1 for the R (revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Chicago: Johns Hopkins University, School of Medicine; 1977.
- 9 American Psychiatric Association. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV). Paris: Masson; 1996.