



Équipes mobiles : équipes de traitement à domicile

- **En situation aïgue ou subaïgue**
- **Pour des problématiques psychiatriques chroniques (graves et de longue durée)**

Le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS (2013) et le Plan d'action européen pour la santé mentale de l'OMS (Izmir, 2013) ont pour objectif un monde dans lequel la santé mentale est valorisée, favorisée et protégée et les troubles mentaux évités (prévention) et dans lequel les personnes présentant de tels troubles ont la possibilité d'exercer pleinement leurs droits et d'avoir accès à des soins de santé et à des soins sociaux de qualité adaptés à leurs valeurs et à leur culture. Le rétablissement est favorisé, avec pour but la santé et la pleine participation à la société par le travail et un logement à part entière, sans stigmatisation ni discrimination. **L'organisation de systèmes de soins de santé et de soins sociaux globaux, intégrés, aussi proches que possible de l'utilisateur**, est l'un des objectifs pour que cette vision devienne réalité.

Constat : trop peu de soins et de moyens là où les besoins sont les plus grands

L'écart de traitement (*treatment gap*) dans les soins en santé mentale est important. Même dans les pays développés, l'offre de soins est loin d'être adéquate et 35 à 50% des personnes présentant des problématiques de santé mentale ne bénéficient pas de traitement ou de soins adaptés (Eseméd, 2000 ; Saraceno, 2007). Bien que ces troubles puissent être traités efficacement par la médication et des interventions psychosociales, seule une minorité d'utilisateurs profitent d'un suivi « basique », bien souvent avec des années de retard, quand ils en bénéficient ! En outre, les soins ne sont pas orientés de manière appropriée : paradoxalement, alors que beaucoup ne bénéficient pas de traitement adapté ou suffisant, certaines personnes ne présentent pas de troubles mentaux et bénéficient de soins.

Des dysfonctionnements sont également à noter concernant l'affectation des moyens et ce, pour d'autres raisons. Outre le fait que les soins en santé mentale n'ont, de manière générale, pas assez de moyens, leur attribution demeure problématique. L'écart entre la charge de morbidité causée par les troubles de santé mentale et le budget alloué est important. De plus, la grande majorité du budget est toujours attribuée aux (grandes) structures résidentielles. Il s'agit souvent d'unités spécialisées sans responsabilité claire vis-à-vis de la population d'une région définie. Les lieux où les soins sont proposés ne sont pas en adéquation avec les besoins. Il y a trop de lits dans les hôpitaux psychiatriques ; pas assez d'alternatives de séjour à long terme, pas assez de lits dans les hôpitaux généraux, pas assez de structures communautaires de soins en santé mentale et une connaissance insuffisante des soins en santé mentale par les soins de santé généraux.

Nécessité d'une collaboration optimale entre les services : "soins équilibrés"

En réponse aux problèmes précités, l'OMS plaide en faveur d'une "collaboration optimale entre les services de soins en santé mentale".

Thornicroft et Tansella (2009) décrivent un '*balanced care model*' (modèle de soins équilibrés) pour l'organisation des soins en santé mentale, caractérisé par :

- des services proposés à proximité du domicile,
- des interventions axées tant sur les symptômes que sur les limites,
- des traitements et des soins adaptés aux besoins et aux diagnostics des usagers,
- reflétant également les priorités des usagers,
- bien coordonnés.
- des services flexibles et mobiles.

Le '*balanced care model*' part de la constatation qu'il n'y a pas de données ou d'arguments (scientifiques) convaincants permettant de soutenir une approche axée uniquement sur les hôpitaux, de même qu'il n'y a pas d'arguments permettant de conclure que seules les structures communautaires peuvent mettre en place des soins globaux. La recherche scientifique préconise un équilibre entre soins hospitaliers et soins communautaires. Par le passé, et c'est encore le cas dans notre pays, l'accent était fortement mis sur les soins résidentiels au sein des hôpitaux psychiatriques et il n'y avait pas suffisamment d'alternatives communautaires sous la forme d'équipes mobiles dispensant des soins à domicile.

Les "soins équilibrés" sont par essence ancrés et centrés dans la communauté et les hôpitaux jouent un rôle de back-up à ce niveau. Les soins de santé mentale sont dispensés dans des structures communautaires, au plus près possible de la population qui en a besoin. Les hospitalisations sont aussi brèves que possible et sont proposées sans délai, uniquement si nécessaire. Le fonctionnement des différentes structures d'une région donnée doit être harmonisé et coordonné pour pouvoir garantir la continuité des soins pour tous les habitants de cette région, sans exception. Cette vision est la même que celle décrite dans le "Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins", qui est à la base de la Réforme des soins en santé mentale dans notre pays (Jacob et al., 2014).

Pour les pays tels que la Belgique qui ont beaucoup de moyens, ces soins "équilibrés" signifient la mise en place d'un système incluant trois éléments :

- Les soins en santé mentale de première ligne avec un back-up spécialisé.¹
- Les soins généraux en santé mentale (pour adultes). Il faut entendre par là :
 - les consultations ambulatoires dans les centres de santé mentale, dans les hôpitaux généraux ou par des psychiatres ou des thérapeutes indépendants;
 - les équipes mobiles de soins en santé mentale à domicile: équipes non spécialisées, multidisciplinaires, d'*outreaching*;

¹ Voir introduction du module « liaison avec la première ligne ».

- les soins psychiatriques résidentiels aigus;
 - les soins résidentiels visant à la socialisation;
 - les structures centrées sur la réhabilitation, l'activation et le travail.
- Les structures de soins en santé mentale spécialisées. Il s'agit de services différenciés tels que :
 - les consultations ambulatoires spécialisées pour des troubles spécifiques ou à l'attention de publics cibles particuliers, par exemple les troubles alimentaires, le double diagnostic, les troubles de résistance au traitement, et les services pour adolescents;
 - les équipes mobiles spécialisées telles que les « *Assertive Community Treatment teams* » (ACT) ou les équipes d'intervention précoce;
 - les alternatives à l'admission en urgence, sous la forme d'équipes mobiles de crise pour le traitement à domicile, d'hôpitaux de jour, de maisons d'accueil de crise et de repos;
 - les services communautaires résidentiels de longue durée;
 - les formes alternatives de réhabilitation, d'activation et de prise en charge professionnelle comme les clubhouses, les services d'accompagnement, les associations d'usagers, l'*Individual Placement and Support*,...

La mise en œuvre de ces différents éléments est complémentaire et séquentielle : au fur et à mesure que les moyens disponibles augmenteront, ils pourront être utilisés pour élargir l'offre et pour développer davantage de structures "spécialisées".

Un large consensus existe donc sur la nécessité d'opérer dans les soins en santé mentale un glissement depuis un modèle basé sur les grandes institutions psychiatriques classiques vers un système de soins moderne et global, dont le centre de gravité se situe dans la communauté, avec un back-up assuré par des services psychiatriques de crise dans les hôpitaux (généraux).

Toutefois et en dépit d'arguments solides en faveur de la mise en place de soins en santé mentale orientés vers la communauté, il reste encore beaucoup à faire pour pouvoir proposer des soins en santé mentale accessibles, efficaces, de qualité et à long terme à toutes les personnes présentant des troubles psychiques graves. Bien que le processus de transition des hôpitaux psychiatriques vers les soins communautaires ait débuté, les moyens alloués aux nouvelles structures sont encore souvent trop limités et la réponse aux besoins psychosociaux des usagers reste, par conséquent, insuffisante.

Enfin, ajoutons que même dans les pays où la désinstitutionnalisation est bien avancée, des inquiétudes persistent quant à une tendance à la réinstitutionnalisation (vers les hôpitaux et vers les structures de soins basées sur la communauté et les structures de soins résidentielles), surtout pour les personnes qui ont des besoins en santé mentale complexes de longue durée, ainsi que pour celles qui présentent des antécédents médico-légaux (Priebe et al., 2005).

En résumé, la littérature distingue quatre types d'équipes mobiles.

- les équipes de crise en tant qu'alternative à une hospitalisation psychiatrique de crise;
- les "*community mental health teams*" destinées à la majorité des usagers présentant des problématiques psychiatriques graves. Elles offrent un soutien de longue durée et sont une alternative à un long séjour hospitalier ;
- les équipes d'"*assertive outreach*", qui offrent une aide plus intensive au sein de la communauté à l'attention d'un groupe cible difficile à atteindre de personnes présentant des problématiques psychiatriques graves de longue durée souvent combinées à des problèmes d'assuétude;
- et enfin, depuis quelque temps, des équipes mobiles destinées aux personnes présentant une psychose précoce (McGorry et al., 1996).

Ces dernières sortent du sujet du présent article.

Burns (2010) souligne que les "équipes mobiles n'améliorent pas le résultat et ne contribuent pas à éviter l'hospitalisation » : les équipes mobiles constituent un moyen de proposer des interventions efficaces "*evidence based*". C'est pourquoi il pense qu'il faut accorder une attention plus importante aux interventions fournies par ces équipes et surtout à la manière dont l'action de ces équipes permet d'offrir des interventions efficaces qui, dans d'autres circonstances, ne seraient pas proposées. Par ailleurs, il reconnaît qu'une approche centrée sur la personne et axée sur le rétablissement doit apporter le complément d'expertise professionnelle nécessaire.

Dans le "Guide vers de meilleurs soins en santé mentale", une distinction est établie entre les équipes ambulatoires de traitement intensif/les équipes mobiles à l'attention de personnes présentant des problématiques aiguës de santé mentale et les équipes qui s'adressent à des personnes souffrant de maladies psychiatriques complexes, graves et de longue durée (un terme à préférer à celui de "chronique").

Bien que ces deux types d'équipes soient issus d'initiatives "communautaires" avant-gardistes (par exemple le "*Training in community Living model*" de Madison, Wisconsin (Stein & Test, 1980; Pieters, 1992), ils diffèrent tant en termes de public cible (toute personne entrant en ligne de compte pour une hospitalisation psychiatrique aiguë versus un sous-groupe cible sélectionné d'individus présentant des besoins de soins complexes de longue durée) qu'en termes de temporalité des interventions (traitement aigu de courte durée, de quelques jours à quelques semaines versus soins de longue durée).

Nous utiliserons ci-après la distinction établie par le Guide pour décrire les différentes approches qui en relèvent.

Il sera, néanmoins, important d'adapter les éléments opérationnels de la recherche scientifique internationale à la situation en Belgique.

Équipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques graves de longue durée.

Les problématiques psychiques simples de courte durée sont, de préférence, prises en charge dans le cadre de consultations ambulatoires. Pour proposer, plus rapidement, des soins à domicile accessibles aux personnes présentant des besoins complexes dans le domaine de la santé mentale, les soins ambulatoires ne suffisent toutefois pas, fussent-ils bien développés. Afin d'éviter les hospitalisations et surtout les réadmissions fréquentes et de diminuer la durée d'hospitalisation, une offre de soins sous la forme de visites au domicile s'avère être un élément indispensable (Burns et al., 2007). Dans ce cadre, les équipes mobiles d'outreaching constituent la base de soins centrés sur la communauté et leur mise en place introduit, dans notre pays, une nouvelle forme de soins en santé mentale.

Dans leur forme basique la plus simple, il s'agit d'équipes pluridisciplinaires généralistes composées de psychiatres, d'infirmiers psychiatriques, de travailleurs sociaux, de psychologues et d'ergothérapeutes qui dispensent des soins à domicile au sein d'une "catchment area" délimitée géographiquement et qui s'adressent prioritairement aux usagers présentant des pathologies psychiatriques graves (PPG, Delespaul et al., 2014). Il ressort d'un grand nombre d'études et d'analyses systémiques que ces équipes mobiles orientées vers la communauté ('community mental health teams') offrent des avantages manifestes en comparaison avec les soins hospitaliers (Thorncroft & Tansella, 2003 et 2009 ; Caldas de Almeida & Killaspy, 2011) :

- L'accessibilité aux soins en santé mentale pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale de longue durée est meilleure dans ces structures communautaires que dans les hôpitaux psychiatriques classiques.
- L'action de ces équipes est associée à une plus grande satisfaction des usagers et répond mieux à leurs besoins. Ces équipes permettent une meilleure continuité des soins et une flexibilité accrue de la prestation de services. Elles permettent ainsi d'identifier et de traiter plus tôt les rechutes et d'accroître l'observance thérapeutique (Killaspy, 2007).
- Les structures communautaires telles que ces équipes tiennent davantage compte des droits des usagers et contribuent à éviter la stigmatisation.
- Les études sur les équipes mobiles concluent à des résultats au moins aussi bons, et parfois meilleurs, sur le plan de l'observance thérapeutique et de la qualité de vie (Braun, 1981 ; Conray et al., 1994 ; Bond et al., 2001).
- Des études suggèrent également que les soins communautaires dans le cadre de psychoses aiguës sont en général plus efficaces en termes de coût que les soins hospitaliers, bien que ces résultats ne puissent pas être généralisés à tous les usagers qui nécessitent une hospitalisation (Goldberg, 1991). Pour les personnes pour lesquelles un séjour de longue durée en hôpital est jugé nécessaire, il existe des alternatives efficaces en termes de coût, sous la forme de structures communautaires résidentielles, services que les usagers choisissent eux-mêmes (Goldberg, 1991). D'autres études montrent que lorsque la désinstitutionnalisation est correctement organisée et lorsque des alternatives communautaires de qualité sont développées, les usagers qui quittent l'hôpital pour

s'installer dans la communauté présentent moins de symptômes négatifs, une meilleure vie sociale et une satisfaction accrue (Leff, 1993 ; 1996).

- Les équipes mobiles n'ont cependant pas de meilleurs résultats concernant la réduction des symptômes ou l'amélioration du fonctionnement social (Burns 2001 ; Tyrer et al., 2003 ; Thornicroft et al., 1998).

Au sein de ces équipes communautaires, le "case management" est généralement utilisé comme un moyen d'octroyer et de fournir de façon coordonnée et intégrée des soins et un traitement. Il a été démontré que le case management est assez efficace pour améliorer la continuité des soins et pour accroître la qualité de vie et la satisfaction des usagers. Il est moins certain que le case management en tant que méthodologie pour proposer des interventions ait un impact sur le recours à l'hospitalisation. Dans les pays où des soins en santé mentale de première ligne ont été bien développés, des modèles ont été élaborés pour faire office de filet de sécurité et reprendre en première ligne une partie du case management pour les usagers PPG. Des plans de soins individualisés détaillés, élaborés en concertation avec les usagers et associés à des signaux d'avertissement de rechute et à des plans de crise, peuvent être utilisés en collaboration avec des travailleurs de la première ligne et des spécialistes des soins en santé mentale pour assurer un soutien de longue durée aux usagers PPG.

Case management

On distingue différents modèles de case management en fonction des résultats souhaités (cliniques, réseaux, réhabilitation) ou du type de soutien proposé (passif ou proactif). Le case management est en outre axé sur des publics cibles spécifiques (par exemple : les usagers issus de la psychiatrie médico-légale, les patients âgés, les personnes développant une première psychose, ...).

De manière générale, l'attention s'est portée d'un modèle "administratif" de gestion à un modèle plus actif, orienté de manière clinique et souvent proposé à domicile par des prestataires expérimentés, ayant bénéficié d'une bonne formation, travaillant en équipe et ayant un case-load individuel plus limité. (Killaspy & Rosen 2011).

Assertive Community Treatment

L'*Assertive Community Treatment* (ACT) est une forme de case management clinique intensif, mené à domicile, par des équipes pluridisciplinaires au bénéfice des usagers qui présentent des besoins complexes, graves et de longue durée. Ce modèle s'est développé à partir du modèle "*Training in community living*" dans le Wisconsin, USA (Stein & test 1980 ; Pieters 1992) et a fait l'objet dès le début d'études scientifiques intensives. En passant par Sydney en Australie (Hoult 1986), il a atteint l'Europe, où il a continué à s'étendre. Le groupe cible était celui des usagers "à retours répétés", qui sans cet accompagnement très intensif étaient constamment sujets à des réadmissions psychiatriques.

Plusieurs éléments caractéristiques distinguent l'ACT du case management classique et sont des facteurs déterminants pour la fidélité au modèle de l'approche ACT :

- Un case-load de 10 usagers par ETP contre un case-load de 30 à 35 usagers dans les équipes communautaires de soins en santé mentale classiques ;
- Une accessibilité en dehors des heures de bureau (de 8 à 22h) et pendant les week-ends pour les ACT plutôt que pendant les heures de bureau pour les équipes classiques ;
- Un accompagnement principalement au domicile et au sein de la communauté pour les ACT plutôt qu'en cabinet et à domicile ;
- Une approche assertive en outreaching avec un soutien fonctionnel plutôt que des consultations en cabinet ou à domicile ;
- Pas de renonciation (*drop-out*), mais un engagement à poursuivre les soins en continu plutôt qu'un retrait si le contact ne peut être maintenu ;
- Une concertation d'équipe et une planification des plans de soins au quotidien plutôt que lors de réunions d'équipes hebdomadaires ;
- Une exploitation maximale des compétences de l'équipe (psychiatre, ergothérapeute, connaissance des assuétudes et expertise fondée sur l'expérience) plutôt qu'une utilisation de services externes.

Les équipes ACT poursuivent l'accompagnement des usagers au sein de la communauté, mais restent impliquées dans l'hospitalisation. Elles interviennent dans une approche en équipe, où tous les membres de l'équipe travaillent avec tous les usagers. Ceci suppose une communication rapide, journalière et n'exclut pas qu'un membre de l'équipe coordonne les soins et soit la personne de référence pour l'utilisateur, son entourage et les autres prestataires.

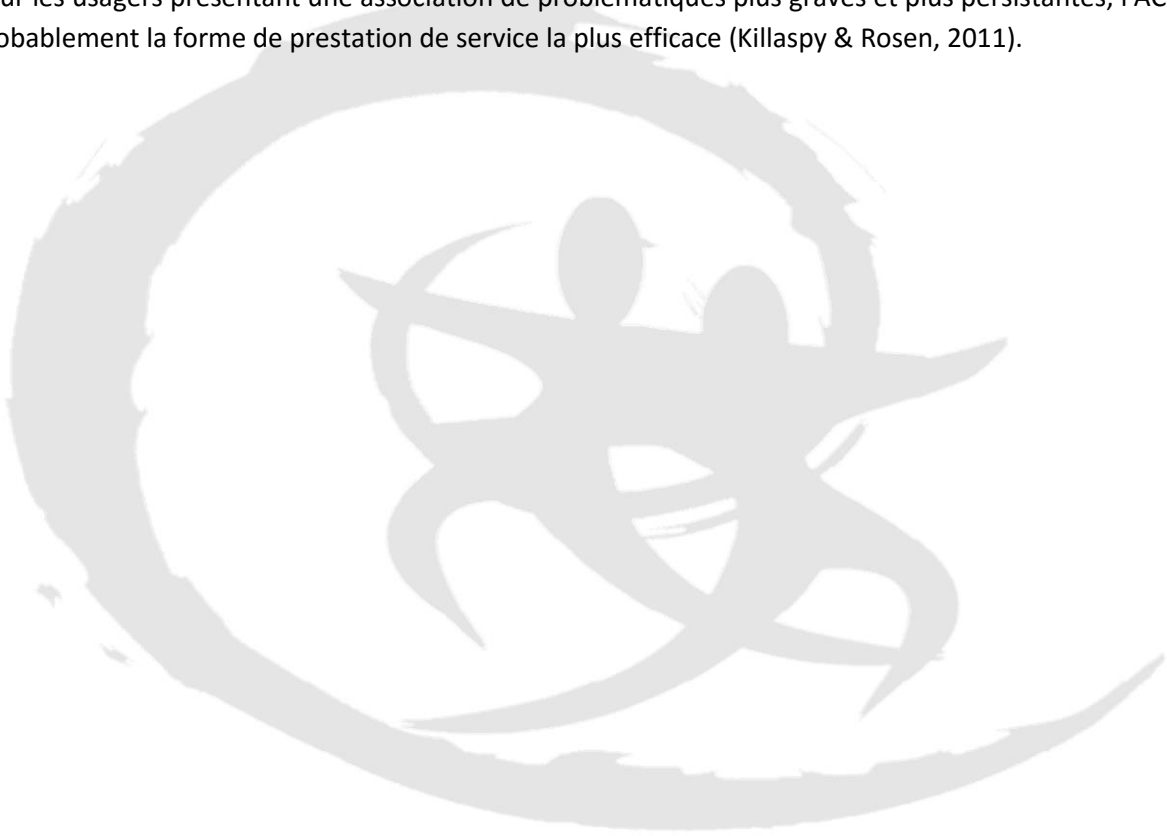
Compte tenu du fait qu'elles travaillent surtout dans l'entourage de l'utilisateur, ces équipes apportent également un grand soutien aux familles et à leur entourage. L'accent est mis sur l'importance d'offrir des interventions "evidence based" pour obtenir des résultats cliniques positifs. Le suivi régulier de la médication, la thérapie comportementale cognitive, la psychoéducation et les interventions familiales sont souvent des interventions standard, à côté d'interventions psychosociales plus spécialisées comme l'*Individual Placement and Support* (IPS) (Gold et al.) dont l'objectif est la recherche et le maintien de l'emploi. Une connaissance spécialisée des problèmes d'assuétudes est indispensable au sein du groupe cible des équipes ACT. Par ailleurs une vision centrée sur le rétablissement est essentielle et le recours à des experts d'expérience est considéré comme un facteur de succès. Il s'agit, également, d'éviter le recours à la contrainte et à la pression au sein du public cible difficile à atteindre.

Aux Pays-Bas, une forme hybride d'ACT et d'équipe communautaire classique s'est développée sous la dénomination de "fonction ACT" (FACT), récemment rebaptisée "Flexible ACT" (Van Veldhuizen, 2007). Les équipes de ce type combinent l'approche de case management individuel classique des équipes communautaires avec celle plus intensive des équipes ACT pour les usagers en situation de crise et combinent les caractéristiques des deux approches, avec un passage harmonieux de l'une à l'autre. Cette approche évite la discontinuité des soins pour le groupe cible des usagers difficiles à atteindre qui se sentent mieux après un épisode d'approche ACT, mais qui en cas d'approche moins intensive par une autre équipe revivent souvent une situation de crise. Cette approche pourrait aussi offrir des avantages en zones plus rurales, où le groupe cible d'une équipe ACT est trop éparpillé au sein d'une région plus vaste.

En ce qui concerne l'approche FACT, un système d'accréditation a été développé avec des exigences quant à la fidélité au modèle.

Bien que le débat scientifique sur l'efficacité de l'ACT ne soit pas encore reconnu, il existe un consensus clair sur l'efficacité de systèmes de case management d'intensité différente pour répondre aux besoins individuels des usagers présentant des problématiques psychiques de longue durée.

Concernant le pôle moins intensif, un suivi régulier de la médication ainsi que des conseils en termes de soutien et un coaching pourraient suffire. La question de savoir si cette forme de case management peut être assurée par les services de liaison de la première ligne mérite un examen plus approfondi. Les usagers PPG qui présentent des problèmes de santé mentale complexes et récurrents et qui ont davantage de besoins (en soins) nécessitent l'intervention d'équipes mobiles en mesure d'adopter une attitude proactive et flexible face à leurs situations de crise et à la variabilité de leurs problèmes au fil du temps. Pour les usagers présentant une association de problématiques plus graves et plus persistantes, l'ACT est probablement la forme de prestation de service la plus efficace (Killaspy & Rosen, 2011).



Équipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques aiguës

Dans les années (19)30, le psychiatre néerlandais Arie Querido (1935, 1968) fut l'initiateur à Amsterdam d'un service qui avait pour but de rechercher des solutions alternatives à l'hospitalisation. Ce service s'inspirait du "mouvement d'hygiène mentale" actif aux États-Unis, qui se basait sur l'importance de l'environnement social pour les personnes présentant des problèmes psychiques. Sous la pression financière de la dépression économique des années trente, il s'efforçait d'éviter les hospitalisations. L'expérience fut un succès et dans les années '60, 12 psychiatres et 25 travailleurs sociaux organisaient des soins à domicile disponibles 24 heures sur 24 pour toute la région d'Amsterdam. En 1974, Stein (1991, 1993) aux États-Unis et Hout & Rosen (1991) à Sydney ont développé un système de soins psychiatriques communautaire incluant un service de crise d'urgence au sein de la communauté, dans l'intention claire d'éviter les admissions psychiatriques.

Les équipes de crise se sont largement développées au Royaume-Uni depuis la fin des années '90, en tant qu'élément de (et en réaction à) la forte désinstitutionalisation qui y avait lieu. Elles y sont réputées pour être des "*Crisis resolution and home treatment teams*" (Johnson et al. 2008). Aux Pays-Bas, ces équipes sont connues sous le nom de *Psychiatrische Crisiszorg Thuis* (PCT) ou de *Sociaal Psychiatrische Intensieve Thuis Service* (SPITS). Les dénominations *Intensive Home Treatment* (IHT) et "*geambulanteerde opname kliniek*" font également référence à cette approche alternative à l'hospitalisation (Van Veldhuizen 2004). L'objectif principal des équipes de crise consiste à prévenir ou à écourter les admissions psychiatriques. C'est la raison pour laquelle ces équipes fonctionnent, dans de nombreux pays, comme une sorte de "garant" du système psychiatrique résidentiel : aucune hospitalisation n'est possible sans l'évaluation préalable de l'équipe de crise. En outre, l'équipe de crise tente de cibler, activement, au sein de l'hôpital, les usagers qui peuvent faire l'objet d'un retour au domicile. L'objectif concret du suivi consiste à démarrer ou à recommencer un traitement ambulatoire à court terme, ou encore à proposer d'autres formules de prise en charge (quotidiennes ou partielles).

Les usagers en situation de crise sont généralement réorientés vers l'équipe de crise par les médecins généralistes, d'autres acteurs de la première ligne, ou par les collaborateurs d'autres équipes mobiles : les *community mental health teams* "générales" qui proposent un accompagnement à domicile aux usagers PPG stabilisés, les *assertive outreach teams* spécialisées ou encore les équipes à l'attention des usagers présentant une psychose précoce. Lorsque les usagers de ces équipes vivent une situation de crise, c'est, alors, l'équipe de crise qui prend le relais (sauf dans le cas des équipes FACT, qui peuvent intensifier elles-mêmes les soins dispensés). Ce type de public composé d'usagers réorientés est donc nouveau au sein des soins en santé mentale. Chez ces usagers, l'équipe de crise procède à un premier diagnostic et définit ensuite - si nécessaire - un trajet de soins (ambulatoire). Dans le cas des usagers en situation de crise qui bénéficient déjà d'un suivi chez un thérapeute, l'objectif est d'assurer la continuité des soins. L'équipe de crise ne propose alors aucun traitement, mais permet aux thérapeutes - par le biais de la collaboration et de la concertation - de poursuivre le traitement en cas de crise ou de trouble. L'équipe multidisciplinaire de crise, composée d'infirmiers (psychiatriques), d'un psychiatre, d'un ou de plusieurs travailleurs sociaux et d'autres thérapeutes (psychologues, ergothérapeutes, ...), propose alors des soins psychiatriques intensifs de courte durée à domicile (accompagnés d'un diagnostic et d'un

traitement à domicile). Les interventions consistent en un soutien pratique, une médication et des interventions à l'attention des proches.

L'accompagnement d'une équipe de crise dure généralement six semaines maximum (il est parfois prolongé de 6 semaines). Van Veldhuizen (2004) décrit différentes phases :

- La phase de démarrage : l'équipe de crise débute le suivi sans période d'attente. L'équipe fixe les objectifs et les moyens thérapeutiques, organise les soins et la sécurité et définit les rôles de chacun dans le cadre d'une concertation de soins avec le référent/le thérapeute, l'utilisateur, les proches et l'équipe de crise (l'infirmier et si possible le psychiatre). Les actions sont consignées dans un plan de soins. La concertation a lieu le plus souvent possible chez l'utilisateur ou chez le référent.
- La phase aiguë de soins à domicile : les premières semaines sont les plus intensives. Les visites au domicile de l'utilisateur peuvent avoir lieu tous les jours, voire même 2 fois par jour. Une visite au domicile de l'utilisateur peut parfois durer 2 heures ou plus.
Les différents membres de l'équipe interviennent au domicile de l'utilisateur en fonction de l'intensité des soins. Dans la plupart des cas, c'est un seul membre de l'équipe (qui a participé à la réalisation du plan de soins) qui joue le rôle de coordination et qui maintient autant que possible le contact avec l'utilisateur et son entourage. Il maintient également le contact avec le thérapeute et avec le médecin généraliste. Dans ce cadre, la communication au sein de l'équipe de crise est cruciale. Au cours de cette phase, les membres de l'équipe jouent un rôle actif de soutien et d'assistance en cas de problème concret (par exemple, dans les tâches domestiques). Il peut être souhaitable, au cours de cette phase, que d'autres prestataires se rendent également au domicile de l'utilisateur (psychiatre, travailleur social, psychologue, psychothérapeute systémique).
Il peut également être utile, au cours de cette phase, de mettre rapidement en place une prise en charge de jour, par exemple, en vue de soulager les proches ou de rompre l'inactivité.
- La phase de stabilisation de soins à domicile : après deux semaines environ, la situation s'est souvent apaisée et la fréquence des visites au domicile peut diminuer. Au cours de cette phase, le plan de soins définitif est élaboré dans le cadre d'une concertation avec l'équipe, l'utilisateur, les proches et le thérapeute et est, ensuite, concrètement mis en place. Le cas échéant, on recourt au diagnostic multidisciplinaire.
- La phase d'arrêt progressif : au cours de cette phase, l'infirmier coordinateur effectue un maximum de visites à domicile et l'équipe travaille activement à la clôture de son intervention et à la mise en place d'autres ressources nécessaires. Au cours de cette phase, une réorientation vers d'autres prestataires d'aide / services a éventuellement lieu en concertation avec le thérapeute.
- La clôture et le rapport : l'infirmier coordinateur s'est assuré de la continuité du suivi, il transmet le dossier et un rapport final écrit (en concertation avec l'utilisateur) au thérapeute et au médecin généraliste.

L'équipe de crise aide l'utilisateur (ainsi que ses proches ou les membres de sa famille) à participer activement au suivi, afin de pouvoir tirer parti de la crise et d'engendrer un changement de comportement et de nouvelles perspectives. L'équipe de crise "s'intègre" dans l'environnement et dans la vie de l'utilisateur. La collaboration avec la famille et les proches est plus naturelle qu'en milieu hospitalier.

Si l'usager bénéficie d'un thérapeute en ambulatoire, ce dernier reste responsable du traitement.

En l'absence de thérapeute ambulatoire, le psychiatre de l'équipe de crise assumera cette tâche, dans un premier temps. L'équipe activera la recherche d'un thérapeute ambulatoire afin de permettre une transition "en douceur", tout en restant impliquée.

La continuité des soins est ainsi assurée après l'épisode de crise.

Pour associer une aide au traitement ambulatoire, l'équipe de crise doit travailler avec flexibilité. Cela nécessite des accords clairs entre le patient, le thérapeute ambulatoire et l'équipe. C'est la raison pour laquelle chaque patient doit avoir un plan de traitement accessible, qui définit clairement les tâches et les responsabilités de chacun. La permanence téléphonique 24/7 et les accords "Bed op Recept" en font également partie.

L'équipe de crise travaille de manière flexible. C'est la raison pour laquelle chaque usager bénéficie d'un plan de traitement, auquel il a accès, il définit clairement les tâches et les responsabilités de chacun.

La permanence téléphonique 24/7 et les accords "Bed op Recept" en font également partie, (Bed Op Recept ou BOR, terme qui peut être littéralement traduit par « lit sur prescription », il signifie qu'en cas de crise un lit est rapidement mobilisable pour un court séjour).

L'évaluation des risques, l'adhésion au traitement, la contrainte et la pression, et certains aspects transculturels sont d'autres facteurs importants dans le fonctionnement des équipes de crise.

L'intervention de crise, l'évaluation des risques, la compliance au traitement, la contrainte et la pression et certains aspects transculturels sont d'autres thèmes importants dans le fonctionnement des équipes de crise.

Il est également important d'accorder de l'attention au travail avec les usagers qui se retrouvent souvent en situation de crise et avec certains publics cibles spécifiques, par exemple celui des personnes âgées.