

Normes relatives aux services d'intervention en cas de crise

pour les services de santé mentale
et les services de soutien connexes

Mai 2005

Table des matières

2 Introduction

- 2 Services d'intervention en cas de crise
- 2 Nécessité d'établir des normes pour les services d'intervention en cas de crise

3 Contexte politique général

4 Contexte politique provincial

- 4 *Franchir les étapes*
- 5 *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*

5 Processus suivi pour l'élaboration des normes

- 5 Bilan de la situation au Canada et ailleurs
- 6 Groupe de travail des intervenants
- 6 Validation des normes

7 Services d'intervention en cas de crise

- 7 Caractéristiques des services d'intervention en cas de crise – composante essentielle du continuum de services
- 7 Fonctions des services d'intervention en cas de crise
- 8 Relation entre les normes de service, les fonctions, de même que les domaines, les indicateurs et les mesures du rendement
- 9 Normes relatives aux services d'intervention en cas de crise

14 Prochaines étapes

- 15 Annexe A : Domaines de rendement
- 16 Annexe B : *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale – Domaines et indicateurs de rendement*
- 18 Annexe C : Liste des membres du groupe de travail des intervenants
- 19 Annexe D : Fonctions des services d'intervention en cas de crise
- 20 Annexe E : Normes, domaines et indicateurs relatifs aux services d'intervention en cas de crise
- 32 Annexe F : Analyse documentaire – Résumé des conclusions clés de la recherche sur les services d'intervention en cas de crise
- 45 Annexe G : Bibliographie

Introduction

Services d'intervention en cas de crise

Les services d'intervention en cas de crise forment un élément essentiel du continuum de services de santé mentale et des services de soutien connexes offerts aux personnes ayant une maladie mentale grave. C'est par eux que les personnes en situation de crise peuvent avoir accès à des possibilités de traitement et de soutien, synonymes d'un soulagement immédiat de leurs symptômes, de la prévention d'une aggravation de leur état et du passage le plus rapide possible de leur crise. Étant donné que les crises en santé mentale varient suivant leur origine et leurs symptômes, les services d'intervention prévus pour y répondre doivent pouvoir s'adapter aux besoins particuliers des personnes en situation de crise en leur offrant toute une gamme de services appropriés, et ce dans des cadres divers. Il importe que les services soient intégrés et coordonnés avec le reste du système de santé mentale en vue de satisfaire aux besoins de toutes sortes, aussi bien ceux des personnes qui bénéficient déjà d'autres types de services de santé mentale que ceux des personnes pour lesquelles le recours aux services d'intervention en cas de crise représente leur premier contact avec le système de santé mentale.

Les services d'intervention en cas de crise permettent aux personnes qui en ont besoin d'accéder rapidement à toute une gamme de services, tels qu'un service téléphonique d'urgence, des services de consultation sans rendez-vous, des équipes mobiles d'extension des services, des services en établissement en cas de crise, de même que des services psychiatriques et médicaux d'urgence en cas de crise. Ces services réduisent les hospitalisations inutiles et améliorent la qualité de vie des personnes en situation de crise grâce au soulagement de leurs symptômes et à l'accès à des services de soutien continus pour éviter les rechutes.

Nécessité d'établir des normes pour les services d'intervention en cas de crise

Le système de santé ontarien se veut un système axé sur les besoins des particuliers qui donne accès à des services dont l'efficacité et la qualité sont garanties moyennant des mécanismes de responsabilisation et de gestion du rendement. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'est par ailleurs engagé en faveur d'une réforme du système de santé mentale, de sorte à l'axer sur la prestation de services complets, coordonnés et fondés sur les résultats. Ses publications, *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*, *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* et *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale* guident le processus de réforme du système de santé mentale et orientent la mise en place d'un système plus responsable.

On trouve de nos jours des services d'intervention en cas de crise un peu partout en Ontario. Vu que la mise sur pied des divers programmes existants a souvent eu lieu en réponse à des besoins locaux, la nature et la gamme des services offerts ici et là sont loin d'être uniformes. L'engagement à rendre le système de santé mentale plus responsable s'est traduit par l'élaboration de normes visant à garantir que les services d'intervention en cas de crise reflètent bien les buts et les principes de la réforme du système de santé mentale à l'échelle de la province. Ces normes correspondent à des attentes concernant les services d'intervention en cas de crise, afin que leur prestation soit uniforme et tienne compte des meilleures pratiques fondées sur des données probantes d'un bout à l'autre de la province. Le respect de ces normes permettra la mise au point de mesures du rendement et d'exigences en matière de collecte de données, afin de pouvoir surveiller la prestation des services d'intervention en cas de crise.

Le présent document énonce les normes établies par le ministère pour les services d'intervention en cas de crise. Il décrit par ailleurs le processus suivi pour l'élaboration et la validation des normes, ainsi que les prochaines étapes, qui consisteront à mettre au point des mécanismes de surveillance de la prestation des services, afin de garantir que ceux-ci soient pertinents et efficaces.

Contexte politique général

L'élaboration de normes relatives aux services d'intervention en cas de crise se situe dans un contexte plus général de réforme visant la mise sur pied d'un système de santé communautaire axé sur les besoins des particuliers qui mette l'accent sur un meilleur accès à des services responsables, de qualité et fondés sur des données probantes. La prestation de services d'intervention en cas de crise accessibles, responsables et fondés sur des données probantes est conforme aux politiques et aux orientations générales des gouvernements fédéral et provincial concernant la réforme du système de santé, et elle se prête à une intégration des services de santé mentale et des services de soutien connexes avec certaines initiatives plus générales touchant le système de santé.

Les initiatives en cours en Ontario dans le domaine de la santé, telles que la constitution de réseaux locaux d'intégration des services de santé, la Réforme des soins primaires et la création d'équipes Santé familiale, mettent l'accent sur l'instauration d'un système de santé intégré qui donne accès à une gamme complète de services pertinents, axés sur les besoins des particuliers (*ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2004*). La réforme du système de santé mentale, notamment en ce qui concerne les services d'intervention en cas de crise, vise des objectifs similaires. Les initiatives actuelles ouvrent la voie d'une expansion des capacités du système de santé moyennant des rapprochements entre la réforme du système de santé en général et celle des services de santé mentale.

Les initiatives prises ces dernières années à l'échelle nationale dans le domaine de la santé reflètent un engagement précis en faveur de l'amélioration des services communautaires de santé mentale, y compris les services d'intervention en cas de crise. Dans son rapport final paru en 2002, *Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a fait d'une série de recommandations visant à garantir la viabilité à long terme de notre système de santé, parmi lesquelles celle d'investir en priorité dans les services de soins à domicile, y compris les soins actifs en santé mentale. Les services de soutien à domicile des personnes en situation de crise sont reconnus comme faisant partie des éléments clefs des services de soins actifs en santé mentale.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (*Santé Canada, 2003*) reflète la détermination des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à améliorer la qualité, l'accessibilité et la viabilité des services de santé. Il prévoit trois domaines d'action prioritaires pour atteindre ces objectifs, dont les services de soins à domicile, et il inclut à cet égard l'engagement d'investir dans la prestation de soins actifs en santé mentale dans la collectivité, y compris des services d'intervention en cas de crise.

Le gouvernement ontarien a de son côté précisé son intention d'améliorer les services communautaires de santé mentale. Le budget de l'Ontario de 2004 prévoit l'expansion de ces services en vue d'atteindre 78 600 clientes et clients additionnels par année d'ici 2007-2008, et ce grâce à l'accès aux services d'intervention en cas de crise, à la gestion des cas, aux équipes communautaires de traitement actif et à l'intervention rapide auprès des personnes atteintes de troubles psychotiques (*Gouvernement de l'Ontario, 2004*).

Contexte politique provincial

Plusieurs documents publiés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont souligné la nécessité d'une plus grande responsabilisation au niveau des services de santé mentale. Pareille responsabilisation se traduit par l'établissement de normes, le suivi du rendement et le compte rendu des résultats, le tout de façon continue, de sorte à pouvoir évaluer et améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes et des services, tout en réalisant les objectifs généraux visés à l'échelle du système. La mise au point de normes uniformes applicables à l'ensemble des programmes et des services du système constitue un élément clef de cette responsabilisation.

Franchir les étapes

En 1999, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié son plan de mise en œuvre et son cadre d'action pour la réforme de la santé mentale. Le plan de mise en œuvre, intitulé *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*, situe le contexte général de la réforme du système de santé mentale et en énonce tant les principes que les buts.

L'un des principes énoncés dans ce document est que les services de santé mentale refléteront les meilleures pratiques fondées sur des données probantes.

Parmi les buts visés par la réforme du système de santé mentale, telle que présentée dans *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*, est celui de veiller à ce que les services de santé mentale et les services de soutien connexes :

- soient fournis au sein d'un continuum complet de services mis sur pied pour répondre aux besoins des clientes ou clients et basés sur les meilleures pratiques;
- disposent des liens nécessaires vers d'autres services et soutiens dans la région;
- reflètent une responsabilité claire vis-à-vis de la prestation des services et du système par l'établissement de buts opérationnels et d'indicateurs du rendement explicites;
- soient aussi simples et faciles d'accès que possible, selon les besoins des personnes auxquelles ils sont destinés.

Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* décrit le continuum complet de services de santé mentale et de services de soutien connexes qu'offre le système de santé mentale réformé, et il explique l'organisation et la prestation voulues de ces services. Les services d'intervention en cas de crise sont considérés faire partie de ce continuum. Le Cadre de prestation expose aussi les principales caractéristiques et fonctions des services d'intervention en cas de crise et fournit une base pour l'élaboration de normes relatives à ces services. (Voir les fonctions des services d'intervention en cas de crise à l'annexe D.)

Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale

Les documents de la série *Franchir les étapes* soulignent que la responsabilisation est indispensable à la réforme du système de santé mentale. En avril 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, dans lequel il énonce ses lignes directrices pour la surveillance de la responsabilité, de l'efficacité et de l'efficacités des services de santé mentale et des services de soutien connexes. Les mécanismes de responsabilisation prévus visent une évaluation et une amélioration continues du système de santé mentale par l'établissement de normes de rendement et par la mesure des résultats. Le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale* définit les domaines de rendement et les indicateurs s'y rapportant qui sont à la base des normes de service et des mesures du rendement fondées sur les résultats comme des outils de collecte de données. (Voir la définition des domaines à l'annexe A.) Plusieurs indicateurs ont été mis au point pour chaque domaine de rendement, qui ne seront toutefois pas tous applicables aux services d'intervention en cas de crise. (Voir le tableau récapitulatif des domaines et des indicateurs de rendement à l'annexe B.)

Processus suivi pour l'élaboration des normes

Bilan de la situation au Canada et ailleurs

Le processus a débuté par un examen de l'état d'avancement des efforts de normalisation des services d'intervention en cas de crise entrepris en Ontario, ailleurs au Canada et dans divers pays étrangers. Au Canada, la plupart des provinces sont plus ou moins avancées dans la description de leurs programmes et services et la mise au point de normes s'y rapportant, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse disposant pour leur part déjà de normes finalisées pour leurs services d'intervention en cas de crise (*British Columbia Ministry of Health, 2003; Nova Scotia Department of Health, 2003*). La Colombie-Britannique s'est dotée de normes relatives à cinq services clefs d'intervention en cas de crise : les lignes S.O.S. santé mentale, les services itinérants d'intervention d'urgence, les services de stabilisation en cas de crise accessibles en clinique sans rendez-vous, les services communautaires de stabilisation en cas de crise et les services hospitaliers (*British Columbia Ministry of Health, 2003*). La Nouvelle-Écosse, elle, a mis au point des normes pour ses services d'intervention en cas de crise qui traitent des questions d'accessibilité, de pertinence, de compétence, de sécurité, d'acceptabilité et de continuité, et elle se sert d'une classification des preuves reflétant les meilleures pratiques pour évaluer ces normes (*Nova Scotia Department of Health, 2003*).

Nous avons également examiné les activités de normalisation entreprises aux États-Unis, tant à l'échelle nationale que par des états individuels. La Californie, l'Ohio et le Vermont offrent des services très spécifiques, souvent dès le départ rattachés à des normes et des attentes précises, en particulier en matière d'accessibilité (*California Mental Health Planning Council, 2003; Ohio Department of Mental Health, 1999; State of Vermont Department of Developmental and Mental Health Services, 2002*). En Oklahoma, des normes relatives aux services d'intervention en cas d'urgence applicables spécifiquement aux organismes d'intervention communautaires traitent de certaines exigences en matière de prestation des services, notamment concernant la stabilisation des personnes en situation de crise, le triage, les droits de la clientèle, etc. (*Oklahoma Department of Mental Health and Substance Abuse Services, 2003*).

Nous n'avons trouvé aucune confirmation de l'existence de normes traitant directement des services d'intervention en cas de crise au Royaume-Uni ou en Australie. Ces pays ont toutefois l'un comme l'autre adopté des normes nationales relatives à la prestation des services de santé mentale en général (*Commonwealth d'Australie, 1996; National Health Service, Royaume-Uni, 1999*). En Australie, les normes relatives aux services d'intervention en cas de crise prévoient l'intégration de ces services au système de santé mentale, leur disponibilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, de même que l'existence de mécanismes permettant d'établir un ordre de priorité parmi les personnes qui leur sont renvoyées (*Commonwealth d'Australie, 1996*). Au Royaume-Uni, les normes visent surtout la prestation de services efficaces aux personnes ayant des maladies mentales graves, à leurs familles et autres personnes de soutien clefs, de même qu'à leurs autres fournisseurs de services (*National Health Service, 1999*). Ces deux pays ont établi leurs normes en se fondant sur les meilleures preuves disponibles, en vue de surveiller, d'évaluer et d'améliorer la prestation des services de santé mentale.

Groupe de travail des intervenants

En juin 2003, le ministère a consulté un groupe de travail formé d'intervenants du système de santé mentale, y compris des fournisseurs de services de première ligne et des personnes représentant des organismes de défense des intérêts de la clientèle du système, au sujet de la teneur des normes relatives aux services d'intervention en cas de crise (voir la liste des membres du groupe de travail à l'annexe C). Le groupe de travail a produit des normes provisoires en s'appuyant sur les fonctions des services d'intervention en cas de crise prévues dans *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* et sur les normes adoptées par la Nouvelle-Écosse (*Nova Scotia Department of Health, 2003*). Il a ensuite relié chacune des normes à un domaine de rendement et aux indicateurs s'y rapportant, tels qu'énoncés dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*. Une partie des membres du groupe de travail se sont réunis de nouveau en novembre 2003 pour passer en revue et peaufiner les normes provisoires.

Validation des normes

Les normes ébauchées par le groupe de travail d'intervenants ont été validées à la lumière de la littérature spécialisée et des normes relatives aux services d'intervention en cas de crise adoptées ailleurs au Canada. Une hiérarchie des niveaux de preuve a été établie (voir l'annexe F) suivant la classification mise au point en Nouvelle-Écosse (*Nova Scotia Department of Health, 2003*), afin de pouvoir comparer les normes proposées aux données probantes disponibles. Un rapprochement a été fait entre la littérature pertinente et les normes ébauchées. Enfin, la classification des niveaux de preuve a servi à évaluer chacune des normes et à cerner les données probantes venant l'appuyer.

Services d'intervention en cas de crise

Caractéristiques des services d'intervention en cas de crise – composante essentielle du continuum de services

Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* décrit ce qui caractérise des services complets d'intervention en cas de crise.

On entend par « crise » l'apparition d'une perturbation affective ou d'une angoisse liée à une situation donnée (dont les effets peuvent être cumulatifs) à laquelle une personne se trouve subitement incapable de faire face.

Les services d'intervention en cas de crise, qui font partie d'un système intégré de services de santé mentale, visent à offrir aux personnes en situation de crise un accès rapide, 24 heures sur 24, à tout un vaste éventail de solutions susceptibles de les aider. Ils ont pour but, dès qu'une personne est reconnue comme étant en situation de détresse aiguë, d'apporter à celle-ci le plus rapidement possible des soins actifs et des services de soutien, et ce dans des cadres divers. Ces services apportent en principe aux personnes qui en bénéficient un soulagement immédiat de leurs symptômes et une stabilisation de leur état, afin d'éviter qu'ils ne s'aggravent. Ils ouvrent aussi la porte à l'élaboration de programmes de traitement et de réadaptation à plus long terme, en plus de faciliter le recours aux ressources communautaires et donc d'éviter des hospitalisations inutiles de courte ou de longue durée.

Les services d'intervention en cas de crise incluent par exemple une ligne S.O.S. santé mentale, des services de consultation sans rendez-vous, des services itinérants d'intervention d'urgence, des services d'intervention en établissement ou encore des services d'urgence psychiatriques et médicaux.

Les services d'intervention en cas de crise, qui sont accessibles à toute personne ayant des symptômes de maladie mentale, tiennent compte de l'âge, du sexe, de la race, de la langue et des autres particularités des personnes auxquels ils sont dispensés. La priorité est accordée aux personnes ayant une maladie mentale grave et à celles qui risquent de se faire du mal ou de faire du mal à autrui.

Fonctions des services d'intervention en cas de crise

Les clientes et clients des services de santé mentale et leurs familles ont besoin de toute une gamme de services et de mécanismes de soutien, non seulement pour pouvoir prévenir des crises, mais de façon continue. Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* énonce comme suit les fonctions propres à un service d'intervention en cas de crise (voir leur définition à l'annexe D) :

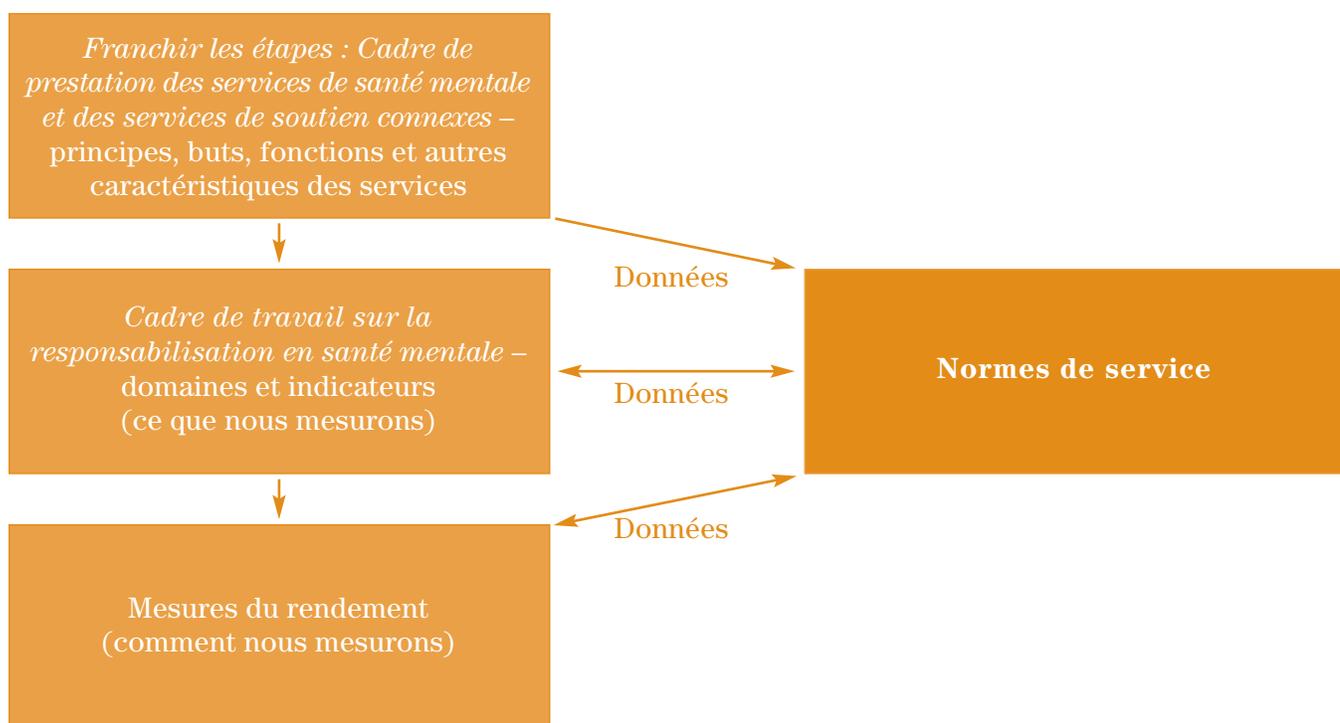
- évaluation et planification,
- soutien et counseling en situation de crise,
- interventions médicales,
- intervention dans le milieu et stabilisation,
- réexamens, suivi et aiguillage,
- suivi et évaluation,
- information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration.

À chacune des fonctions des services d'intervention en cas de crise correspondent désormais des normes qui reflètent les caractéristiques générales de ces services.

Relation entre les normes de service, les fonctions, de même que les domaines, les indicateurs et les mesures du rendement

Le respect des normes garantira la prestation de services complets et coordonnés, axés sur les besoins de la clientèle et fondés sur les meilleures pratiques. Les normes relatives aux services d'intervention en cas de crise reflètent les principales fonctions et autres caractéristiques de ces services, telles qu'énoncées dans *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, de même que les domaines et les indicateurs de rendement établis dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*.

Figure 1 : Relation entre les normes de service, les fonctions, de même que les domaines, les indicateurs et les mesures du rendement



Chacune des normes relatives aux services d'intervention en cas de crise est liée à un ou plusieurs domaines et indicateurs de rendement.

La prochaine étape consistera à mettre au point des mesures du rendement basées sur les domaines et les indicateurs applicables. C'est pourquoi les normes sont toutes associées à un ou plusieurs domaines comme à divers indicateurs, et leur formulation est telle qu'elle pourra aisément être reprise sous forme d'énoncés mesurables. (Vous trouverez à l'annexe E un tableau récapitulatif des normes, avec les domaines et indicateurs correspondants.) Chaque indicateur peut englober une série de mesures applicables à un service donné. Voici deux exemples :

- **Indicateur** : Accessibilité – Temps d'attente pour les services requis.

Norme : Les services d'intervention en cas de crise établissent un premier contact avec une personne dans les 90 minutes qui suivent le moment où elle est reconnue comme étant en situation de crise.

Mesure :

Nombre de clientes et de clients avec lesquels un premier contact a été établi :

- en moins de 15 minutes
- en l'espace de 16 à 30 minutes
- en l'espace de 31 à 45 minutes
- en l'espace de 46 à 60 minutes
- en l'espace de 61 à 75 minutes
- en l'espace de 76 à 90 minutes
- après plus de 90 minutes

- **Indicateur :** Acceptabilité – Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement au service reçu.

Norme : Une enquête sur la satisfaction de la clientèle sera élaborée et menée une fois l'an; le degré de satisfaction visé est de 80 %, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services d'intervention en cas de crise.

Mesure :

Pourcentage de personnes qui ont répondu lors de l'enquête qu'elles étaient satisfaites du service reçu :

- moins de 50 %
- entre 51 et 60 %
- entre 61 et 70 %
- entre 71 et 80 %
- entre 81 et 90 %
- entre 91 et 100 %

Après la mise au point de mesures du rendement pour chaque indicateur correspondant à une norme d'intervention en cas de crise débutera la collecte de données qui serviront à évaluer les services et à peaufiner les normes, s'il y a lieu. Les normes et les services seront continuellement soumis à une réévaluation par rapport aux mesures du rendement et aux données recueillies, de sorte à garantir que les normes reflètent toujours les meilleures pratiques.

Normes relatives aux services d'intervention en cas de crise

L'élaboration des normes énoncées dans le présent document a pris appui sur les fonctions des services décrites dans *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, de même que sur les domaines et les indicateurs de rendement définis dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*. Elle reflète aussi la consultation du groupe de travail des intervenants, les normes adoptées ailleurs qu'en Ontario et les données probantes issues de la recherche.

Le tableau ci-après présente les différentes normes, la fonction du service et le ou les domaines s'y rapportant, ainsi que le niveau de preuve (p. ex., des données probantes confirmées par la recherche ou une opinion d'expert) appuyant la validité de chaque norme. (L'annexe F décrit la classification des niveaux de preuve plus en détail).

Tableau 1 : Normes relatives aux services de gestion de cas intensive

Fonctions	Normes	Domaines	Niveaux de preuve ¹			
			1	2	3	4
Évaluation et planification	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise établissent un premier contact avec une personne dans les 90 minutes qui suivent le moment où elle est reconnue comme étant en situation de crise. 	Accessibilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'une personne en situation de crise a besoin d'une intervention face à face, quelqu'un devrait la voir le plus rapidement possible, de préférence dans les 24 heures, eu égard au temps de déplacement, aux conditions météorologiques, etc. 	Accessibilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les lignes de soutien téléphonique en cas de crise comportent obligatoirement un mécanisme de mise en file réduisant une éventuelle attente à 15 minutes maximum. Pendant ces 15 minutes, un enregistrement communique aux personnes en attente les autres services de gestion des crises disponibles (p. ex., 911, un numéro d'urgence local ou un autre service S.O.S. santé mentale). 	Accessibilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise ont convenu de protocoles avec les fournisseurs de services connexes (p. ex., services de gestion de cas, psychiatres, hôpitaux, équipes de soins primaires, etc.), de sorte à garantir aux personnes en situation de crise l'accès aux évaluations médicales, psychiatriques et psychosociales dont elles peuvent avoir besoin, ainsi qu'aux protocoles de gestion des crises 	Accessibilité		✓		✓

¹ Niveaux de preuve

- Le niveau 1 reflète une preuve d'efficacité directe (autrement dit, il a été établi, moyennant son évaluation indépendante dans le cadre d'une étude, que la norme produit des résultats positifs).
- Le niveau 2 reflète une preuve d'efficacité indirecte (autrement dit, la norme est l'une des caractéristiques ou composantes d'un programme dont l'efficacité est éprouvée).
- Le niveau 3 reflète des études basées sur des opinions d'experts, voire un consensus parmi les experts selon lesquels la norme est efficace, ou encore une preuve corrélacionnelle que la norme est associée à des résultats positifs pour les clientes et clients.
- Le niveau 4 reflète des opinions d'experts, en ce sens que la norme a été établie par le groupe de travail ou adoptée ailleurs au Canada, en l'absence de conformation empirique dans les comptes rendus de recherche.

Tableau 1 : suite

Évaluation et planification (suite)	existants. Si la consultation d'autres dossiers médicaux d'une personne est jugée nécessaire pour pouvoir mieux planifier son traitement avec elle, il s'agit d'abord d'obtenir son consentement à pareille consultation et de le documenter.					
	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, les services sont fournis à une personne à l'endroit de son choix. 	Accessibilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise feront tout en leur possible pour que leur personnel suive une formation et dispose des compétences de base dans plusieurs domaines (p. ex., l'évaluation des risques, notamment des risques de suicide, l'intervention en cas de crise, les normes de sécurité, le règlement des conflits, l'éducation antiracisme, la symptomatologie psychiatrique et les psychotropes). 	Compétence				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise tiennent les membres de leur personnel au courant des exigences de déclaration pertinentes que leur impose la loi. 	Compétence				✓
Soutien et counseling en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> Les services sont axés sur leur clientèle et leur prestation est la moins perturbatrice possible. 	Accessibilité, acceptabilité et pertinence				✓
	<ul style="list-style-type: none"> La sécurité des clientes et clients comme des fournisseurs de services fait l'objet de protocoles écrits. 	Sécurité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> La consultation rapide de divers fournisseurs de services (p. ex., médecins, conseillers d'orientation, travailleuses et travailleurs de la société d'aide à l'enfance) pour reconnaître les urgences réelles et intervenir de la façon la plus appropriée fait l'objet de protocoles écrits et elle a lieu sous réserve d'un consentement documenté. 	Accessibilité				✓

Tableau 1 : suite

<p>Soutien et counseling en situation de crise (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des services de soutien et de counseling à court terme seront offerts, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services en cas de crise, aux personnes en situation de crise en vue d'évaluer leurs risques, de modérer leur crise et de planifier les mesures qu'il convient de prendre concernant leur sécurité. 	<p>Accessibilité</p>				<p>✓</p>
<p>Interventions médicales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise suivent des protocoles écrits concernant l'accès en temps utile à des interventions médicales et le commencement de telles interventions. 	<p>Accessibilité</p>				<p>✓</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise appliqueront des procédures ou directives spécifiques prévoyant la marche à suivre lorsqu'une personne a besoin de soins médicaux, selon qu'ils sont urgents ou non. 	<p>Pertinence</p>				<p>✓</p>
<p>Intervention dans le milieu et stabilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise pourront tous faire appel à d'autres services, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. 	<p>Accessibilité</p>				<p>✓</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise disposeront tous de renseignements à jour sur la façon d'entrer en contact avec les organismes communautaires. 	<p>Compétence</p>				<p>✓</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation de services de soutien et d'aiguillage (c.-à-d. soutien du revenu, relations avec les employeurs, accès à un logement à court ou long terme, résolution des problèmes familiaux) se fait suivant des protocoles basés sur les besoins exprimés par les clientes et clients. 	<p>Pertinence et accessibilité</p>				<p>✓</p>
<p>Réexamens, suivi et aiguillage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité est offerte à tout client ou cliente de passer un service en revue, de donner son avis sur le service en question et sa pertinence, et d'en discuter. 	<p>Pertinence et acceptabilité</p>				

Tableau 1 : suite

Réexamens, suivi et aiguillage (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Un processus d'examen est prévu qui inclut une évaluation des résultats d'une intervention sur la cliente ou le client, et notamment sur sa situation et la stabilité de celle-ci (p. ex., l'intervention a-t-elle permis de stabiliser la situation d'une personne, la personne a-t-elle le sentiment de maîtriser de nouveau sa situation?). 	Efficacité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> L'aiguillage et la transition des clients et clientes vers des services pouvant les aider après leur crise suivent des protocoles écrits. Les services vers lesquels se fait l'aiguillage après une crise sont fonction des besoins exprimés par les clientes et clients concernés. 	Pertinence				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise tiennent leur personnel au courant des autres ressources communautaires pertinentes. 	Compétence				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Après achèvement d'un service, un programme de suivi écrit est établi dans lequel sont énoncés les critères de suivi, de renouvellement des services d'intervention en cas de crise et de mise en rapport avec d'autres services. 	Efficacité et acceptabilité				✓
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> La satisfaction de la clientèle (y compris les clientes et clients, leurs familles et les organismes externes) fait l'objet d'un suivi continu et les résultats de ce suivi servent à améliorer les services. 	Acceptabilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Une enquête sur la satisfaction de la clientèle sera élaborée et menée une fois l'an; le degré de satisfaction visé est de 80 %, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services d'intervention en cas de crise. 	Acceptabilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes assurant les services évaluent chaque année un aspect quelconque de leurs programmes par rapport aux normes officielles et aux meilleures pratiques. 	Efficacité et pertinence				✓

Tableau 1 : suite

Information, liaison, défense des intérêts et consultation/ collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services repèrent les lacunes au niveau des services existants et collaborent avec d'autres ressources communautaires pertinentes pour faire face aux besoins qui ne sont pas satisfaits. 	Efficienc e et continuité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services élaborent et publient un plan faisant ressortir les liens entre les ressources communautaires. 	Efficacité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenantes et intervenants en cas de crise connaissent les services disponibles et savent lesquels seraient dans l'intérêt véritable d'une cliente ou d'un client, de sorte à pouvoir lui fournir des renseignements d'actualité. 	Compétence et pertinence				✓
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise tiennent leur personnel au courant des autres ressources communautaires pertinentes. 	Efficacité				✓

Prochaines étapes

Le présent document, qui décrit les normes relatives aux services d'intervention en cas de crise, représente une étape de plus dans la responsabilisation de ces services en Ontario. Le ministère compte poursuivre le développement des composantes du *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, de manière à définir et établir des rapports et des processus de responsabilisation au sein du système de santé mentale.

La définition des principes, des buts et des composantes essentielles d'un système de santé mentale réformé est chose faite, tout comme l'élaboration de domaines et d'indicateurs de rendement, de même que de normes, basés sur ces principes, buts et composantes. Ceci représente en soi une étape de l'établissement d'orientations précises pour les personnes sur le terrain quant à la manière d'assurer les services d'intervention en cas de crise. Bien que les fournisseurs de services ne soient pas tous en mesure de satisfaire immédiatement à l'ensemble des normes, un financement considérable est investi dans le but d'améliorer les services d'intervention en cas de crise afin qu'ils puissent satisfaire aux normes.

Le ministère élaborera également des exigences concernant la collecte de données et des mesures du rendement fondées sur les résultats, de sorte à pouvoir surveiller la prestation des services d'intervention en cas de crise et en rendre compte. Les données disponibles au rythme de la mise en œuvre de ces exigences et mesures serviront à comparer les services d'intervention en cas de crise et les services de soutien connexes aux normes applicables.

Une fois ces composantes en place, le ministère pourra mettre en œuvre un processus de responsabilisation lui permettant de surveiller la prestation des services d'intervention en cas de crise et de répondre à ces questions importantes :

La prestation des services a-t-elle lieu partout dans la province de manière conforme aux politiques ministérielles et aux meilleures pratiques fondées sur des données probantes?

Et surtout : Est-ce que les clientes et clients sont satisfaits des services qui leur sont fournis et est-ce que ces services leur permettent d'atteindre leurs buts personnels?

Ces différentes étapes contribueront à l'amélioration et à l'évaluation continues des services d'intervention en cas de crise au sein du système de santé mentale de l'Ontario.

Annexe A : Domaines de rendement²

Domaine	Définition
Acceptabilité	Les services dispensés satisfont aux attentes des bénéficiaires, de la collectivité, des fournisseurs et du gouvernement.
Accessibilité	Les personnes qui ont besoin de services sont capables d'obtenir les services qu'il leur faut, où et quand elles en ont besoin.
Pertinence	Les services dispensés répondent aux besoins des bénéficiaires et sont fondés sur des normes établies.
Compétence	Les connaissances, les compétences et les actes des personnes qui dispensent les services sont appropriés en rapport avec ces services.
Continuité	Le système est viable, complet et apte à fournir des services unifiés et coordonnés provenant de tous les programmes, praticiens et organismes, ainsi que de tous les niveaux de service, le tout conformément aux besoins individuels.
Efficacité	Les services, interventions ou actes produisent les résultats voulus.
Efficienc	Les organismes et programmes obtiennent les résultats voulus en utilisant les ressources de la manière la plus rentable possible.
Sécurité	Les organismes et programmes évitent ou réduisent les risques et les dangers potentiels pour leur clientèle, les familles, le personnel des services de santé mentale et la collectivité associés à l'intervention ou à son absence ou encore à l'environnement.

² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, p. 20.

Annexe B : Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale – Domaines et indicateurs de rendement³

DOMAINE				
INDICATEURS	Acceptabilité	Accessibilité	Pertinence	Compétence
	Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus	Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves	Existence de programmes de base selon les meilleures pratiques	Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle
	Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement	Portée des services atteint les sans-abri	Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques	Disponibilité de ressources pour le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continu
	Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre	Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale	Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves	Satisfaction des normes professionnelles ou d'agrément de la province (lorsqu'il y a lieu)
	Déclaration des droits des patients	Identification des lacunes en ressources humaines	Protocoles de traitement de la comorbidité	
	Participation du client et de sa famille à la prestation et à la planification des services	Accès aux soins primaires	Taux de réadmission à l'hôpital*	
	Sensibilisation aux réalités culturelles	Temps d'attente pour les services requis	Taux d'institutionnalisation involontaire*	
	Choix des services déterminé par le client et sa famille	Disponibilité des soins hors des heures normales de travail	Durée du séjour aux soins actifs*	
		Disponibilité d'un moyen de transport	Temps passé dans des programmes communautaires	
		Refus de service	Recours à l'isolement et à des dispositifs de retenue	
		Intervention précoce	Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client	
		Perception de l'accessibilité par le client et sa famille	Financement et dépenses fondés sur les besoins	
		Accès au continuum des services de santé mentale	Perception de la pertinence par le client et sa famille	
		Taux de délinquance ou de criminalité	Disponibilité des services communautaires	
		Taux de délinquance et de criminalité		
		Équilibre entre la communauté et les établissements		

³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, p.20-21.

DOMAINE

Continuité	Efficacité	Efficienc	Sécurité
Mécanismes de continuité	Intégration à la vie communautaire	Dépenses en santé mentale par habitant	Complications associées à l'électro-convulsothérapie
Visites en salle d'urgence*	Mortalité	Proportion du financement du personnel consacré à l'administration et au soutien	Erreurs de médication
Suivi communautaire après la sortie de l'hôpital	Taux de délinquance ou de criminalité	Stratégie de répartition des ressources fondée sur les besoins	Effets secondaires des médicaments
Planification des congés documentée	État clinique	Équilibre entre la communauté et les établissements	Incidents critiques
Cas ne faisant l'objet d'aucun suivi	État fonctionnel	Outil de planification du volume des ressources	Suicides
Points de responsabilité clairs, visibles et accessibles	Participation à des activités de jour valables	Coût unitaire et coût par client	Homicides
	Situation de logement	Budget et outils pour l'évaluation et le contrôle du rendement	Taux d'institutionnalisation involontaire
	Qualité de vie		Pratique de la gestion des risques
	État de santé physique		Repérage des recherches et des pratiques visant à réduire le nombre d'incidents indésirables et d'erreurs

INDICATEURS

NOTE : Les éléments suivis d'un astérisque servent souvent de mesures. Ils figurent ici parce qu'ils peuvent servir d'indicateurs de problèmes au niveau du fonctionnement du système.

Annexe C : Liste des membres du groupe de travail des intervenants

Anne Bowlby

Chef,
Direction de la santé
mentale et des
dépendances,
Division de la santé
communautaire,
MSSLD

Amy Churchman

Chef du programme
d'intervention
en cas de crise,
ACSM – Comté de
Lambton,
Sarnia

Karen D'Alessio

Coordonnatrice,
Équipe mobile
d'intervention
en cas de crise,
St. Elizabeth Health
Care,
Mississauga

Henry deSouza

Chef de programme,
Région de l'Est,
Division de la santé
communautaire,
MSSLD

Lana Frado

Directrice générale,
Sound Times
Support Services,
Toronto

Catherine Ford

Analyste principale
des programmes,
Direction de la santé
mentale et des
dépendances,
Division de la santé
communautaire,
MSSLD

Vicente Gannam

Analyste principal du
Programme de lutte
contre les dépendances,
Direction de la santé
mentale et des
dépendances,
Division de la santé
communautaire,
MSSLD

Sheila Irvine

Directrice
administrative,
Elm Grove,
Campus Brockville,
Hôpital Royal d'Ottawa,
Brockville

Steve Keeble

310-Cope (Programme
d'intervention en
cas de crise)
York Support Services
Network,
Newmarket

Paul Links

Hôpital St. Michael's
Chaire Arthur
Sommer Rotenberg en
études sur le suicide,
Toronto

Susan Marshall

Can-Help,
Fort Frances

Alan Mathany

Directeur,
Équipes d'intervention
en cas de crise et de
soutien communautaire
Services
communautaires
de santé mentale
de Frontenac,
Kingston

Beth McCarthy-Kent

Conseillère en santé
mentale,
Région du Nord,
Division de la santé
communautaire,
MSSLD

Pierina Minna

Conseillère en santé
mentale,
Région du Centre-Ouest,
Division de la santé
communautaire,
MSSLD

Christine Nichols

Chef de programme,
Ligne S.O.S. santé
mentale,
Hôpital Royal Victoria,
Barrie

Julie Pawlick

Chef de programme,
Crisis Outreach and
Support Team,
Hamilton

Paul Quinn,

Directeur général,
Gerstein Centre,
Toronto

Geoff Reekie

Chef du programme
régional d'intervention
en cas de crise,
Service de
santé mentale
communautaires
de Muskoka-Parry
Sound,
Bracebridge

Deb Sherman

Mental Health Rights
Coalition,
Hamilton

Ann Smithson

Chef d'équipe,
Services
communautaires
en cas de crise,
Système de santé
de Niagara,
Bureau de
St. Catharines

Kyla Storry

Coordonnatrice,
Services
d'intervention en cas
de crise du district de
Kenora-Rainy River,
Dryden

Joanne Walsh

Chef des services
d'intervention
en cas de crise,
Inner City Health
Program,
Hôpital St. Michael's,
Toronto

Brent Woodford

Directeur général,
Adult Mental Health
Services of
Haldimand-Norfolk,
Simcoe

Bernadette Wren

Chef des services
communautaires de
santé mentale du
comté de Renfrew,
Pembroke

Soutien du personnel

Ruth Stoddart,
Nancy Douglas,
Aimee Watson,
Unité des politiques
relatives à la santé
mentale et à la
réadaptation,
MSSLD

Annexe D : Fonctions des services d'intervention en cas de crise

Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* (1999) a défini les fonctions des services d'intervention en cas de crise.

- **L'évaluation et la planification** – ces fonctions incluent la collecte de renseignements pertinents auprès du client ou de la cliente et auprès des personnes clefs parmi son entourage, de sorte à pouvoir bien comprendre les événements récents, de même que les facteurs psychosociaux et biologiques, ayant contribué à la crise. Elles incluent aussi l'élaboration d'un plan d'intervention tenant compte des besoins les plus immédiats de la cliente ou du client, de ses forces et de ses faiblesses, ainsi que du soutien que peut lui apporter son entourage.
- **Le soutien et le counseling en situation de crise** – ces fonctions apportent à la cliente ou au client et à sa famille un soutien affectif et de l'aide concrète, en plus de les mettre en rapport avec les services compétents susceptibles de les aider dans l'immédiat.
- **Les interventions médicales** – ces fonctions font partie intégrante des services d'intervention en cas de crise. Les liens de collaboration efficaces entre les fournisseurs de services médicaux et les fournisseurs d'autres services sont essentiels. Les interventions médicales peuvent être assurées par du personnel infirmier, des médecins ou encore des pharmaciennes et pharmaciens.
- **L'intervention dans le milieu et la stabilisation** – ces fonctions consistent à faire le nécessaire pour que la cliente ou le client ait accès aux services qu'il lui faut pour stabiliser son état, y compris l'action directe dans sa communauté pour lui fournir de l'argent ou un soutien du revenu, intercéder auprès de son employeur, lui trouver un logement ou un hébergement à court ou à long terme ou encore régler des problèmes familiaux.
- **Les réexamens, le suivi et l'aiguillage** – ces fonctions consistent à offrir un aiguillage approprié vers les services et les mécanismes de soutien continus une fois la crise passée, selon ce dont le fournisseur de services et la cliente ou le client ont convenu.
- **Le suivi et l'évaluation** – ces fonctions consistent à évaluer l'atteinte des objectifs de chaque cliente ou client (aussi bien de son point de vue que du point de vue du fournisseur de services) et son degré de satisfaction.
- **L'information, la liaison, la défense des intérêts et la consultation/collaboration** – ces fonctions consistent à renseigner la cliente ou le client, sa famille, son entourage immédiat et ses fournisseurs de services sur les types de services et de mécanismes de soutien disponibles. Elles mettent l'accent sur l'établissement de partenariats entre les fournisseurs de services en vue de la création d'un réseau de prestation de services intégrés, en plus de conseiller les clientes ou clients et leurs familles ou leur entourage immédiat et de défendre leurs intérêts au sein de ce réseau.

Annexe E : Normes, domaines et indicateurs relatifs aux services d'intervention en cas de crise⁴

Fonctions	Normes
Évaluation et planification	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise établissent un premier contact avec une personne dans les 90 minutes qui suivent le moment où elle est reconnue comme étant en situation de crise.
	<ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'une personne en situation de crise a besoin d'une intervention face à face, quelqu'un devrait la voir le plus rapidement possible, de préférence dans les 24 heures, eu égard au temps de déplacement, aux conditions météorologiques, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> Les lignes de soutien téléphonique en cas de crise comportent obligatoirement un mécanisme de mise en file réduisant une éventuelle attente à 15 minutes maximum. Pendant ces 15 minutes, un enregistrement communique aux personnes en attente les autres services de gestion des crises disponibles (p. ex., 911, un numéro d'urgence local ou un autre service S.O.S. santé mentale).
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise ont convenu de protocoles avec les fournisseurs de services connexes (p. ex., services de gestion de cas, psychiatres, hôpitaux, équipes de soins primaires, etc.), de sorte à garantir aux personnes en situation de crise l'accès aux évaluations médicales, psychiatriques et psychosociales dont elles peuvent avoir besoin, ainsi qu'aux protocoles de gestion des crises existants. Si la consultation d'autres dossiers médicaux d'une personne est jugée nécessaire pour pouvoir mieux planifier son traitement avec elle, il s'agit d'abord d'obtenir son consentement à pareille consultation et de le documenter.
	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, les services sont fournis à une personne à l'endroit de son choix.
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise feront tout en leur possible pour que leur personnel suive une formation et dispose des compétences de base dans plusieurs domaines (p. ex., l'évaluation des risques, notamment des risques de suicide, l'intervention en cas de crise, les normes de sécurité, le règlement des conflits, l'éducation antiracisme, la symptomatologie psychiatrique et les psychotropes).
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise tiennent les membres de leur personnel au courant des exigences de déclaration pertinentes que leur impose la loi.

⁴ D'après les domaines et les indicateurs définis dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale* (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2003).

Domaines	Indicateurs
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Disponibilité d'un moyen de transport • Refus de service
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Disponibilité d'un moyen de transport • Refus de service
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Refus de service
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Temps d'attente pour les services requis • Accès aux soins primaires • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Accès au continuum des services de santé mentale • Taux de délinquance ou de criminalité • Refus de service
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Disponibilité d'un moyen de transport • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Accès au continuum des services de santé mentale • Taux de délinquance ou de criminalité
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle • Disponibilité de ressources pour l'apprentissage continu et le perfectionnement professionnel en cours d'emploi • Satisfaction des normes professionnelles ou d'agrément de la province (lorsqu'il y a lieu)
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle • Disponibilité de ressources pour l'apprentissage continu et le perfectionnement professionnel en cours d'emploi

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
<p>Soutien et counseling en situation de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les services sont axés sur leur clientèle et leur prestation est la moins perturbatrice possible.
	<ul style="list-style-type: none"> • La sécurité des clientes et clients comme des fournisseurs de services fait l'objet de protocoles écrits.
	<ul style="list-style-type: none"> • La consultation rapide de divers fournisseurs de services (p. ex., médecins, conseillers d'orientation, travailleuses et travailleurs de la société d'aide à l'enfance) pour reconnaître les urgences réelles et intervenir de la façon la plus appropriée fait l'objet de protocoles écrits et elle a lieu sous réserve d'un consentement documenté.
	<ul style="list-style-type: none"> • Des services de soutien et de counseling à court terme seront offerts, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services en cas de crise, aux personnes en situation de crise en vue d'évaluer leurs risques, de modérer leur crise et de planifier les mesures qu'il convient de prendre concernant leur sécurité.

Domaines	Indicateurs
<p>Accessibilité</p> <p>Acceptabilité</p> <p>Pertinence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Accès au continuum des services de santé mentale • Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Choix des services déterminé par le client ou la cliente et sa famille • Sensibilisation aux réalités culturelles • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Disponibilité des services communautaires • Équilibre entre la communauté et les établissements
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Incidents critiques • Suicides • Homicides • Taux d'institutionnalisation involontaire • Pratique de la gestion des risques • Repérage des recherches et des pratiques visant à réduire le nombre d'incidents indésirables et d'erreurs • Effets secondaires des médicaments
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Accès aux soins primaires • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Disponibilité d'un moyen de transport • Accès au continuum des services de santé mentale • Taux de délinquance ou de criminalité • Refus de service
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Accès aux soins primaires • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Disponibilité d'un moyen de transport • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Accès au continuum des services de santé mentale • Taux de délinquance ou de criminalité • Refus de service

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
Interventions médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise suivent des protocoles écrits concernant l'accès en temps utile à des interventions médicales et le commencement de telles interventions.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise appliqueront des procédures ou directives spécifiques prévoyant la marche à suivre lorsqu'une personne a besoin de soins médicaux, selon qu'ils sont urgents ou non.
Intervention dans le milieu et stabilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise pourront tous faire appel à d'autres services, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise disposeront tous de renseignements à jour sur la façon d'entrer en contact avec les organismes communautaires.
	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation de services de soutien et d'aiguillage (c.-à-d. soutien du revenu, relations avec les employeurs, accès à un logement à court ou long terme, résolution des problèmes familiaux) se fait suivant des protocoles basés sur les besoins exprimés par les clientes et clients.

Domaines	Indicateurs
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Accès aux soins primaires • Temps d'attente pour les services requis • Refus de service
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réadmission à l'hôpital • Taux d'institutionnalisation involontaire • Durée du séjour aux soins actifs • Temps passé dans des programmes communautaires • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Disponibilité des services communautaires • Taux de délinquance ou de criminalité • Équilibre entre la communauté et les établissements • Protocoles de traitement de la comorbidité
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Disponibilité d'un moyen de transport • Refus de service
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources pour l'apprentissage continu et le perfectionnement professionnel en cours d'emploi
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Disponibilité des services communautaires • Taux de délinquance ou de criminalité • Protocoles de traitement de la comorbidité
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Accès aux soins primaires • Temps d'attente pour les services requis • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Accès au continuum des services de santé mentale • Taux de délinquance ou de criminalité • Refus de service

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
<p>Réexamen, suivi et aiguillage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité est offerte à tout client ou cliente de passer un service en revue, de donner son avis sur le service en question et sa pertinence, et d'en discuter.
	<ul style="list-style-type: none"> • Un processus d'examen est prévu qui inclut une évaluation des résultats d'une intervention sur la cliente ou le client, et notamment sur sa situation et la stabilité de celle-ci (p. ex., l'intervention a-t-elle permis de stabiliser la situation d'une personne, la personne a-t-elle le sentiment de maîtriser de nouveau sa situation?).
	<ul style="list-style-type: none"> • L'aiguillage et la transition des clients et clientes vers des services pouvant les aider après leur crise suivent des protocoles écrits. Les services vers lesquels se fait l'aiguillage après une crise sont fonction des besoins exprimés par les clientes et clients concernés.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise tiennent leur personnel au courant des autres ressources communautaires pertinentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Après achèvement d'un service, un programme de suivi écrit est établi dans lequel sont énoncés les critères de suivi, de renouvellement des services d'intervention en cas de crise et de mise en rapport avec d'autres services.

Domaines	Indicateurs
Pertinence Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre • Sensibilisation aux réalités culturelles
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Mortalité • Taux de délinquance ou de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Protocoles de traitement de la comorbidité • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Disponibilité des services communautaires
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle • Disponibilité de ressources pour l'apprentissage continu et le perfectionnement professionnel en cours d'emploi
Efficacité Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Taux de délinquance ou de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Sensibilisation aux réalités culturelles • Choix des services déterminé par le client ou la cliente et sa famille

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none">• La satisfaction de la clientèle (y compris les clientes et clients, leurs familles et les organismes externes) fait l'objet d'un suivi continu et les résultats de ce suivi servent à améliorer les services.
	<ul style="list-style-type: none">• Une enquête sur la satisfaction de la clientèle sera élaborée et menée une fois l'an; le degré de satisfaction visé est de 80 %, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services d'intervention en cas de crise.
	<ul style="list-style-type: none">• Les organismes assurant les services évaluent chaque année un aspect quelconque de leurs programmes par rapport aux normes officielles et aux meilleures pratiques.

Domaines	Indicateurs
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement • Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre • Déclaration des droits des patientes et patients • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Sensibilisation aux réalités culturelles • Choix des services déterminé par le client ou la cliente et sa famille
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement • Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre • Déclaration des droits des patientes et patients • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Sensibilisation aux réalités culturelles • Choix des services déterminé par le client ou la cliente et sa famille
Pertinence Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Intégration à la vie communautaire • Taux de délinquance ou de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique • Mortalité

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
<p>Information, liaison, défense des intérêts et consultation/ collaboration</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services repèrent les lacunes au niveau des services existants et collaborent avec d'autres ressources communautaires pertinentes pour faire face aux besoins qui ne sont pas satisfaits.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services élaborent et publient un plan faisant ressortir les liens entre les ressources communautaires.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenantes et intervenants en cas de crise connaissent les services disponibles et savent lesquels seraient dans l'intérêt véritable d'une cliente ou d'un client, de sorte à pouvoir lui fournir des renseignements d'actualité.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise tiennent leur personnel au courant des autres ressources communautaires pertinentes.

Domaines	Indicateurs
Efficience Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Dépenses en santé mentale par habitant • Proportion du financement du personnel consacrée à l'administration et au soutien • Stratégie d'allocation fondée sur les besoins • Outil de planification du volume des ressources • Budgets et outils pour l'évaluation et le contrôle du rendement • Mécanismes de continuité • Suivi communautaire après la sortie de l'hôpital
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Taux de délinquance ou de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique
Compétence Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle • Disponibilité de ressources pour l'apprentissage continu et le perfectionnement professionnel en cours d'emploi • Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques • Protocoles de traitement de la comorbidité • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Disponibilité des services communautaires • Taux de délinquance ou de criminalité • Équilibre entre la communauté et les établissements
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Mortalité • Taux de délinquance ou de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique

Annexe F : Analyse documentaire – Résumé des conclusions clés de la recherche sur les services d'intervention en cas de crise

L'élaboration des normes relatives aux services d'intervention en cas de crise s'est appuyée sur une analyse des écrits traitant de ces services. Dans l'ensemble, peu de recherches ont été faites au sujet de ces services, et certainement moins qu'en rapport avec d'autres domaines de la santé mentale. Les rapports publiés à la suite d'études de recherche sur les services d'intervention en cas de crise sont pour la plupart de nature descriptive et portent sur les différents aspects des services et sur leur mode de prestation; rares sont les études qui ont eu recours à un schéma expérimental pour évaluer l'efficacité des services d'intervention en cas de crise.

Les paragraphes qui suivent résument les conclusions de cette analyse documentaire.

Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale (1997)

L'Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale (Goering et coll.) effectué en 1997 pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial a mené aux conclusions suivantes :

- Comparés à d'autres domaines, tels que la gestion de cas, les différents aspects des services d'intervention en cas de crise ont fait l'objet de très peu d'études.
- La plupart des rapports publiés à la suite d'études de recherche sur les services d'intervention en cas de crise sont de nature descriptive, sans recours à un schéma expérimental. Une seule étude (*Merson et coll., 1992*) a pris la forme d'une étude clinique comparant les soins hospitaliers aux soins communautaires. D'autres études ont eu pour objet d'évaluer différentes composantes des services d'intervention en cas de crise, y compris les services d'intervention itinérants (*Fisher et coll., 1990; Reding et Raphaelson, 1995*), le logement des personnes en situation de crise (*Leaman, 1987; Bond et coll., 1989*) et les services hospitaliers (*Gillig et coll., 1989; Lambert, 1995*).
- Il n'existe pratiquement aucune preuve à l'appui de l'efficacité des différentes interventions en cas de crise. (*Geller et coll., 1995*) se sont penchés sur les services d'intervention itinérants et ont conclu que malgré leur acceptation et leur mise en œuvre, ces services n'avaient jamais fait l'objet d'une évaluation systématique. Les études passées en revue laissent toutefois entendre ce qui suit :
 - les services d'hébergement des personnes en situation de crise constituent une solution de rechange valable à l'hospitalisation pour les personnes atteintes de maladies mentales graves;
 - les programmes de détournement sont efficaces;
 - les centres d'accueil en cas de crise peuvent répondre aux besoins des personnes qui présentent des problèmes psychosociaux.
- Il ressort de ces conclusions que les éléments indispensables à la meilleure prestation possible des services d'intervention en cas de crise sont les suivants :
 - le recours aux interventions les moins perturbatrices possible;
 - l'existence de programmes qui détournent les clients et clientes de l'hospitalisation;
 - l'intégration aux programmes d'intervention en cas de crise de protocoles d'évaluation ou de recherche.

Bilan de la situation au Canada et ailleurs

Nous avons procédé à une analyse documentaire et à un examen de l'état de la situation au Canada et ailleurs en ce qui concerne les normes relatives aux services d'intervention en cas de crise. Nous avons parcouru les rapports de recherche et autres écrits publiés dans le domaine, afin d'établir la nature des normes en vigueur ou en cours d'élaboration. Nous en avons conclu ce qui suit :

- Nombreux sont les travaux en cours dans le domaine, au Canada comme ailleurs. Toutes les provinces canadiennes prises en considération ont mis en place des services et des normes ou sont en voie de le faire (*British Columbia Ministry of Health, 2003; Santé Manitoba, 1997; Nova Scotia Department of Health, 2003; Newfoundland Department of Health and Community Services, 2003*). L'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis en sont rendus à divers stades de la mise en place de programmes et de services normalisés. Le Royaume-Uni et l'Australie ne disposent pas de normes spécifiques pour les services d'intervention en cas de crise, mais ont adopté des normes nationales relatives à la prestation des services de santé mentale en général (*Commonwealth d'Australie, 1996; National Health Service, 1999*).
- Il n'existe pas suffisamment de normes définitives qui soient fondées sur des données probantes ou qui aient fait l'objet d'une évaluation.
- Peu de textes ont été publiés dans le domaine et les écrits existants tendent à évaluer les services d'intervention en cas de crise en général, plutôt que leur efficacité, bien que Cochrane et coll. (1997) aient constaté que ces services sont efficaces pour ce qui est d'éviter les hospitalisations et de minimiser la perturbation des clientes et clients.
- Bien que les services d'intervention en cas de crise soient universellement reconnus comme étant une composante essentielle du système de santé mentale, les définitions et la mise en œuvre de ces services varient d'un endroit à l'autre.
- L'initiative d'évaluation des services communautaires de santé mentale a mené à une série d'évaluations portant sur divers types de programmes de santé mentale, y compris une évaluation sur un an de deux programmes de services d'intervention itinérants auprès de personnes en situation de crise, d'après laquelle il semblerait nécessaire de prévoir :
 - l'intégration des services d'intervention itinérants avec les autres services de santé mentale;
 - des rapports de responsabilisation et de reddition de comptes bien clairs et des mécanismes d'assurance de la qualité;
 - l'étroite surveillance des intervenantes et intervenants itinérants en cas de crise et de l'information en retour à ces derniers;
 - une définition précise de la clientèle visée;
 - l'offre de possibilités d'éducation et de communication au sein des services itinérants d'intervention en cas de crise et d'autres organismes, en particulier ceux qui sont responsables des politiques et des services psychiatriques, dans le cadre d'un réseau coordonné de services de santé mentale (*Ferris et coll., 2000*).

Analyse documentaire : Validation des normes

Les normes relatives aux services d'intervention en cas de crise ont été validées moyennant un examen de la littérature publiée dans ce domaine. Une hiérarchie des niveaux de preuve a été établie, afin d'établir des rapprochements entre les normes et les conclusions qui les appuient dans les écrits examinés.

Niveaux de preuve

- Une hiérarchie de quatre niveaux de preuve adaptée de la classification mise au point en Nouvelle-Écosse (*Nova Scotia Department of Health, 2003*) a servi à comparer les normes proposées concernant les services d'intervention en cas de crise aux conclusions publiées dans la littérature pertinente.
- Le niveau 1 reflète une preuve d'efficacité directe (autrement dit, il a été établi, moyennant son évaluation indépendante dans le cadre d'une étude, que la norme produit des résultats positifs).
- Le niveau 2 reflète une preuve d'efficacité indirecte (autrement dit, la norme est l'une des caractéristiques ou composantes d'un programme dont l'efficacité est éprouvée).
- Le niveau 3 reflète des études basées sur des opinions d'experts, voire un consensus parmi les experts selon lesquels la norme est efficace, ou encore une preuve corrélacionnelle que la norme est associée à des résultats positifs pour les clientes et clients.
- Le niveau 4 reflète des opinions d'experts, en ce sens que la norme a été établie par le groupe de travail ou adoptée ailleurs au Canada, en l'absence de conformation empirique dans les comptes rendus de recherche.

Conclusions de l'analyse :

Dans l'ensemble, peu de recherches expérimentales ont été faites qui puissent appuyer l'élaboration de normes. Les rapports publiés à la suite d'études de recherche sur les services d'intervention en cas de crise sont pour la plupart de nature descriptive, sans mettre l'accent sur des composantes de programmes spécifiques ni des meilleures pratiques. La preuve à l'appui des normes proposées repose en règle générale sur les opinions d'experts en matière de santé mentale. Des normes similaires, fondées sur des niveaux de preuve comparables, ont été mises au point ailleurs au Canada (c.-à-d. en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique).

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Évaluation et planification</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise établissent un premier contact avec une personne dans les 90 minutes qui suivent le moment où elle est reconnue comme étant en situation de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>Colombie-Britannique (C.-B.) – La norme relative aux unités itinérantes d'intervention en cas de crise exige une réponse immédiate.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'une personne en situation de crise a besoin d'une intervention face à face, quelqu'un va la voir le plus rapidement possible, de préférence dans les 24 heures, eu égard au temps de déplacement, aux conditions météorologiques, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – La norme relative aux unités itinérantes d'intervention en cas de crise exige l'élaboration de lignes directrices concernant la prise d'une décision rapide quant à la manière de répondre à l'appel d'une personne en situation de crise.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les lignes de soutien téléphonique en cas de crise comportent obligatoirement un mécanisme de mise en file réduisant une éventuelle attente à 15 minutes maximum. Pendant ces 15 minutes, un enregistrement communique aux personnes en attente les autres services de gestion des crises disponibles (p. ex., 911, un numéro d'urgence local ou un autre service S.O.S. santé mentale). 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise ont convenu de protocoles avec les fournisseurs de services connexes (p. ex., services de gestion de cas, psychiatres, hôpitaux, équipes de soins primaires, etc.), de sorte à garantir aux personnes en situation de crise l'accès aux évaluations médicales, psychiatriques et psychosociales dont elles peuvent avoir besoin, ainsi qu'aux protocoles de gestion des crises existants. Si la consultation d'autres dossiers médicaux d'une 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux 2 et 3 – D'après trois études, la participation d'un psychiatre (<i>Reding et Raphaelson, 1995</i>) et la capacité de prescrire des médicaments (<i>Tufnell et coll., 1985; Reynolds et coll., 1990</i>) sont indispensables à la capacité des équipes itinérantes d'intervention en cas de crise de réduire les taux d'hospitalisation. • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Évaluation et planification (suite)</p>	<p>personne est jugée nécessaire pour pouvoir mieux planifier son traitement avec elle, il s'agit d'abord d'obtenir son consentement à pareille consultation et de le documenter.</p>	<p>Nouvelle-Écosse (N.-É.) – Norme relative à la possibilité pour divers fournisseurs de services d'obtenir des services de consultation en temps voulu susceptibles de les aider à identifier les urgences et à intervenir face à celles-ci.</p> <p>Manitoba – Reconnaît la prestation de services multidisciplinaires comme étant un aspect clef du système de santé mentale dans son ensemble (y compris les services d'intervention en cas de crise).</p> <p>Terre-Neuve – Inclut parmi ses orientations stratégiques clefs la prestation de services d'intervention en cas de crise grâce au partenariat d'équipes de soins primaires et d'équipes itinérantes spéciales.</p> <p>C.-B. – L'élaboration des normes s'est faite suivant le principe que les services d'intervention en cas de crise supposent la collaboration des membres d'une équipe interdisciplinaire qui établissent et cultivent des liens avec d'autres fournisseurs des mêmes services aux fins d'entraide. Considère que les évaluations qui tiennent compte d'une variété de facteurs et les intègrent (biologiques, psychologiques ou sociaux) sont indispensables aux services d'intervention en cas de crise. Dispose par ailleurs, pour ses équipes itinérantes d'intervention en cas de crise et ses services de stabilisation accessibles sans rendez-vous aux personnes en situation de crise, d'une norme qui prescrit l'adoption de lignes directrices relatives à l'évaluation des risques, de l'existence d'une maladie mentale, des facteurs de stress et de la nécessité d'un examen médical.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Évaluation et planification (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, les services sont fournis à une personne à l'endroit de son choix. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>Manitoba – Voit ce facteur comme étant un aspect fondamental du système de santé mentale dans son ensemble (y compris les services d'intervention en cas de crise).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise feront tout en leur possible pour que leur personnel suive une formation et dispose des compétences de base dans plusieurs domaines (p. ex., l'évaluation des risques, notamment des risques de suicide, l'intervention en cas de crise, les normes de sécurité, le règlement des conflits, l'éducation antiracisme, la symptomatologie psychiatrique et les psychotropes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>N.-É. – Exige que les fournisseurs de services d'intervention en cas de crise possèdent des compétences de base en matière d'évaluation des risques.</p> <p>Manitoba – Inclut la formation parmi ses orientations clefs visant le renforcement du système de santé mentale.</p> <p>C.-B. – Exige que le personnel suive une formation concernant l'évaluation des risques, les maladies mentales, les facteurs de stress et la nécessité d'un examen médical. Précise par ailleurs les compétences requises des personnes assurant les services d'intervention en cas de crise, dont la familiarité avec la maladie mentale et une série de troubles psychiatriques, l'évaluation et la gestion des tendances suicidaires, la gestion des comportements agressifs et des psychoses aiguës, les capacités d'intervention en cas de crise, l'exécution d'un examen complet de l'état mental, etc. La gestion des risques est reconnue comme étant un principe clef des services d'intervention en cas de crise.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
Évaluation et planification (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise tiennent les membres de leur personnel au courant des exigences de déclaration pertinentes que leur impose la loi. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. C.-B. – Exige des équipes itinérantes et hospitalières d'intervention en cas de crise qu'elles aient suivi une formation à l'application de sa loi sur la santé mentale (<i>Mental Health Act</i>) et d'autres lois pertinentes.
Soutien et counseling en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> Les services sont axés sur leur clientèle et leur prestation est la moins perturbatrice possible. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. Manitoba – Compte le fait que les services soient axés sur leur clientèle parmi les orientations clefs visant le renforcement du système de santé mentale. Terre-Neuve – Compte parmi ses orientations clefs la participation des clientes ou clients et des personnes qui les soignent à la planification et à la prise de décisions.
	<ul style="list-style-type: none"> La sécurité des clientes et clients comme des fournisseurs de services fait l'objet de protocoles écrits. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. C.-B. – Définit la gestion des risques comme étant un principe clef des services d'intervention en cas de crise et dispose de normes traitant de la sécurité de la clientèle comme du personnel.
	<ul style="list-style-type: none"> La consultation rapide de divers fournisseurs de services (p. ex., médecins, conseillers d'orientation, travailleuses et travailleurs de la société d'aide à l'enfance) pour reconnaître les urgences réelles et intervenir de la façon la plus appropriée fait l'objet de protocoles écrits et elle a lieu sous réserve d'un consentement documenté. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. N.-É. – Considère ceci de rigueur pour ses services d'intervention en cas de crise. Manitoba – Reconnaît la prestation de services multidisciplinaires comme étant un aspect clef du système de santé mentale dans son ensemble (y compris les services d'intervention en cas de crise).

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Soutien et counseling en situation de crise (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Des services de soutien et de counseling à court terme seront offerts, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services en cas de crise, aux personnes en situation de crise en vue d'évaluer leurs risques, de modérer leur crise et de planifier les mesures qu'il convient de prendre concernant leur sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – Exige des services d'assistance en cas de crise disponibles en clinique sans rendez-vous qu'ils aident les clientes et clients à comprendre les raisons de leur crise, à mobiliser leurs ressources personnelles pour faire face à leur situation et à concevoir une façon de mieux gérer leurs risques de crise à l'avenir.</p>
<p>Interventions médicales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise suivent des protocoles écrits concernant l'accès en temps utile à des interventions médicales et le commencement de telles interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>N.-É. – A établi comme norme que des règles de conduite énonceront les situations et les circonstances nécessitant un examen médical et l'autorisation de procéder à une intervention médicale.</p> <p>C.-B. – Dispose d'une norme exigeant une consultation sur tout ce qui touche les soins médicaux et la médication.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise appliqueront des procédures ou directives spécifiques prévoyant la marche à suivre lorsqu'une personne a besoin de soins médicaux, selon qu'ils sont urgents ou non. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – Exige du personnel qu'il consulte sur tout ce qui touche les soins médicaux et la médication et qu'il suive une formation quant à la manière d'établir si un examen médical s'impose ou non.</p>
<p>Intervention dans le milieu et stabilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les services d'intervention en cas de crise pourront tous faire appel à d'autres services, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>La Saskatchewan, le Québec et la Nouvelle-Écosse ont adopté comme norme l'accessibilité des services d'intervention en cas de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Intervention dans le milieu et stabilisation (suite)</p>		<p>Terre-Neuve prescrit la disponibilité 24 heures sur 24 des services d'intervention en cas de crise fournis par son équipe de soins primaires.</p> <p>Toutes les provinces voient les services d'intervention en cas de crise comme faisant partie d'un continuum de services de santé mentale.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise disposeront tous de renseignements à jour sur la façon d'entrer en contact avec les organismes communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation de services de soutien et d'aiguillage (c.-à-d. soutien du revenu, relations avec les employeurs, accès à un logement à court ou long terme, résolution des problèmes familiaux) se fait suivant des protocoles basés sur les besoins exprimés par les clientes et clients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – Compte l'accès à une gamme de services de suivi parmi les principes clefs des services d'intervention en cas de crise. A adopté comme normes, d'une part, la poursuite d'une intervention en cas de crise jusqu'à ce que des liens aient été établis avec d'autres services appropriés et, d'autre part, l'établissement obligatoire d'un plan d'intervention et d'un plan post-intervention clairs et parfaitement documentés.</p>
<p>Réexamens, suivi et aiguillage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité est offerte à tout client ou cliente de passer un service en revue, de donner son avis sur le service en question et sa pertinence, et d'en discuter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba prévoient la participation des clientes et clients à l'évaluation des services.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Un processus d'examen est prévu qui inclut une évaluation des résultats d'une intervention sur la cliente ou le client, et notamment sur sa situation et la stabilité de celle-ci (p. ex., l'intervention a-t-elle permis de stabiliser la situation d'une personne, la personne a-t-elle le sentiment de maîtriser de nouveau sa situation?). 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – A adopté comme norme pour ses services communautaires de stabilisation des personnes en situation de crise la participation des familles et autres soutiens clefs à la planification relative à la période suivant l'intervention.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Réexamens, suivi et aiguillage (suite)</p>		<p>N.-É. – Ses normes générales pour l'ensemble des services de santé mentale prévoient l'établissement mutuel d'objectifs ou de résultats visés, de même que l'évaluation et la révision mutuelles du programme et des services de traitement.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • L'aiguillage et la transition des clients et clientes vers des services pouvant les aider après leur crise suivent des protocoles écrits. Les services vers lesquels se fait l'aiguillage après une crise sont fonction des besoins exprimés par les clientes et clients concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – Compte l'accès à une gamme de services de suivi parmi les principes clefs des services d'intervention en cas de crise. A adopté comme normes, d'une part, la poursuite d'une intervention en cas de crise jusqu'à ce que des liens aient été établis avec d'autres services appropriés et, d'autre part, l'établissement obligatoire d'un plan d'intervention et d'un plan post-intervention clairs et parfaitement documentés.</p> <p>N.-É. – Ses normes générales pour l'ensemble des services de santé mentale prévoient l'établissement de programmes de traitement et de suivi qui incluent des liens appropriés et une coordination avec d'autres services et ressources.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise tiennent leur personnel au courant des autres ressources communautaires pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>N.-É. – Considère ceci une norme assurant la continuité des services grâce à la coordination avec d'autres services communautaires d'urgence.</p> <p>Manitoba – Compte parmi les valeurs clefs du système de santé mentale la collaboration avec les clientes et clients, les fournisseurs de services et le gouvernement à la planification et à la prestation des services.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Réexamens, suivi et aiguillage (suite)</p>		<p>Terre-Neuve – Compte parmi ses orientations stratégiques l'obligation de veiller à l'existence de liens vers les services communautaires dont les gens ont besoin.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Après achèvement d'un service, un programme de suivi écrit est établi dans lequel sont énoncés les critères de suivi, de renouvellement des services d'intervention en cas de crise et de mise en rapport avec d'autres services. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>C.-B. – Compte l'accès à une gamme de services de suivi parmi les principes clefs des services d'intervention en cas de crise. A adopté comme normes, d'une part, la poursuite d'une intervention en cas de crise jusqu'à ce que des liens aient été établis avec d'autres services appropriés et, d'autre part, l'établissement obligatoire d'un plan d'intervention et d'un plan post-intervention clairs et parfaitement documentés.</p> <p>N.-É. – Ses normes générales pour les services de santé mentale incluent l'élaboration de programmes de suivi personnalisés et la surveillance de leur mise en application.</p>
<p>Suivi et évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> La satisfaction de la clientèle (y compris les clientes et clients, leurs familles et les organismes externes) fait l'objet d'un suivi continu et les résultats de ce suivi servent à améliorer les services. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>Terre-Neuve – Son orientation stratégique clef pour l'ensemble du système de santé mentale tient compte de la responsabilisation et prescrit la participation des clientes et clients et de leurs familles à l'évaluation des services.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Une enquête sur la satisfaction de la clientèle sera élaborée et menée une fois l'an; le degré de satisfaction visé est de 80 %, dans la mesure du possible, compte tenu du mandat des services d'intervention en cas de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>Terre-Neuve – Son orientation stratégique clef pour l'ensemble du système de santé mentale tient compte de la responsabilisation et prescrit la participation des clientes et clients et de leurs familles à l'évaluation des services.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Suivi et évaluation (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes assurant les services évaluent chaque année un aspect quelconque de leurs programmes par rapport aux normes officielles et aux meilleures pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>N.-É. – Ses normes générales applicables à l'ensemble des services de santé mentale prévoient la vérification annuelle de l'utilisation des services et du respect des normes.</p> <p>Terre-Neuve – Son orientation stratégique clef pour l'ensemble du système de santé mentale tient compte de la responsabilisation et prescrit la participation des clientes et clients et de leurs familles à l'évaluation des services.</p>
<p>Information, liaison, défense des intérêts et consultation/ collaboration</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services repèrent les lacunes au niveau des services existants et collaborent avec d'autres ressources communautaires pertinentes pour faire face aux besoins qui ne sont pas satisfaits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>N.-É. – A adopté une norme prévoyant la continuité des services grâce à la coordination avec d'autres services d'urgence accessibles dans la collectivité.</p> <p>Manitoba – Compte parmi les valeurs clefs du système de santé mentale la collaboration avec les clientes et clients, les fournisseurs de services et le gouvernement à la planification et à la prestation des services.</p> <p>Terre-Neuve – Compte parmi ses orientations stratégiques l'établissement d'un continuum de services de santé mentale (y compris des services d'intervention en cas de crise) en liaison avec les équipes de soins primaires.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services élaborent et publient un plan faisant ressortir les liens entre les ressources communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>N.-É. – Ses normes générales pour l'ensemble des services de santé mentale prévoient l'élaboration d'un programme de traitement et de suivi qui incorpore le recours à d'autres services et ressources.</p>

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui
<p>Information, liaison, défense des intérêts et consultation/ collaboration (suite)</p>		<p>C.-B. – Compte l'accès à une gamme de services de suivi parmi les principes clefs des services d'intervention en cas de crise. A adopté comme normes, d'une part, la poursuite d'une intervention en cas de crise jusqu'à ce que des liens aient été établis avec d'autres services appropriés et, d'autre part, l'établissement obligatoire d'un plan d'intervention et d'un plan post-intervention clairs et parfaitement documentés.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenantes et intervenants en cas de crise connaissent les services disponibles et savent lesquels seraient dans l'intérêt véritable d'une cliente ou d'un client, de sorte à pouvoir lui fournir des renseignements d'actualité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. <p>Le Manitoba et Terre-Neuve voient comme deux éléments clefs l'inclusion des familles et leur accès à des services de soutien.</p> <p>C.-B. – Prescrit la communication de renseignements pertinents aux clientes et clients et aux membres de leur famille.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'intervention en cas de crise tiennent leur personnel au courant des autres ressources communautaires pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.

Annexe G : Bibliographie

- Bond, G. R., Witheridge, T. E., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S. A., Mayes, J. et Ward, R. S. (1989). A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(2), 177-183.
- British Columbia Ministry of Health. (2003). *B.C.'s Mental Health Reform Best Practices: Crisis Response/Emergency Services*. Récupéré le 23 juillet 2004 à http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/bp_crisis_response.pdf
- California Mental Health Planning Council. (2003). *California Mental Health Master Plan: A Vision for California*. California Department of Mental Health. Récupéré le 18 octobre 2004 à <http://www.dmh.ca.gov/mhpc/docs/Master%20Plan/mstrplan.pdf>.
- Cochrane, J., Durbin, J., et Goering, P. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Document de discussion*. Produit pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Rapport final : Guidés dans nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Récupéré le 9 septembre 2004 à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0086.html>.
- Commonwealth d'Australie. (1996). *National Standards for Mental Health Services*. Récupéré le 20 octobre 2004 à <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-standards-nsmhs.htm>.
- Ferris, L. E., Shulman, K., Williams, J., Desiato, C., Sandercock, J. et Mills, W. (2000). *A Descriptive Evaluation of Three Ontario Mobile Crisis Programs for Clients with Severe and Persistent Mental Illness (SPMI)*. Rapport non publié produit pour l'initiative d'évaluation des services communautaires de santé mentale.
- Fisher, W. H., Geller, J. L. et Wirth-Cauchon, J. (1990). Empirically assessing the impact of mobile crisis capacity on state hospital admission. *Community Mental Health Journal*, 26(3), 245-253.
- Geller, J. L., Fisher, W. H. et McDermeit, M. (1995). A national survey of Mobile Crisis Services and their evaluation. *Psychiatric Services*, 46(9), 893-897.
- Gillig, P. M., Hillard, J. R., Bell, J., Combs, H. E., Martin, C. et Deddens, J. A. (1989). The psychiatric emergency service holding area: Effect on utilization of inpatient resources. *American Journal of Psychiatry*, 146(3), 369-372.
- Goering, P., Boydell, K., Butteril, D., Cochrane, J., Durbin, J., Rogers, J. et Trainor, J. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale*. Produit pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.
- Gouvernement de l'Ontario. (2004). *Budget de l'Ontario 2004, Document d'information : Transformation des services de santé*. Récupéré le 9 septembre 2004 à <http://www.gov.on.ca/FIN/bud04f/bkf1.htm>.
- Lambert, M. (1995). Psychiatric crisis intervention in the general emergency service of a Veterans Affairs hospital. *Psychiatric Services*, 46(3), 283-284.
- Leaman, K. (1987). A hospital alternative for patients in crisis. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(11), 1221-1223.

Merson, S., Tyrer, P., Onyett, S., Lack, S., Brikett, P., Lynch, S. et Johnson, T. (1992). Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *The Lancet*, 339, 1311-1314.

Ministère de la Santé du Manitoba. (1997). *Services de santé essentiels au Manitoba*. Santé Manitoba. Récupéré le 22 juillet 2004 à <http://www.gov.mb.ca/health/documents/core.fr.pdf>.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2004). *Information publique – Agir pour améliorer les soins de santé*. Récupéré le 18 octobre 2004 à <http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/index.html>.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*.

National Health Service. (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. Royaume-Uni.

Newfoundland Department of Health and Community Services. (2003). *Working together for Mental Health: a proposed mental health services strategy for Newfoundland and Labrador*. Récupéré le 23 juillet 2004 à <http://www.gov.nf.ca/health/publications/pdfiles/Mental%20Health%20Strategy%20Disc%20Doc%20Nov%202003.pdf>

Nova Scotia Department of Health. (2003). *Standards for Mental Health Services in Nova Scotia*. Récupéré le 23 juillet 2004 à www.gov.ns.ca/health/downloads/Standards.pdf.

Ohio Department of Mental Health, Office of Program Evaluation and Research. (1999). *Towards Best Practices: Top Ten Findings from the Longitudinal Consumer Outcomes Study 1999*. Columbus, Ohio, Ohio Department of Mental Health, Office of Program Evaluation and Research.

Oklahoma Department of Mental Health and Substance Abuse Services. (2003). *Chapter 23: Standards and Criteria for Community-Based Structured Crisis Centers*. Récupéré le 24 juillet 2004 à <http://www.odmhsas.org/eda%20II/Title450-23.pdf>.

Reding, G. R. et Raphelson, M. (1995) Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 179-190.

Reynolds, I., Jones, J. E., Berry, D. W. et coll. (1990). A crisis team for the mentally ill: the effect on patients, relatives, and admissions. *Medical Journal of Australia*, 152, 646-652.

Santé Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Récupéré le 9 septembre 2004 à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>.

State of Vermont Department of Developmental and Mental Health Services. (2002). *The Statewide System of Care Plan for Adult Mental Health in Vermont: Fiscal Years 2002-2004*. Récupéré le 22 juillet 2004 à <http://www.state.vt.us/dmh/docs/publications/system-of-care-plans.html#adult>.

Tufnell, G., Bouras, N., Watson, J. P. et coll. (1985). Home assessment and treatment in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 20-28.

