

# Troubles dépressifs majeurs et urgences psychiatriques : une étude naturaliste concernant la place des interventions de crise

Cristian Damsa, MD<sup>1,2</sup>, Coralie Lazignac, MD<sup>1</sup>, Lionel Cailhol, MD<sup>1</sup>,  
Thierry Di Clemente, MD<sup>1,2</sup>, Joëlle Hauptert, MD<sup>2</sup>, Charles Pull, MD<sup>2</sup>

**Objectif :** Le but de cette étude rétrospective a été de mesurer l'effet de l'introduction du modèle d'intervention de crise dans le service d'urgences d'un hôpital général, sur le nombre d'hospitalisations et de suivis ambulatoires des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur.

**Méthode :** L'étude porte sur l'ensemble des patients présentant un trouble dépressif majeur (critères du DSM IV) qui ont consulté le service d'urgences psychiatriques d'un hôpital général durant 2 périodes de 8 mois : avant (425 patients) et après (436 patients) l'introduction des interventions de crise.

**Résultats :** Après l'introduction des interventions de crise, on constate une diminution significative du taux d'hospitalisations volontaires (de 17,9 % à 12,4 %), ainsi qu'une augmentation du nombre des suivis psychiatriques ambulatoires (de 82,1 % à 86,2 %). La présence d'un trouble de personnalité limite (borderline) a été associée avec une plus grande diminution du taux d'hospitalisations (27,8 % contre 38,2 %), tandis que le nombre d'hospitalisations des patients souffrant d'un trouble dépressif avec des caractéristiques psychotiques n'a pas diminué après l'introduction des interventions de crise. Les interventions de crise ont été plus efficaces pour les femmes.

**Conclusions :** Ces résultats suggèrent l'intérêt des interventions de crise aux urgences psychiatriques pour améliorer la prise en charge des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur, en favorisant la solution de rechange du suivi ambulatoire multimodal plutôt qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique.

(Rev can psychiatrie 2005;50 : 857–862)

L'énoncé précisant les affiliations des auteurs est à la fin du texte.

## Implications cliniques

- Les interventions de crise peuvent contribuer à diminuer le nombre des hospitalisations.
- Ces interventions de crise peuvent aider à augmenter le nombre des suivis ambulatoires.
- Les interventions de crise semblent plus efficaces pour les patients présentant un trouble de personnalité limite en plus du trouble dépressif majeur.

## Limitations

- Il y a une absence de randomisation des patients.
- Il y a une absence de données concernant le devenir à long terme des patients (au-delà des 8 mois de l'étude).
- Il y a une absence d'évaluation normalisée des diagnostics.

**Mots clés :** urgences psychiatriques, interventions de crise, troubles dépressifs, troubles de personnalité limite

Face au nombre grandissant d'urgences psychiatriques dans les services des hôpitaux généraux, les cliniciens ont été amenés, au cours des vingt dernières années, à accepter une remise en question de leurs pratiques et à mettre au point de nouveaux dispositifs de prise en charge aux urgences psychiatriques. La prise en compte de la durée de l'urgence, élément essentiel à l'amorce d'un travail psychothérapeutique ultérieur, a permis la conceptualisation de plusieurs modèles d'interventions de crise. Des structures spécifiques favorisant les interventions de crise dans le contexte de l'urgence ont été progressivement mises en place : centre de thérapies brèves (1), centre d'accueil et de crise (2), service d'urgences psychiatriques (3), unité de crise et d'urgences psychiatriques (4), approches intégrées des urgences psychiatriques (5) et équipes mobiles d'intervention de crise (6). L'enjeu des interventions de crise serait de dépasser un simple « triage », où les patients sont directement dirigés soit vers une hospitalisation qui peut parfois être évitée (7), soit vers une consultation ambulatoire où ne se rendent pas la plupart de ces patients, selon plusieurs études (8).

Malgré l'intérêt théorique des interventions de crise pour les patients souffrant de troubles dépressifs (1,4,9,10), il y a eu très peu d'études cliniques comparatives à ce sujet (11). Le but de ce travail est de mesurer l'effet de l'introduction du modèle de l'intervention de crise dans un service d'urgences d'un hôpital général sur le nombre d'hospitalisations et de suivis ambulatoires des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur. L'intérêt de l'introduction des interventions de crise dans un service d'urgences pour améliorer la qualité des soins et diminuer le nombre d'hospitalisations a été évoqué dans un travail préliminaire sur 4 mois, qui ne concernait pas spécifiquement les patients souffrant d'un trouble dépressif (12). L'application de notre modèle d'intervention de crise aux patients souffrant d'un trouble de personnalité a été également décrite dans un travail préliminaire (13).

## Méthodologie

Une description méthodologique exhaustive est fournie dans un travail préliminaire (12).

Nous avons comparé le nombre d'interventions psychiatriques et le nombre d'hospitalisations avant et après l'introduction du concept d'intervention de crise, dans un service d'urgences psychiatriques, actuellement en développement, situé au Centre Hospitalier de Luxembourg. Les

données, recueillies rétrospectivement, comparent les patients ayant consulté le service d'urgences psychiatriques sur une durée de 8 mois, du 1 septembre 2001 au 30 avril 2002 (Période I), avec ceux qui ont pu bénéficier d'une intervention de crise et qui ont consulté du 1 septembre 2002 au 30 avril 2003 (Période II). Le recueil des données a été fait avec l'aide de la direction de l'hôpital, à partir des registres administratifs, en respectant l'anonymat des patients. Durant les 2 périodes de l'étude, seuls ont été retenus les patients ayant nécessité une intervention psychiatrique urgente durant les jours ouvrables, de 8 heures à 18 heures. Cette limitation aux heures ouvrables a été motivée par la difficulté de réaliser des interventions de crise durant le service de garde, en rapport avec un nombre réduit d'intervenants (un assistant avec possibilité de faire appel à un psychiatre). Les patients âgés de moins de 16 ans (pris en charge par les pédopsychiatres) et les patients présentant des troubles cognitifs, dans le cadre d'un syndrome démentiel connu (prise en charge conjointe avec les neurologues) n'ont pas été inclus dans l'étude. Des interventions répétées ayant lieu le même jour pour un patient et pour sa famille ont été prises en compte une seule fois dans les statistiques. Les patients ayant consulté plus d'une fois en urgence pendant chaque période de l'étude ont été pris en compte une seule fois dans les statistiques, étant donné qu'il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de ces patients et de leurs consultations pour les 2 périodes étudiées. Le choix du seuil de plus de 5 consultations ambulatoires pour évaluer l'observance de ce traitement par les patients a été fait en tenant compte du système de facturation luxembourgeois, où les honoraires diminuent légèrement après 5 consultations consécutives. Ce choix nous a permis d'obtenir facilement des données fiables pour le nombre de consultations consécutives des patients, à partir des registres de facturation. De même, le nombre d'entretiens psychothérapeutiques familiaux a pu être relevé rétrospectivement, grâce au système de facturation luxembourgeois, qui utilise un code différent pour ce type d'intervention.

Le service d'urgences psychiatriques a été organisé avec des ressources humaines comparables durant les 2 périodes de l'étude (2 assistants, sous la supervision d'un chef de service). Le chef de service ainsi qu'un des 2 assistants ont été les mêmes pour les 2 périodes de l'étude; les seuls changements portent sur l'introduction du concept d'intervention de crise et sur le remplacement d'un assistant. Au moment de l'étude, les assistants avaient au moins 2 ans d'expérience dans les urgences psychiatriques et ils suivaient au moins une troisième année de formation psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique, en dehors de l'hôpital où s'est déroulée l'étude. Des références de type systémique ont été également utilisées (étant donné que tous les médecins avaient bénéficié, au moins à un moment de leur formation, de cours

---

### Abbréviations utilisées dans ce manuscrit

ET	écart type
SCID	l'entrevue clinique structurée

---

**Tableau 1 Patients souffrant de troubles dépressifs majeurs ayant consulté le service d'urgences psychiatriques**

Patients souffrant de troubles dépressifs majeurs	Sans interventions de crise 425 patients		Avec interventions de crise 436 patients		$\chi^2$ , df = 1 (P)
	Hospitalisés 76 patients (17,9 %)	Ambulants 349 patients (82,1 %)	Hospitalisés 54 patients (12,4 %)	Ambulants 382 patients (86,2 %)	
Avec caractéristiques psychotiques	9 (11,8 %)	20 (5,7 %)	9 (16,7 %)	14 (3,7 %)	0,371 (0,543)
Sans caractéristiques psychotiques	67 (88,2 %)	329 (94,3 %)	45 (83,3 %)	368 (96,3 %)	6,149 (0,013)
Avec troubles de personnalité limite	29 (38,2 %)	61 (17,5 %)	15 (27,8 %)	85 (22,3 %)	7,895 (0,005)
Âge (années) Moyen (ET)	48,7 (17,2)	44,4 (14,2)	49,3 (17,3)	43,9 (16,8)	—
Sexe					
Femmes	48 (63,2 %)	188 (53,9 %)	25 (46,3 %)	224 (58,6 %)	10,051 (0,002)
Hommes	28 (36,8 %)	161 (46,1 %)	29 (53,7 %)	158 (41,4 %)	0,035 (0,852)

dans cette orientation théorique) et le psychiatre chef de service avait une formation psychothérapeutique de type cognitivo-comportementale. Outre la supervision dans le cadre de l'hôpital, les 2 assistants avaient chacun un superviseur individuel (depuis 3 et 5 ans, respectivement) en même temps qu'une supervision de groupe, en dehors de l'hôpital où s'est déroulée l'étude.

Les interventions de crise ont été faites selon le modèle décrit par Andreoli, 1986 (1) et De Clercq 1997 (4). Dans une première phase, appelée « interaction de crise », nous avons essayé de prolonger temporairement la situation de crise, afin d'encourager le patient et son entourage à renégocier les conflits supposés être à l'origine de « la crise », ainsi que la demande sous-jacente de soins. Dans un deuxième temps, considéré comme étant « l'intervention de crise », nous avons interrogé l'expérience subjective du patient en essayant de lui donner les moyens de mettre en relation cette expérience subjective de sa souffrance avec ses conflits interpersonnels et intrapsychiques. Les indications et le déroulement des interventions de crise étaient systématiquement discutés entre les 2 assistants, le psychiatre chef de service étant constamment disponible. L'ensemble des patients a reçu un traitement antidépresseur en plus des interventions psychothérapeutiques; il n'y a pas eu de changement des habitudes de prescriptions médicamenteuses entre les 2 périodes de l'étude, ni d'introduction d'une nouvelle médication.

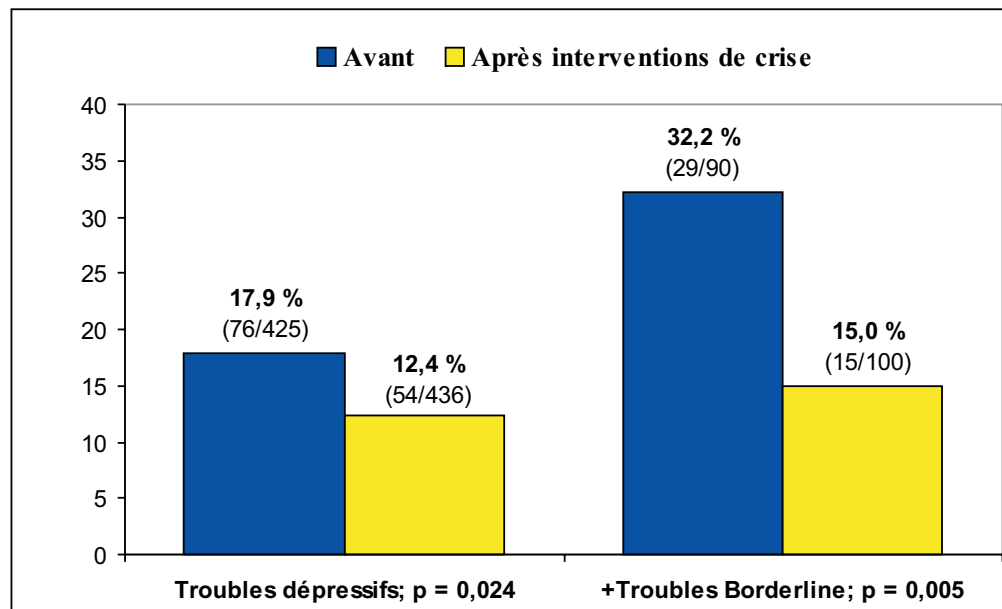
Les critères diagnostiques (DSM-IV) pour les troubles dépressifs majeurs et pour la présence d'un trouble de personnalité ont été recueillis rétrospectivement. L'utilisation

du SCID pour le DSM-IV n'a pas été possible pour l'ensemble des patients ayant consulté à l'urgence, mais pour 2 séries de 10 patients, les diagnostics ont été vérifiés en utilisant la SCID pour le DSM-IV. Les comorbidités des troubles dépressifs ont été cherchées rétrospectivement d'une façon similaire, en tenant compte des critères diagnostiques du DSM-IV. D'autres facteurs pouvant influencer plus finement la décision d'hospitalisation, comme des échelles pour évaluer la gravité du trouble dépressif majeur ou les données socio-économiques, n'ont pas été relevés dans ce travail. Les calculs statistiques utilisés ont été : le chi carré pour tester l'homogénéité des proportions (pour comparer les taux d'hospitalisations et l'observance des consultations ambulatoires avant et après l'introduction de l'intervention de crise) et le test *t*-Student (pour comparer les moyennes d'âge des patients hospitalisés avec les moyennes d'âge de ceux qui ont bénéficié d'un traitement ambulatoire).

## Résultats

Concernant l'hospitalisation, le même profil spécifique pour l'âge a été constaté pour les 2 périodes de l'étude. Les patients hospitalisés étaient significativement plus âgés que ceux qui ont bénéficié d'un suivi ambulatoire :  $P < 0,001$ , test *t*-Student (Tableau 1). Aucune différence significative n'a été retenue entre les 2 périodes pour l'âge, ni pour les comorbidités des troubles dépressifs qui ont été cherchées (dépendances éthylique et aux drogues, troubles de personnalité, troubles psychotiques, troubles paniques).

**Figure 1 Évolution du taux d'hospitalisations après l'introduction des interventions de crise pour les patients souffrant des troubles dépressifs majeurs et pour ceux présentant un trouble dépressif avec un trouble de personnalité limite.**



Après l'introduction de l'intervention de crise, on constate une diminution significative des hospitalisations des patients souffrant d'un trouble dépressif sans symptômes psychotiques, ainsi qu'une diminution du nombre total des hospitalisations. Il n'y a pas de diminution d'hospitalisations pour les patients présentant un trouble dépressif majeur avec des caractéristiques psychotiques (Tableau 1). Le nombre d'hospitalisations des patients qui présentaient un trouble de personnalité limite, en plus du trouble dépressif majeur, a diminué de façon plus importante, par rapport à l'ensemble des patients avec un trouble dépressif majeur (Figure 1). Les hospitalisations non volontaires, minoritaires par rapport à l'ensemble des hospitalisations (3 sur 76 hospitalisations pour la Période I, contre 5 sur 54 hospitalisations pour la Période II), ne diminuent pas après l'introduction des interventions de crise.

La répartition hommes–femmes est comparable pour les 2 périodes, avec 55,5 % de femmes pour la Période I, contre 57,1 % de femmes pour la Période II. Le taux d'hospitalisations des femmes diminue davantage après l'introduction des interventions de crise par rapport à celui des hommes (Tableau 1). De plus, si on considère uniquement les hommes, il n'y a pas de diminution significative des hospitalisations.

Parmi les patients qui ont bénéficié d'un suivi ambulatoire, on constate une augmentation significative du taux des patients qui ont dépassé le seuil de 5 consultations, après l'introduction des interventions de crise : 149 (42,7 %) sur 349 patients ambulants pour la Période I, contre 198 (51,8 %)

sur 382 patients ambulants pour la Période II ( $\chi^2 = 6,109$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0135$ ). Pour ces patients ambulants, le nombre d'interventions familiales a augmenté de 20 (5,7 %) interventions pour 349 patients pour la Période I, à 98 (25,7 %) interventions pour les 382 patients ambulants de la Période II ( $\chi^2 = 53,482$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,0001$ ).

## Discussion

Les résultats de ce travail suggèrent l'intérêt des interventions de crise pour favoriser la solution de rechange du suivi ambulatoire plutôt que les hospitalisations psychiatriques, pour des patients qui satisfont aux critères du DSM IV des troubles dépressifs majeurs et qui consultent un service d'urgences d'un hôpital général.

L'intervention de crise comprend l'implication active des patients dans leur prise en charge et la négociation d'un projet de soins cohérent, dès le moment essentiel qu'est la formulation de la demande d'aide dans le contexte des urgences. La diminution du nombre de certaines hospitalisations qui ressemblent parfois davantage à des « malentendus » qu'à des réelles prises en charge et l'augmentation de l'observance du suivi ambulatoire s'inscrivent dans une réelle rencontre entre patient, famille et soignants, qui peut avoir lieu aux urgences sous la forme de l'intervention de crise. Suite à cette dernière, le patient peut acquérir une certaine compétence pour chercher des liens entre ses troubles dépressifs présents à un moment donné et sa conflictualité sous-jacente intrapsychique et interpersonnelle. Ceci permet non seulement une légère amélioration symptomatique rapide, mais surtout cette

démarche améliore sensiblement l'observance d'un suivi ultérieur des patients, qui se disent davantage « confiants et motivés » de s'engager dans un suivi psychothérapeutique. Les meilleurs résultats des interventions de crise pour les patients qui souffrent d'un trouble de personnalité limite sous-jacent pourraient être en rapport avec la sensibilité de ces patients aux aspects intersubjectifs d'une rencontre psychothérapeutique aux urgences, plutôt qu'avec un « système de tri », prêt uniquement à diriger les patients vers l'hospitalisation ou vers un suivi ambulatoire, en fonction des places disponibles à un moment donné.

Nous avons inclus l'ensemble des patients qui ont consulté suite à un trouble dépressif majeur et pas uniquement ceux qui ont pu bénéficier d'une intervention de crise. Ce choix a été fait dans le but de montrer l'effet des interventions de crise sur l'ensemble des hospitalisations. Si nous choisissons d'exclure de la Période II les patients qui n'ont pas bénéficié d'une intervention de crise, comme par exemple certains patients souffrant d'un trouble dépressif majeur avec des caractéristiques psychotiques, l'efficacité statistique des résultats augmente concernant la diminution du nombre des hospitalisations ( $\chi^2 = 6,149$  contre 5,073; Tableau I). L'absence d'influence des interventions de crise sur les hospitalisations non volontaires est en rapport avec la faible proportion de ce type d'hospitalisation, mais aussi avec la portée limitée des interventions de crise pour des patients souffrant de troubles dépressifs avec des caractéristiques psychotiques, qui nécessitent une hospitalisation non volontaire.

Malgré plusieurs limitations méthodologiques comme l'absence de randomisation des patients et l'absence de données concernant le devenir des patients au-delà de 8 mois, l'intérêt de ce travail s'inscrit dans le déséquilibre relatif qui existe dans la littérature entre le grand nombre de développements théoriques autour des interventions de crise et le nombre réduit d'études comparatives à ce sujet (11,14). L'intérêt de vérifier une approche nouvelle dans la réalité clinique, en acceptant des limitations méthodologiques inhérentes au « monde réel », plutôt qu'uniquement dans des contextes « expérimentaux » atypiques a été souligné récemment par Burns et Priebe (15). Ce type de méthodologie peut également être utilisé dans des projets d'amélioration de la qualité des soins.

Une autre limite méthodologique concerne l'absence de données complémentaires pouvant influencer la décision d'hospitalisation, comme la gravité du trouble dépressif majeur (évaluée avec des échelles spécifiques) et les données socio-économiques. Concernant ces dernières, on pourrait supposer qu'il n'y a pas de différence significative pour les patients ayant consulté durant les 2 périodes de 8 mois de l'étude, en accord avec un travail épidémiologique sur les

urgences psychiatriques, qui observe une répartition similaire des données socio-économiques des patients ayant consulté consécutivement durant 2 mois (16).

Les femmes ayant participé à l'étude semblent mieux répondre à l'intervention de crise, mais ceci pourrait également suggérer que les hommes consultent en urgence pour des problématiques plus graves, où une hospitalisation serait plus difficilement évitable, malgré l'intervention de crise. Une limite méthodologique pour cette observation est constituée par le fait que les 3 psychiatres étaient des hommes, ce qui pourrait influencer le transfert, voire le contre-transfert, avec des répercussions sur l'alliance thérapeutique en fonction du sexe des patients.

Le nombre de patients consultant suite à un trouble dépressif majeur a augmenté de seulement 2,6 % après l'introduction des interventions de crise, de 425 à 436 patients, ce qui ne semble pas poser d'importantes difficultés méthodologiques pour comparer les 2 périodes. Cependant, il est intéressant de souligner une augmentation de l'ensemble des demandes urgentes de 31,8 %, 4 mois après l'introduction des interventions de crise, relevée lors d'un travail préliminaire (12). Cette augmentation pourrait être le reflet de l'intérêt des patients et des médecins traitants (qui envoient plus souvent les patients) pour des entretiens psychothérapeutiques aux urgences. Maintenant, on peut conclure que cette augmentation du nombre global des consultations urgentes portait uniquement sur des patients présentant des troubles de l'adaptation, sans concerner les patients présentant des troubles dépressifs majeurs.

La prise en compte des répercussions des troubles dépressifs au niveau familial avec l'implication active des familles dans la prise en charge des patients fait partie intégrante du programme d'intervention de crise. Il n'est donc pas étonnant d'observer, après l'introduction des interventions de crise, une augmentation significative des interventions psychothérapeutiques familiales, par rapport à l'ensemble des patients ayant consulté pour un trouble dépressif.

De futures études prospectives et randomisées devront préciser l'intérêt des interventions de crise dans le contexte des urgences et dans un deuxième temps, valider une démarche normalisée pour retenir l'indication d'intervention de crise dans certaines situations spécifiques.

## Conclusion

De nombreux travaux ont décrit maintes stratégies d'interventions de crise et ont souligné l'intérêt de ce type d'interactions psychothérapeutiques dans le contexte de l'urgence, alors qu'il y a très peu de travaux statistiques dans la littérature à ce sujet. Malgré plusieurs limites méthodologiques inhérentes à une étude rétrospective, ce

travail suggère que les interventions de crise favorisent la solution de rechange du suivi ambulatoire plutôt que les hospitalisations psychiatriques, pour des patients qui souffrent de troubles dépressifs majeurs. L'amélioration de l'observance du traitement ambulatoire représente un enjeu important de l'intervention de crise et contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients. De futures études randomisées devront nuancer ces résultats.

### Remerciements

Au professeur Antonio Andreoli pour la formation psychothérapeutique concernant les interventions de crise, au Dr Traian Damsa pour les calculs statistiques et à Madame Antonella Perino et Mademoiselle Susanne Maris pour les travaux de secrétariat.

### Bibliographie

- Andreoli A. Crise et intervention de crise en psychiatrie. In: Andreoli A, Lalive J, Garrone G, editors. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Paris (Fr): Simep; 1986.
- Baillon G. Accueil, urgence, crise, que choisir? *Inf Psychiatr* 1988;64:1087–1101.
- Hillard JR. *Manual of Emergency Psychiatry*, Washington (DC): American Psychiatric Press, 1990.
- De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris, Bruxelles: De Boeck, Larcier; 1997.
- Oldham JM, DeMasi ME. An integrated approach to emergency psychiatric care. *New Dir Ment Health Serv* 1995;67:33–42.
- Pochard F, Robin M, Regel I, Mauriac F, Waddington A, Kannas S. Security and home emergency psychiatric interventions. *Encéphale* 1998;24:324–9.
- Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:504–8.
- De Clercq M, Cassiers L. Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence. *Acta Psychiatr Belg* 1990;90:81–99.
- Andreoli A, Foresti, G. Politique de désinstitutionalisation et urgences psychiatriques: Un regard européen. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale*. Paris (Fr): Masson, 1998. p 114–24.
- De Clercq M, Andreoli A, Lamarre S, Forster P. *Emergency Psychiatry in a changing world*. Amsterdam: Elsevier; 1999.
- Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*. 2002 ;53:585–90.
- Damsa C, Di Clemente T, Massarczyk O, Hauptert J, Vasilescu M-C, Predescu A, and others. L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2003;161:693–9.
- Damsa C, Di Clemente T, Massarczyk O, Hauptert J, Pull C. The impact of crisis intervention on the management of patients with personality disorder. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb* 2003;2:87–96.
- Dazard A, Gerin P, Reith B, Iahns JF, Andreoli A. Crisis intervention: assessment process and long-term follow-up of patients. *Encéphale* 1992;18:639–45.
- Burns T, Priebe S. The survival of mental health services: a pressing research agenda? *Br J Psychiatry* 2004;185:189–90.
- Baleyrier B, Damsa C, Schutzbach C, Stauffer O, Glauser D. Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies. *Encéphale* 2003;29:205–12.

Manuscrit reçu en août 2004, révisé, et accepté en mai 2005.

Communication : Affiche (nouvelle recherche), Congrès annuel de l'American Psychiatric Association; 1–6 mai 2004; New York (NY).

<sup>1</sup>Médecin adjoint responsable d'unité, Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatrique, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse; Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 rue Barblé, L-1210 Luxembourg.

<sup>2</sup>Chef de clinique, Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatrique, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse.

<sup>3</sup>Assistant de recherche, Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatrique, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse.

<sup>4</sup>Résident, Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatrique, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse; Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 rue Barblé, L-1210 Luxembourg.

<sup>5</sup>Résident, Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 rue Barblé, L-1210 Luxembourg.

<sup>6</sup>Chef de service, Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 rue Barblé, L-1210 Luxembourg.

*Adresse de correspondance* : Dr C Damsa, Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatrique, Hôpital Cantonal, Universitaire de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse.

courriel : c.damsa@bluewin.ch

### Abstract : Major Depressive Disorders and Psychiatric Emergencies: A Naturalistic Study on Crisis Intervention Relevance

**Objective:** This retrospective study aimed to evaluate the impact of introducing crisis intervention patterns in the emergency unit of a general hospital on the number of admissions and outpatient follow-ups for patients with major depressive disorder.

**Method:** The study included all patients with major depressive disorder (DSM-IV criteria) who visited the psychiatric emergency unit in a general hospital during two 8-month periods: before (425 patients) and after (436 patients) crisis interventions were introduced.

**Results:** After crisis interventions were introduced, the voluntary admission rate decreased significantly (from 17.9% to 12.4%), while the number of outpatient follow-ups increased (from 82.1% to 86.2%). Borderline personality disorder was associated with a significant reduction of the admission rate (27.8% against 38.2%), while the admission rate for patients with depressive disorder with psychotic features did not decline after crisis interventions. Crisis interventions were more effective on women.

**Conclusions:** These outcomes suggest the relevance of crisis intervention in psychiatric emergency settings to improve the management of patients with major depressive disorder. Crisis intervention fosters outpatient multimodal follow-up rather than admission in a psychiatric setting.