

AVIS (ET17-0622)

**Hôpitaux psychiatriques: évaluation de la pertinence d'avoir ou non
une unité d'urgence psychiatrique**

Avis préliminaire préparé par :

Andrée Fortin, Ph.D., agente de planification, programmation et recherche

Alain Rioux, Ph.D., directeur adjoint à la qualité et à la performance

Collaboratrices :

Édith Noreau, chargée de projet

Claire Ludanyi, infirmière clinicienne

RÉSUMÉ

Contexte. La situation actuelle de divers hôpitaux psychiatriques comparables à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec (IUSMQ) a été examinée dans le cadre de la révision de l'organisation régionale des soins de santé mentale. L'objectif principal de cette étude était de connaître les avantages et inconvénients d'avoir ou non un département d'urgence psychiatrique et de mettre en lumière différents aspects en lien avec l'un ou l'autre mode d'organisation. **Méthodologie.** Une recherche documentaire a d'abord été réalisée dans les diverses bases de données électroniques. Par la suite, un sondage d'opinion par entrevue téléphonique a été mené entre le 20 septembre et le 18 octobre 2012 auprès des responsables des départements d'urgences d'hôpitaux psychiatriques jugés comparables à l'IUSMQ. Cinq hôpitaux psychiatriques, trois avec département d'urgence psychiatrique et deux sans département d'urgence psychiatrique, ont été ciblés afin de recueillir des informations relatives à chacun de ces deux modes d'organisation. **Résultats.** Aucune publication scientifique reliée au sujet à l'étude n'a pu être répertoriée. Les réponses obtenues lors des entrevues téléphoniques ont révélé qu'il y aurait plus d'avantages que d'inconvénients à avoir une unité d'urgence psychiatrique sur place. Par contre, pour le profil d'établissement sans département d'urgence psychiatrique, les avantages et inconvénients semblent beaucoup plus partagés. En ce qui a trait aux impacts sur la trajectoire de soins, sur la référence aux services post-urgence, sur l'accessibilité aux lits et sur la durée moyenne de séjour (DMS), il appert que ceux-ci sont davantage positifs pour le profil AVEC urgence que pour le profil SANS urgence (voir tableau en Annexe E). **Conclusion.** Cette étude a permis d'explorer sommairement le mode d'organisation de quelques établissements psychiatriques jugés comparables à l'IUSMQ. Bien que les résultats de cette étude soient limités, certains points intéressants ont été soulevés suite au sondage d'opinion qui pourra servir de point de départ à une réflexion plus approfondie et influencer sur les prises de décisions.

ABSTRACT

Context. The current situation of various psychiatric hospitals comparable to the Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec (IUSMQ) has been examined in the context of the revision of the regional mental health care organization. The main objective of this study was to become acquainted with the advantages and disadvantages of having or not a psychiatric emergency department and highlight different aspects related to each mode of organization. **Methodology.** A literature search was first performed in various electronic databases. Subsequently, an opinion poll by telephone interview was conducted between September 20th and October 18th, 2012 with officials of psychiatric emergency departments deemed comparable to IUSMQ. Five psychiatric hospitals, three with a psychiatric emergency department and two without a psychiatric emergency department were targeted to collect information on each of these two modes of organization. **Results.** No scientific publications related to the subject under study could be listed. The answers obtained during telephone interviews revealed that there are more advantages than disadvantages to having a psychiatric emergency unit on site. Otherwise, for the profile setting without a psychiatric emergency department, the advantages and disadvantages seem more divided. In regards to the impact on the trajectory of care, the referral to the post-emergency services, accessibility to hospital beds and the average length of stay (LOS), it appears that they are more positive for the profile setting WITH a psychiatric emergency department than for the profile setting WITHOUT (see Appendix E). **Conclusion.** This study explored briefly the mode of organization of some psychiatric institutions deemed comparable to IUSMQ. Although the results of this study are limited, some interesting points were raised after the survey that could serve as a starting point for further reflection and to influence decisions.

1. CONTEXTE

Dans le cadre de la révision de l'organisation régionale des soins de santé mentale, il s'avère pertinent de mieux connaître la situation actuelle dans les divers établissements psychiatriques comparables à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec (IUSMQ). Dans ce contexte, l'unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (UETMIS) a été sollicitée par la Direction générale qui lui a adressé la question suivante : **Les différents hôpitaux psychiatriques dans le monde sont-ils tous dotés d'une unité d'urgence psychiatrique avec lits d'urgence psychiatrique ?**

À la lumière des données probantes issues des articles scientifiques, les objectifs visés par cette demande d'évaluation sont les suivants:

1. Vérifier si d'autres hôpitaux psychiatriques se trouvent dans la même situation que l'IUSMQ (sans urgence psychiatrique).
2. Rechercher quels sont les avantages / inconvénients d'avoir ou non une unité d'urgence psychiatrique.

2. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET MÉTHODOLOGIE

Une recherche documentaire a été réalisée dans diverses bases de données électroniques (Annexe A) afin de repérer les données probantes. De plus, les bibliographies des documents consultés ont aussi été examinées afin de relever d'autres références pertinentes. Une recherche documentaire complémentaire a été réalisée en utilisant le moteur de recherche *Google* (Annexe B).

Afin de répondre au second objectif i.e. connaître les avantages / inconvénients d'avoir ou non une unité d'urgence psychiatrique, un sondage d'opinion par entrevue téléphonique a été réalisé auprès des responsables des départements d'urgences ou de psychiatres de cinq hôpitaux psychiatriques jugés comparables à l'IUSMQ. Ces entrevues téléphoniques ont été menées entre le 20 septembre et le 18 octobre 2012. En préparation à ces entrevues téléphoniques, la liste des thèmes (questions) abordés a été acheminée aux participants (version française ou anglaise, Annexe C et D). Suite aux entrevues téléphoniques, un résumé des réponses obtenues lors des discussions a été fait pour chaque établissement et un tableau synthèse a été réalisé.

3. LIMITES DE LA RECHERCHE

Les résultats de cette demande d'évaluation fragmentaire et rapide doivent être interprétés avec précaution en raison du caractère incomplet de la démarche. Ainsi, l'obtention de données plus précises aurait été possibles mais, compte tenu du temps alloué, nous avons privilégié le sondage d'opinion comme source d'informations. L'analyse des différents éléments retrouvés, de même qu'une recherche plus approfondie seraient nécessaires afin de produire une évaluation plus complète du sujet.

4. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET DU SONDAGE D'OPINION

4.1 Recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire n'a pas permis de repérer d'articles scientifiques relatifs à la présence ou non d'un département d'urgence psychiatrique dans les différents établissements psychiatriques. Afin de recueillir des informations pertinentes, la recherche s'est orientée vers la littérature grise qui est constituée de documents non répertoriés dans les bases de données scientifiques mais rendus disponibles au public sur internet. Puisqu'aucune publication scientifique reliée au sujet à l'étude n'a pu être répertoriée, il s'est alors avéré pertinent d'obtenir une liste des hôpitaux psychiatriques la plus complète possible. Une liste d'hôpitaux psychiatriques classifiés par pays a été repérée sur Wikipédia. Cette source d'information est reconnue comme peu fiable et n'est généralement pas mise à jour régulièrement. Cependant puisqu'aucune autre liste n'a été trouvée, nous l'avons considérée comme point de départ de notre recherche tout en étant conscients qu'elle n'est pas exhaustive puisque par exemple, l'hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec n'y figurent pas.

4.2 Examen préliminaire des données recueillies

Une investigation préliminaire de la liste Wikipédia a donc fait l'objet de la phase exploratoire de la présente demande d'évaluation dans le but d'avoir un premier aperçu de l'organisation dans certains établissements psychiatriques.

D'abord, la liste des établissements répertoriés au Canada a été examinée. Certains établissements sont fermés et d'autres œuvrent en psychiatrie légale, ils n'ont donc pas été considérés. Les listes des provinces de l'Ontario et du Québec ont été explorées tandis que l'étude des provinces de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta a été mise de côté pour le moment pour des raisons démographique et géographique.

La liste des établissements psychiatriques de l'Australie a également retenu notre attention puisque nous avons récemment pris connaissance de leurs modèles d'organisation d'urgence psychiatrique dans le cadre de demandes d'évaluation antérieures. Par contre, la majorité des services de soins en santé mentale en Australie sont offerts par le secteur privé dans de petits hôpitaux de moins de 100 lits. Puisqu'aucun établissement psychiatrique public comparable à ceux retrouvés au Québec ne semble exister en Australie, ce pays ne sera pas considéré dans la présente demande d'évaluation.

Finalement, cinq hôpitaux psychiatriques jugés comparables à l'IUSMQ (trois avec unité d'urgence psychiatrique et deux sans unité d'urgence psychiatrique) ont été ciblés afin de mettre en lumière les particularités de chacun de ces deux modes d'organisation.

4.3 Sondages d'opinion

Afin de pouvoir dresser le portrait général des deux modes d'organisation, le tableau présenté à l'[Annexe E](#) présente la liste des réponses obtenues regroupées par thème pour les établissements avec ou sans unité d'urgence psychiatrique. En passant en revue les réponses aux questions, on constate que pour le profil AVEC

urgence il semble qu'il y ait plus d'avantages que d'inconvénients à avoir une unité d'urgence psychiatrique dans un établissement psychiatrique. Par contre, pour le profil SANS urgence, les avantages et inconvénients semblent beaucoup plus partagés. En ce qui a trait aux impacts sur la trajectoire de soins, sur la référence aux services post-urgence, sur l'accessibilité aux lits et sur la durée moyenne de séjour (DMS), il appert que ceux-ci sont davantage positifs pour le profil AVEC urgence que pour le profil SANS urgence. Finalement, on constate que la variété et l'originalité des actions innovantes mises en place est distinctive pour le profil AVEC urgence.

5. CONCLUSION

Cette demande d'évaluation portant sur la pertinence d'avoir ou non une unité d'urgence psychiatrique dans un établissement psychiatrique a d'abord permis d'explorer sommairement le mode d'organisation de quelques établissements comparables à l'IUSMQ. Tout comme l'IUSMQ, certains établissements n'ont pas d'unité d'urgence psychiatrique et d'autres en sont dotés depuis plusieurs décennies. Chacun de ces modes d'organisation comportent des avantages et des inconvénients qu'il est apparu pertinent d'investiguer. Bien qu'aucune étude scientifique n'ait été publiée sur le sujet, il a néanmoins été possible de recueillir des informations intéressantes auprès des responsables des services d'urgences ou de psychiatres de différents hôpitaux psychiatriques avec ou sans unité d'urgence psychiatrique sous forme de sondage d'opinion par entrevue téléphonique. Ce sondage d'opinion ne constitue qu'un modeste aperçu des impacts positifs et négatifs découlant de l'un ou l'autre mode d'organisation. Bien que les résultats de cette demande d'évaluation soient limités, certains points intéressants ont été soulevés suite au sondage d'opinion qui pourra servir de point de départ à une réflexion plus approfondie et influencer sur les prises de décisions.

Un **AVIS** présente des informations destinées aux gestionnaires, cliniciens et professionnels de la santé afin de soutenir la prise de décision concernant une technologie ou un mode d'intervention en santé. Elle consiste en une synthèse de résumés issus des données probantes sélectionnées de façon méthodique. Le document ne fait pas l'objet d'un examen critique par des lecteurs externes et des experts. Il n'est pas soumis à l'approbation du Conseil scientifique de l'UETMIS.

Ce document présente les informations disponibles au 18 octobre 2012 selon la méthodologie de recherche documentaire retenue.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et de son personnel à l'égard des informations transmises. En conséquences, l'Institut et l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

ANNEXE A- Stratégie de recherche documentaire

Stratégie d'interrogation des bases de données électroniques

Limites :

Période : 2008 à 2012

Langues : Anglais ou français

Type de documents : guides de pratique, essais cliniques, essais cliniques randomisés, revue systématique, méta-analyses, articles de recherches originales, documents de présentation rendus disponibles au grand public (littérature grise).

Sources consultées :

Cochrane

Embase

CRD

CADTH

Google

Mots clés :

Hôpitaux psychiatriques par pays

Liste hôpitaux psychiatriques

Mental health care psychiatric hospital-based

Organisation of emergency psychiatric department

Psychiatric emergency department

Psychiatric hospitals

Psychiatric emergency service

Psychiatric emergency AND unit OR center OR department

Psychiatric hospital emergency organisation

Specialized psychiatric emergency unit

ANNEXE B – Liste des documents consultés

- Urgence à l'hôpital : Portail Santé Montréal.
<http://www.santemontreal.qc.ca/aide-et-services/services-en-cas-durgence>
- Ministère de la santé et des soins de longue durée (Ontario).
<http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/psychf/designatedf.html>
- Liste des hôpitaux belges : hôpitaux psychiatriques
<http://www.hospitals.be/francais/hopitaux/typepsy.html>
- Les hôpitaux psychiatriques par pays.
http://en.wikipedia.org/wiki/Category:Psychiatric_hospitals_by_country

ANNEXE C

Questions préparatoires aux entrevues téléphoniques Hôpitaux psychiatriques et unités d'urgence (ET17-0622)

AVEC URGENCE PSYCHIATRIQUE

1. Quels sont les avantages et inconvénients d'avoir un département / service d'urgence psychiatrique dans votre établissement?
2. Avez-vous toujours offert ce service?
3. Avez-vous parfois analysé la possibilité de ne plus offrir ce service? Si oui, pour quelle raison l'avez-vous maintenu?
4. Quels sont les mécanismes d'accès à l'hospitalisation en dehors de l'accès par l'urgence?
5. Quel est l'impact d'avoir un département d'urgence sur :
 - la trajectoire de soins et services de psychiatrie?
 - la référence aux services post-urgence (équipes de suivi intensif, services communautaires)?
 - l'accessibilité aux lits d'hospitalisation et sur la DMS?
6. Quel est l'avantage du point de vue de la continuité des soins (utilisateurs fréquents des services d'urgence)?
7. Quels sont vos liens avec les hôpitaux généraux situés à proximité et/ou avec d'autres urgences psychiatriques?
8. Quelle est l'action la plus innovante qui a été mise en place dans votre établissement au cours des dernières années?

SANS URGENCE PSYCHIATRIQUE

1. Quels sont les avantages et inconvénients de ne pas avoir un département / service d'urgence psychiatrique dans votre établissement?
2. Avez-vous déjà offert ce service?
3. Avez-vous parfois analysé la possibilité d'offrir ce service? Si oui, pour quelle raison avez-vous maintenu de ne pas le développer?
4. Quels sont les mécanismes d'accès à l'hospitalisation en dehors de l'accès par l'urgence?
5. Quel est l'impact de ne pas avoir de département d'urgence sur :
 - la trajectoire de soins et services de psychiatrie?
 - l'accessibilité aux lits d'hospitalisation et sur la DMS?
 - la référence aux services habituellement disponibles en post-séjour à l'urgence (équipes de suivi intensif, services communautaires)?
6. Quel est l'impact sur la continuité des soins (utilisateurs fréquents des services d'urgence)?
7. Quels sont vos liens avec les hôpitaux psychiatriques situés à proximité et/ou avec les hôpitaux généraux qui offrent un service d'urgence psychiatrique?
8. Quelle est l'action la plus innovante qui a été mise en place dans votre établissement au cours des dernières années?

ANNEXE D

Preparatory questions for telephone interviews Psychiatric hospitals and emergency units (ET17-0622)

WITH PSYCHIATRIC EMERGENCY

1. What are the advantages and disadvantages of having a psychiatric emergency service in your hospital?
2. Have you always offered this service?
3. Have you ever analyzed the possibility to no longer offer this service? If yes, why have you maintained it?
4. What are the other mechanisms of access to the hospital outside the emergency access?
5. What is the impact of having an emergency department on:
 - the trajectory of care and psychiatric services?
 - the reference to post-emergency services (assertive community treatment, other community services)?
 - the access to hospital beds and the average length of stay ?
6. What is the advantage in terms of continuity of care? (frequent users of emergency services)?
7. What is your relationship with general hospitals nearby and / or other psychiatric emergencies?
8. What is the most innovative action that has been put in place at your facility over the past year?

WITHOUT PSYCHIATRIC EMERGENCY

1. What are the advantages and disadvantages of not having a psychiatric emergency service in your hospital?
2. Have you ever offered this service?
3. Have you ever analyzed the possibility of offering this service? If yes, why have you kept not to develop?
4. What are the other mechanisms of access to the hospital outside the emergency access?
5. What is the impact of not having an emergency department on:
 - the trajectory of care and psychiatric services?
 - the reference services usually available post-stay emergency (assertive community treatment, other community services)?
 - the access to hospital beds and the average length of stay ?
6. What is the impact in terms of continuity of care? (frequent users of emergency services)?
7. What is your relationship to psychiatric hospitals nearby and / or general hospitals that offer psychiatric emergency service?
8. What is the most innovative action that has been put in place at your facility over the past year?

ANNEXE E

Réponses aux questions du sondage d'opinion

Questions (thèmes)	Profil AVEC urgence	Profil SANS urgence
AVANTAGES	<ul style="list-style-type: none"> - accessibilité des services (centralisés) - médecins et intervenants faciles d'accès - accès direct pour les patients connus - patients ne sont pas jugés ni stigmatisés - spécialité en soins psychiatriques, organisation dévouée à la clientèle psychiatrique - personnel formé en psychiatrie - permet des interventions pour éviter des hospitalisations inutiles et le besoin de contention (unité d'intervention brève) - lieux et personnel adapté à la clientèle psychiatrique - sécurité pour le patient lui-même, les autres patients et le personnel - suite au triage, le patient rencontre directement le psychiatre - équipe stable de jour à l'urgence (cohésion des services) perçue comme valeur ajoutée, par opposition au système de garde qui ne favorise pas la continuité. - rapidité de réponse des partenaires à l'interne 	<ul style="list-style-type: none"> - permet de se concentrer sur les besoins de soins à long terme (besoins spécifiques des patients) - médecin n'a pas à subir la pression de l'urgence et de la gestion des lits - admission de cas complexes, hors des compétences des CH généraux. - vision globale, non sectorisée
INCONVÉNIENTS	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation des utilisateurs fréquents - patients dirigés à l'urgence car plus rapide que de passer au Guichet SM 	<ul style="list-style-type: none"> - organisation isolée de la réalité de l'urgence (pression du flux de patients) - diminution de la motivation à prioriser rapidement un départ - plus difficile de faire avancer les choses - diminue le bassin de patients disponibles pour les protocoles de recherche
Avez-vous toujours eu une unité d'urgence ?	Oui, depuis 20 à 40 ans	N/A
Avez-vous parfois analysé la possibilité de ne plus offrir ce service ? Si oui, pour quelle raison l'avez-vous maintenu ?	<ul style="list-style-type: none"> - oui, mais maintenu pq plus d'avantages que d'inconvénients, fermeture aurait créé un impact trop grand sur les hôpitaux à proximité. - non (un des trois établissements participants) 	N/A
Avez-vous déjà eu une unité d'urgence ?	N/A	Deux réponses : <ul style="list-style-type: none"> - Non, mais service spécialisé d'urgence 16h (urgence de jour) - Oui, avec UTB adjacente mais a été fermée il a quelques années.
Avez-vous parfois analysé la possibilité d'offrir ce service ? Si oui, pour quelle raison avez-vous maintenu de ne pas le développer?	N/A	Deux réponses : <ul style="list-style-type: none"> - Oui, mais processus administratif trop long - Non
Mécanismes d'accès à l'hospitalisation en dehors de l'accès par l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - accès direct à divers programmes avec chacun leur service d'évaluation - unité de crise - hôpital de jour ou service d'hospitalisation partielle (évite liste d'attente avant prise en charge dans un programme) - MEL (situé au-dessus de l'unité d'urgence) - PACT, assignation de la cour, unités de réadaptation intensive 	<ul style="list-style-type: none"> - transfert venant d'un hôpital général - assignation de la cour

ANNEXE E (suite)

Questions (thèmes)	Profil AVEC urgence	Profil SANS urgence
Impact sur la trajectoire de soins	<ul style="list-style-type: none"> - facilité d'accès aux professionnels (tous au même site) - possibilité de diriger un patient vers un programme de support alternatif en attendant de rencontrer un professionnel dans un programme approprié. - suite au triage, le patient rencontre directement le psychiatre 	<ul style="list-style-type: none"> - permet de concentrer les ressources pour éviter que le patient se présente à l'urgence. - augmentation du temps d'attente car le patient doit d'abord se rendre à l'urgence du CH général et voir l'urgentologue
Impact sur la référence aux services post-urgence	<ul style="list-style-type: none"> - fonctionne bien mais reste beaucoup d'arrimage à faire - programme pour faire connaître les services offerts dans la communauté aux utilisateurs fréquents et leur apprendre comment les utiliser avant de se rendre à l'urgence - lien avec les services de 1^{ère} ligne (évaluation psy. faites sur place par les psychiatres) 	N/A
Impact sur l'accessibilité aux lits et sur la DMS	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du délai entre arrivée à l'urgence et la consultation avec le psychiatre. - Diminution de la DMS : facilité par la gestion des lits, planification de la sortie (standardisation du mode de dispensation des soins) 	<ul style="list-style-type: none"> - accès aux lits très difficile
Liens avec les hôpitaux situés à proximité	<ul style="list-style-type: none"> - ententes avec les CH généraux pour les soins physiques intensifs (soins de base assurés sur place) - infirmière de liaison pour favoriser l'harmonisation des services. 	<ul style="list-style-type: none"> - registre régional des lits (information en temps réel) - conférence téléphoniques et visioconférences - contact hebdomadaire avec MD de famille et GMF (discussion des cas, partage de connaissances) - soutien offert aux CH généraux dotés d'une urgence psychiatrique.
Action la plus innovante mise en place au cours des dernières années	<ul style="list-style-type: none"> - psychiatre fixe de jour responsable de l'urgence (continuité des soins, effet positif sur le personnel) - UIB séparée de l'unité d'urgence - gestion quotidienne des lits (rapport transmis à l'interne en temps réel) - programme d'hospitalisation partielle - alerte psychosociale à l'interne - échelle de triage et de gravité informatisée - équipe mobile de la déficience intellectuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - tableau de bord électronique régional de suivi des lits - utilisation des technologies (visioconférence sécurisée) pour les consultations avec les autres hôpitaux. - programme d'admission des patients sans égard à leur pathologie (tous les cas complexes sont acceptés)