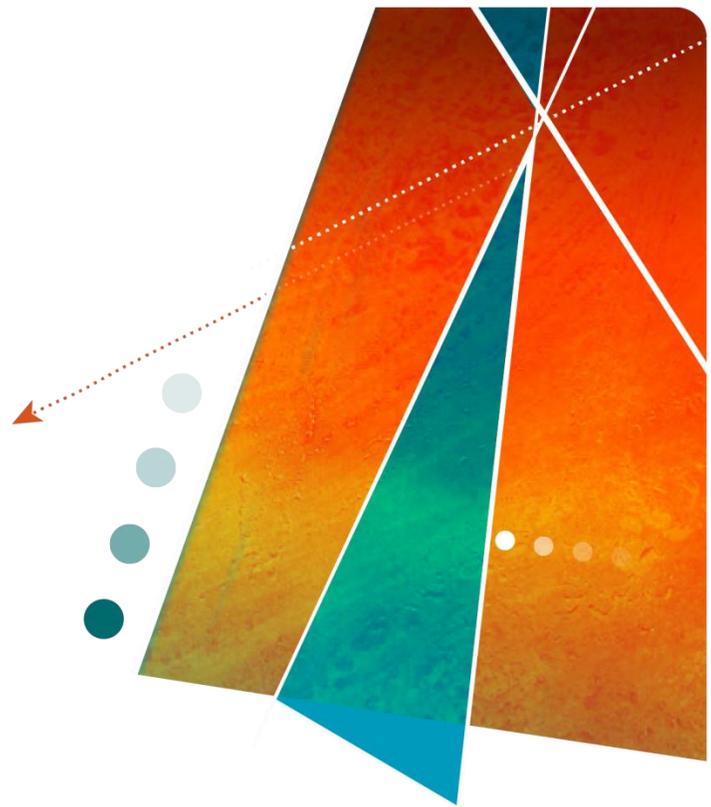


Organisation des services d'urgences hospitalières pour la clientèle nécessitant des soins psychiatriques : modèles et interventions visant à réduire la durée de séjour et les temps d'attente

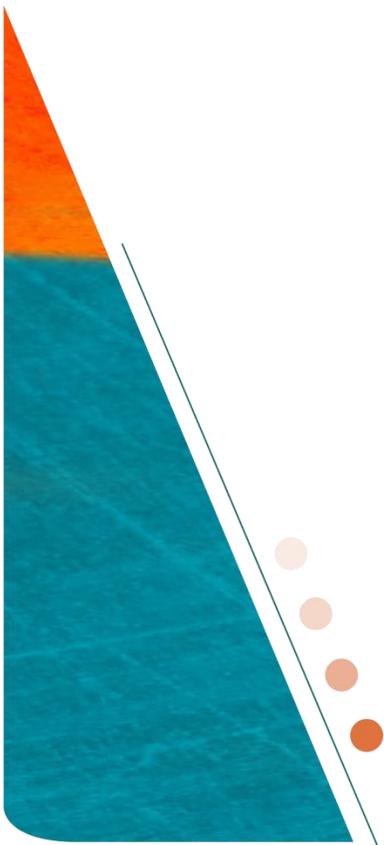
Plan de réalisation



Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Mars 2018



Dépôt légal : 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-81098-8 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-81100-8 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2018

Organisation des services d'urgences hospitalières pour la clientèle nécessitant des soins psychiatriques : modèles et interventions visant à réduire la durée de séjour et les temps d'attente

Plan de réalisation

Auteurs

Karen Giguère, M. Sc., professionnelle en ETMISSS

Julie Dussault, Ph. D., professionnelle en ETMISSS

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique

Unité d'ETMISSS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Mars 2018

Demandeuse

Mme Sylvie Laverdière, directrice des programmes Santé mentale et Dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gestionnaires du mandat

Mme Sandra Lavigne, adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires, développement des instituts universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Julie Villeneuve, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Mme Élyse Granger, B. Sc., M.S.I., bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Marie-Marthe Gagnon, B. Sc., M.S.I., bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

M. Éric Desbiens, chef de service, urgence psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et traitement intensif bref à domicile (TIBD), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Dre Édith Labonté, psychiatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Alain Marcoux, infirmier assistant du supérieur immédiat (ASI), Hôpital de l'Enfant-Jésus, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Karine Poirier, chargée de projet *Urgences psychiatriques*, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Josiane Primeau, travailleuse sociale, Hôpital du Saint-Sacrement, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Tina Maria Sirois, usagère partenaire

Conseil de validation scientifique

Dr Alain Lesage, M.D., professeur-chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Dre Véronique Déry, M.D., M. Sc., directrice scientifique de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Comment citer ce document

Giguère, K., Dussault, J., et St-Jacques, S. (2018). *Organisation des services d'urgences hospitalières pour la clientèle nécessitant des soins psychiatriques : modèles et interventions visant à réduire la durée de séjour et les temps d'attente*. Plan de réalisation, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 20 p.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

Production :

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

2915, avenue du Bourg-Royal

Québec (Québec) G1C 3S2

Téléphone : 418 266-1019

Télécopieur : 418 661-5102

Site Internet <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca>

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES ANNEXES.....	IV
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES TABLEAUX	IV
SIGLES ET ACRONYMES	V
GLOSSAIRE.....	VI
CONTEXTE	1
PROBLÉMATIQUE.....	2
PROJET D’ETMI	4
1 CRITÈRES PICOTS	4
2 QUESTION DÉCISIONNELLE.....	5
3 QUESTIONS D’ÉVALUATION	5
4 MÉTHODOLOGIE.....	6
4.1 Revue systématique de la littérature	6
4.1.1 Stratégie de recherche documentaire	6
4.1.2 Sélection des documents	7
4.1.3 Évaluation de la qualité des études	9
4.1.4 Extraction des données.....	10
4.2 Synthèse et analyse des données probantes	10
IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS	11
5 PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES	11
5.1 Conseil de validation scientifique.....	12
5.2 Comité de suivi	13
6 DIFFUSION DES RÉSULTATS ET ACTIVITÉS DE COMMUNICATION	13
ÉCHÉANCIER	14
RÉFÉRENCES	15
ANNEXES	19

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Produits offerts par l'UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale	19
Annexe 2	Sites Internet qui seront consultés dans le cadre de la recherche dans la littérature grise*	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre d'analyse de la qualité des soins de santé de Donabedian et exemples d'indicateurs	11
Figure 2	Illustration de la démarche d'ETMI	12

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Définition des critères PICOTS	4
Tableau 2	Critères de sélection des documents	8
Tableau 3	Calendrier prévisionnel.....	14

SIGLES ET ACRONYMES

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation</i>
AMI	<i>Action on Mental Illness</i>
AMSTAR	<i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
ARC	Agence de réinsertion communautaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRD	<i>Centre for Reviews and Dissemination</i>
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendances
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PASM	Plan d'action en santé mentale
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – Outcomes (résultats d'intérêt) – Temporalité– Setting (environnement)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
QualSyst	<i>Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research</i>
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
TIBD	Traitement intensif bref à domicile
UETMISSS	Unité d'ETMISSS

GLOSSAIRE

Clientèle ambulatoire à l'urgence

Clientèle en visite ambulatoire n'ayant pas occupé de civière durant tout son séjour à l'urgence (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015a).

Clientèle sur civière à l'urgence

Ensemble des patients couchés sur des civières dans une unité d'urgence (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b).

Condition d'apparence psychiatrique

Ensemble de symptômes comportementaux et psychologiques d'un individu qui se présente dans une unité d'urgence et qui indique à l'équipe traitante d'investiguer une cause physique à ces symptômes, avant d'orienter vers des soins psychiatriques (consultation auprès du comité de suivi, Québec, 25 octobre 2017).

Durée de séjour à l'urgence

Durée entre le début de la période de traitement¹ et l'heure du départ de l'urgence. Le début de la période de traitement correspond au moment de l'inscription à l'urgence, soit par l'accueil ou par le triage (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b).

Équipe de consultation-liaison en psychiatrie

Équipe interprofessionnelle hospitalière généralement composée d'un psychiatre et d'infirmières qui offre, à la demande du médecin traitant, des consultations pour les patients hospitalisés dans une unité de soins autre que la psychiatrie et qui présentent, en plus de leur condition médicale, des symptômes d'apparence psychiatrique. Selon les établissements, cette équipe offre également des consultations sur demande aux cliniques externes et aux unités d'urgence (Centre universitaire de santé McGill, 2017; Queen's University, 2017) (consultation auprès du comité de suivi, Québec, 25 octobre 2017).

Équipe de liaison spécialisée en dépendance

Équipe composée du personnel de l'urgence hospitalière et d'un centre de réadaptation en dépendance qui a pour mission d'identifier et d'orienter vers les ressources appropriées les individus qui se présentent à l'urgence et qui vivent un problème d'abus ou de dépendance (alcool, drogues, médicaments, jeu pathologique, cyberdépendance) (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008).

Équipe d'intervention de crise à l'urgence

Équipe interprofessionnelle composée, selon les contextes, d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un psychologue et d'un psychiatre vers laquelle les usagers peuvent être dirigés pendant ou suite à un séjour à l'urgence pour des problèmes de nature psychiatrique. Cette équipe est habituellement rattachée à un établissement de santé et fait office de lien entre les équipes hospitalières et le milieu de vie des individus. L'expertise partagée en santé mentale des membres de cette équipe lui permet de recevoir, d'évaluer les besoins et d'orienter les individus vers les ressources appropriées et de les soutenir lors du retour dans leur milieu de vie (Chauvin, 2013; Gouvernement du Québec, 2017) (consultation auprès du comité de suivi, Québec, 14 novembre 2017).

¹ Bien que le MSSS emploie l'expression « épisode de soins » dans la définition de son indicateur, nous utiliserons ici « période de traitement », tel que conseillé par l'Office québécois de la langue française. « Épisode de soins » est un calque de l'anglais « episode of care » dont l'usage est déconseillé (Office québécois de la langue française, 1997).

Patient boarding

Situation où les usagers nécessitant une hospitalisation demeurent à l'unité d'urgence dans l'attente d'un lit ou d'un transfert vers une ressource alternative à l'hospitalisation (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2006; American College of Emergency Physicians, 2011).

Ressource alternative à l'hospitalisation

Ressource d'accueil et d'accompagnement située dans la communauté (groupe d'entraide, centre de crise, lieu d'hébergement, ressource d'aide et d'entraide, maison de transition, centre de jour ou de soir, service d'écoute téléphonique, service de répit) ou rattachée à un établissement hospitalier (équipe mobile de crise, hôpital de jour psychiatrique) et qui offre notamment des services alternatifs à une clientèle susceptible d'être hospitalisée dans une unité de soins psychiatriques (Association des médecins psychiatres du Québec, 2015; Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, s. d.).

Temps d'attente à l'urgence

Temps d'attente entre les différentes étapes de la trajectoire de services à l'urgence. Ils représentent des composantes de la durée de séjour (Chang, Weiss et coll., 2011; Horizon Santé-Nord, 2014; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2012).

Trajectoire de services à l'urgence

Ensemble des étapes franchies par un usager lors d'un séjour à l'urgence, du début de la période de traitement jusqu'à son départ de l'urgence (inspiré de Chang, Weiss et coll., 2011; Horizon Santé-Nord, 2014; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2012).

CONTEXTE

Dans le contexte de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015), les activités de psychiatrie et de santé mentale du CHU de Québec–Université Laval ont été transférées vers le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Depuis novembre 2015, la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD) du CIUSSS de la Capitale-Nationale est devenue responsable de l'ensemble des activités de psychiatrie de la région. Ce transfert impliquait notamment 128 lits de soins aigus en psychiatrie et trois services d'urgence spécialisée en santé mentale localisés dans des établissements du CHU de Québec-Université Laval (Centre hospitalier de l'Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement) (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2016). Cette nouvelle responsabilité représente une occasion pour la DSMD de revoir l'organisation des services en psychiatrie dans la région de la Capitale-Nationale.

La DSMD a ainsi planifié, pour les prochaines années, une série de projets de transformation qui s'appuient sur le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 et sur le Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2015c, 2015d). En lien avec les continuums intégrés de soins et services performants et l'optimisation de processus permettant d'offrir le bon service au bon moment et dans les délais requis, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a notamment mis en priorité la réorganisation des services de psychiatrie d'urgence. Parmi les objectifs de cette réorganisation figurent l'amélioration du délai de prise en charge des usagers ambulatoires et sur civières qui séjournent aux urgences hospitalières pour un état de crise de nature psychiatrique, de même que la réduction du nombre de ces usagers qui seront hospitalisés.

Pour appuyer ses décisions concernant la réorganisation des services d'urgence psychiatrique intra-hospitaliers sur les données probantes, la DSMD a fait appel à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La présente ETMI a pour but d'identifier à partir de la littérature : 1) les interventions et les modèles d'organisation des services de psychiatrie d'urgence intra-hospitaliers implantés ailleurs au Canada et dans des pays comparables qui ont visé à réduire la durée de séjour et les temps d'attente pour la clientèle ambulatoire et sur civière, et 2) les étapes de la trajectoire de services lors d'un séjour à l'urgence pour chacune de ces interventions et modèles d'organisation de services identifiés.

PROBLÉMATIQUE

Au Québec, les services d'urgence psychiatrique s'inscrivent dans un continuum de services en santé mentale coordonnés et animés par les CISSS et les CIUSSS. Dans la plupart des centres hospitaliers de la province, les individus qui se présentent pour une condition d'ordre physique ou psychiatrique sont accueillis dans la même salle d'urgence, sans que des dispositions spécifiques liées à la santé mentale soient intégrées au processus d'accueil et de triage (Agence de réinsertion communautaire (Projet ARC) et AMI-Québec - Alliance pour les malades mentaux, 2003). Selon les établissements, les individus dont l'état semble nécessiter des soins psychiatriques sont d'abord évalués par l'urgentologue qui demande au besoin une évaluation par le psychiatre de l'urgence spécialisée en psychiatrie, de l'équipe de consultation-liaison en psychiatrie ou du psychiatre de garde. Ce type d'organisation de services s'inscrit dans un modèle de consultation médicale au sein duquel la crise psychiatrique est traitée comme toute autre urgence (Fishkind et Berlin, 2008; Habra, Lalonde et Lloyd, 2012). Il existe également au Québec des services d'urgence spécialisés pour les personnes qui présentent des troubles de santé mentale. L'accueil, l'évaluation et les soins spécifiques sont dans ces cas dispensés dans un environnement conçu pour répondre aux besoins de cette clientèle et par un personnel spécialement formé. Ces services d'urgence spécialisés sont localisés soit dans un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ou en colocalisation avec la salle d'urgence d'un centre hospitalier général (Fishkind et Berlin, 2008; Habra, Lalonde et Lloyd, 2012).

Les séjours prolongés à l'urgence des usagers qui nécessitent des soins psychiatriques contribuent de façon importante à l'encombrement des salles d'urgence des centres hospitaliers. La multiplication des civières qui sont occupées par des usagers qui ont obtenu leur congé de l'urgence, mais qui sont en attente d'un lit d'hospitalisation en psychiatrie ou dans d'autres départements hospitaliers (American College of Emergency Physicians, 2011) a des effets néfastes : exacerbation des symptômes psychiatriques des usagers, augmentation du stress chez le personnel de l'urgence, augmentation du risque d'incidents, insatisfaction de l'ensemble des usagers de l'urgence, diminution de la qualité des soins et des ressources disponibles pour des usagers dont l'état est critique et dont les besoins ne sont pas nécessairement liés à la santé mentale et décès (McCusker, Vadeboncoeur et coll., 2014; Nicks et Manthey, 2012; Sierra Sacramento Valley Medical Society, 2015).

Dans la région de la Capitale-Nationale, les trois centres hospitaliers qui dispensent des services d'urgence psychiatrique ont reçu, pour la période 2013-2014, 11 441 visites pour des raisons de santé mentale². Bien que la durée moyenne de séjour sur civière pour cette population ait diminué de façon notable en 2013-2014 par rapport à 2012-2013, passant de 32,6 heures à 23,7 heures, il existe une différence importante avec la durée moyenne de séjour sur civière pour des raisons de santé physique. Les 23,7 heures se comparent en effet à une durée moyenne de 17 heures lorsque les patients consultent à l'urgence pour des raisons de santé physique, une différence moyenne de 6,7 heures. L'écart est encore plus important pour la clientèle âgée de 75 ans et plus, alors que la durée moyenne de séjour sur civière était de 39,8 heures pour les urgences psychiatriques, en comparaison

² Pour les fins du projet, les données pour chacun des hôpitaux ont été regroupées; l'idée n'étant pas de les comparer, mais bien de présenter un portrait global des services d'urgence psychiatrique de la région et des tendances concernant leur utilisation.

à 23,7 heures lorsque le motif de consultation était lié à la santé physique (CHU de Québec, 2014). Les taux de séjour sur civière de 48 heures et plus pour la même période vont dans le même sens avec des proportions de 14,1 % pour les consultations à l'urgence pour des problèmes de santé mentale comparativement à 7,4 % lorsque les consultations étaient liées à des problèmes de santé physique. Une fois de plus, l'écart est plus important pour les usagers de 75 ans et plus, avec des taux de 30,5 % et de 12,8 %, respectivement (CHU de Québec, 2014).

Les plus récentes données tendent à confirmer une augmentation de la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale. Un des hôpitaux de la région note en effet que le taux de séjour sur civière de 48 heures et plus pour des raisons de santé mentale est passé de 17 % en 2014-2015 à 20 % en 2015-2016 et que la durée moyenne de séjour est passée de 26,8 à 27,4 heures (CHU de Québec-Université Laval, 2016). Ces données dépassent les normes du MSSS concernant la durée moyenne de séjour à l'urgence qui sont de 8 heures pour les usagers qui ne nécessitent pas d'hospitalisation et de 12 heures pour ceux qui nécessitent une hospitalisation, et ce, indépendamment du motif de consultation (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b, 2015e).

La durée de séjour et les temps d'attente sont, entre autres, influencés par la trajectoire de services qu'empruntent les usagers de leur arrivée jusqu'à leur départ de l'urgence. Ces derniers passent en effet par plusieurs étapes, chacune entrecoupée par un temps d'attente plus ou moins long. Chaque unité d'urgence possède une organisation qui lui est propre et qui est adaptée au profil de sa clientèle (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016). Au Québec, lorsqu'un usager se présente avec une condition d'apparence psychiatrique, il traverse généralement les étapes suivantes : il est tout d'abord vu par une infirmière au triage qui, après l'évaluation initiale, lui attribue un niveau de priorité; il est ensuite pris en charge par l'urgentologue qui, après évaluation médicale, pourra lui prescrire un traitement immédiat ou des examens complémentaires ou encore procédera à une demande de consultation en psychiatrie; une fois l'état de l'usager stabilisé, ce dernier sera, dépendamment de ses besoins, libéré de l'urgence, admis dans une unité de soins psychiatriques, transféré vers une ressource alternative à l'hospitalisation ou vers des services spécialisés en dépendance.

L'identification et l'analyse de modèles d'organisation de services ou d'interventions visant à réduire la durée de séjour et les temps d'attente de la clientèle qui séjourne à l'urgence pour une condition d'apparence psychiatrique sont au cœur de ce projet d'ETMI. Elles permettront d'alimenter les réflexions de la DSMD concernant la réorganisation des services de psychiatrie d'urgence dans la région de la Capitale-Nationale.

PROJET D'ETMI

1 CRITÈRES PICOTS

La typologie PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) aide à circonscrire l'évaluation en fonction des besoins décisionnels du demandeur. Elle permet la formulation de questions d'évaluation claires et soutient l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire et la définition des critères de sélection des études.

Tableau 1 Définition des critères PICOTS

CRITÈRES	DÉFINITIONS
P (Population)	Adultes qui se présentent à l'urgence pour une condition d'apparence psychiatrique (incluant intoxication à l'alcool, aux drogues et aux médicaments).
I (Intervention)	Tous modèles, interventions ou modifications de la trajectoire de services visant à réduire le temps d'attente et/ou la durée de séjour à l'urgence pour la population ciblée.
C (Comparateur)	Avant-après, comparaison de sites avec et sans intervention ou modification de trajectoire.
O (Outcomes/ Résultats d'intérêt)	<p>Principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durée de séjour à l'urgence (exemples : moyenne, médiane) <ul style="list-style-type: none"> • Si détaillée, <ul style="list-style-type: none"> ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers ambulatoires; ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers sur civière; ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers libérés; ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers admis. ✓ Temps d'attente à l'urgence entre les différentes étapes du circuit de services <ul style="list-style-type: none"> • Si détaillé, <ul style="list-style-type: none"> ○ Temps d'attente entre la demande de consultation psychiatrique et le début de l'évaluation psychiatrique par le psychiatre à l'urgence. <p>Secondaires, si documentés</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence; ✓ Taux de référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation (ex. : centre de crise, hôpital de jour, ressource d'hébergement temporaire); ✓ Satisfaction (patients, proches, personnel médical, gestionnaires); ✓ Taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures après l'obtention du congé de l'urgence; ✓ Taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital; ✓ Accès aux services d'une équipe d'intervention de crise; ✓ Accès à des services spécialisés en dépendance.
T (Temporalité)	De l'arrivée à l'urgence jusqu'à l'obtention du congé de l'urgence, l'hospitalisation dans une unité de soins psychiatriques ou au transfert vers une ressource alternative à l'hospitalisation ou des services spécialisés en dépendance.
S (Setting)	Urgence hospitalière ou urgence psychiatrique localisée dans un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

2 QUESTION DÉCISIONNELLE

Comment optimiser la trajectoire de services offerts aux adultes qui se présentent aux urgences hospitalières pour une condition d'apparence psychiatrique?

3 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Quels sont les modèles d'organisation des services d'urgence intrahospitaliers qui visaient à réduire ou qui ont permis de réduire la durée de séjour ou les temps d'attente des adultes qui s'y présentent pour une condition d'apparence psychiatrique?

Pour les modèles identifiés :

1. Quelle(s) modification(s) de la trajectoire ou quelle(s) intervention(s) visaient à réduire ou ont permis de réduire la durée de séjour ou les temps d'attente des adultes qui se présentent à l'urgence hospitalière pour une condition d'apparence psychiatrique?
2. Quel est l'impact du modèle sur la durée de séjour et/ou les temps d'attente à l'urgence des adultes qui se présentent à l'urgence hospitalière pour une condition d'apparence psychiatrique?
 - Si détaillé :
 - a. Durée de séjour à l'urgence pour les usagers ambulatoires;
 - b. Durée de séjour à l'urgence pour les usagers sur civière;
 - c. Durée de séjour à l'urgence pour les usagers libérés;
 - d. Durée de séjour à l'urgence pour les usagers admis;
 - e. Temps d'attente entre la demande de consultation psychiatrique et le début de l'évaluation psychiatrique par le psychiatre à l'urgence.
3. Si documenté, quel est l'impact du modèle sur :
 - Les taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence;
 - Les taux de référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation (ex. : centre de crise, hôpital de jour, ressource d'hébergement temporaire);
 - La satisfaction (patients, proches, personnel médical, gestionnaires);
 - Taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures après l'obtention du congé de l'urgence;
 - Taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivants l'obtention du congé de l'hôpital;
 - L'accès aux services d'une équipe d'intervention de crise;
 - L'accès à des services spécialisés en dépendance.
4. Quelle est la trajectoire de services des adultes qui se présentent à l'urgence hospitalière pour une condition d'apparence psychiatrique, de leur arrivée à l'accueil de l'urgence ou au triage jusqu'à leur congé de l'urgence, leur hospitalisation dans une unité de soins psychiatriques, leur transfert vers une ressource alternative à l'hospitalisation ou des services spécialisés en dépendance?

4 MÉTHODOLOGIE

Une revue systématique sera réalisée dans le cadre d'une ETMI abrégée pour laquelle la recherche documentaire est limitée à quelques bases de données bibliographiques et couvre une période de temps limitée. La recherche de la littérature grise est également limitée à quelques sites Internet sélectionnés selon leur pertinence. Des messages clés/constats sont élaborés, basés sur une synthèse et une analyse sommaire de la littérature consultée (annexe 1).

4.1 REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

La recherche documentaire est effectuée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée dans la réalisation de revues systématiques de littérature. L'ensemble du processus et les détails qui s'y rapportent seront documentés dans un rapport rédigé par la bibliothécaire, lequel sera annexé au rapport d'ETMI. En raison du volume important de littérature sur le sujet, la recherche se limitera aux documents publiés depuis 2012. Pour les documents identifiés à partir des bibliographies des publications retenues, ceux publiés depuis 2007 seront considérés afin de couvrir une période de dix ans.

4.1.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

a) Recherche dans les bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche documentaire est élaborée à partir d'une liste de concepts et de mots clés, dont une partie a été identifiée lors de la recherche documentaire exploratoire (encadré 1). Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase et PsycINFO seront interrogées. Il est possible que la stratégie évolue au cours de la recherche documentaire selon le nombre et la pertinence des études qui seront répertoriées. De plus, les bibliographies des publications retenues seront consultées afin d'identifier des études pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche documentaire.

Les études identifiées dans les bases de données bibliographiques interrogées seront traitées avec le logiciel de gestion de références bibliographiques EndNote (Clarivate Analytics, 2013). Avant d'être acheminé à l'équipe d'ETMISSS, la bibliothécaire verra à retirer du fichier Endnote l'ensemble des doublons et le fichier sera par la suite enregistré dans un répertoire électronique dédié au projet.

Encadré 1 Concepts et mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire

Concept 1	Concept 2	Concept 3	Concept 4
Urgences « <i>Emergency department</i> », « <i>Emergency services</i> », « <i>Crisis intervention</i> » ...	Psychiatrie « <i>Psychiatric disorder</i> », « <i>Mental health</i> », « <i>Mentally ill</i> » ...	Outcomes « <i>Length of stay</i> », « <i>Wait time</i> », « <i>Boarding</i> » ...	Modèles/ interventions « <i>Model of care</i> », « <i>Organization of services</i> », « <i>Liaison team</i> », « <i>Co-management model</i> » ...
Expressions regroupant concepts 1 et 2			
« <i>Psychiatric emergency</i> », « <i>Mental health crisis</i> », etc.			

b) Recherche dans la littérature grise

La littérature grise correspond à « tout type de document produit par le gouvernement, l’administration, l’enseignement et la recherche, le commerce et l’industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n’est pas contrôlé par l’édition commerciale » (Schöpfel, 2012).

Une recherche exploratoire nous a permis d’identifier des sites Internet susceptibles de fournir des données probantes relatives au sujet d’intérêt (annexe 2). Comme il s’agit d’une ETMI abrégée, le nombre de sites se limite à ceux qui semblent être les plus pertinents. Les mots-clés utilisés, la date de consultation ainsi que les résultats de la recherche seront documentés, et ce, pour chacun des sites consultés et des moteurs de recherche utilisés. De plus, les bibliographies des documents retenus seront consultées.

4.1.2 SÉLECTION DES DOCUMENTS

Les documents répertoriés par la recherche documentaire seront sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre aux questions d’évaluation, selon les critères PICOTS. D’autres critères liés à la langue, au pays, à la date de publication et au type de publication seront également considérés (tableau 2).

Tableau 2 Critères de sélection des documents

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
P (Population)	Adultes qui se présentent à l'urgence pour une condition d'apparence psychiatrique (incluant intoxication à l'alcool, aux drogues et aux médicaments)	Enfants
I (Intervention)	Tous modèles, interventions ou modifications de la trajectoire de services visant à réduire ou qui ont permis de réduire la durée de séjour ou les temps d'attente à l'urgence pour la population ciblée	Modèles, interventions ou trajectoire de services non détaillés
C (Comparateur)	Avant-après, comparaison de sites avec et sans intervention ou modification de trajectoire	Aucun comparateur
O (Outcomes/ Résultats d'intérêt)	<p>Principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durée de séjour à l'urgence <ul style="list-style-type: none"> • Si détaillée, <ul style="list-style-type: none"> ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers ambulatoires; ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers sur civière; ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers libérés; ○ Durée de séjour à l'urgence pour les usagers admis. ✓ Temps d'attente à l'urgence entre les différentes étapes du circuit de services <ul style="list-style-type: none"> • Si détaillé, <ul style="list-style-type: none"> ○ Temps d'attente entre la demande de consultation psychiatrique et le début de l'évaluation psychiatrique par le psychiatre à l'urgence <p>Secondaires, si documentés</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence; ✓ Taux de référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation (ex. centre de crise, hôpital de jour, ressource d'hébergement temporaire); ✓ Satisfaction (patients, proches, personnel médical, gestionnaires); ✓ Taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures après l'obtention du congé de l'urgence; ✓ Taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital; ✓ Accès aux services d'une équipe d'intervention de crise; ✓ Accès à des services spécialisés en dépendance. 	Articles qui ne documentent aucun des principaux résultats d'intérêt

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
T (Temporalité)	De l'arrivée à l'urgence jusqu'à l'obtention du congé de l'urgence, l'hospitalisation dans une unité de soins psychiatriques ou au transfert vers une ressource alternative à l'hospitalisation ou des services spécialisés en dépendance.	
S (<i>Setting</i>)	Urgence hospitalière ou urgence psychiatrique localisée dans un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	
Autres critères d'inclusion ou d'exclusion		
Type de publication	Études primaires (tous types de devis) Revue systématiques avec ou sans méta-analyses Revue de littérature utilisant une approche systématique Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes (pratiques exemplaires, guides de pratique) Rapports d'ETMI Mémoires de maîtrise/thèses de doctorat	Revue de littérature n'utilisant pas une approche systématique Résumés de conférences Livres Chapitres de livres Lettres Notes Actes de congrès Éditoriaux
Langues de publication	Français, anglais	
Période de publication	De 2012 à aujourd'hui (De 2007 à 2017 pour les documents identifiés à partir des bibliographies des documents retenus)	
Pays de publication	Pays membres de l'OCDE	

L'étape de sélection est réalisée en deux phases : la phase I, à la lecture des titres et résumés, et la phase II, à la lecture complète des documents retenus à la phase I. Les documents identifiés par la lecture des bibliographies des documents inclus seront soumis à la phase II du processus de sélection.

Après s'être assuré d'une compréhension commune des critères de sélection et en réalisant un accord interjuge pour les 200 premiers titres (pour la phase I), deux membres de l'équipe d'ETMI se partageront la sélection des documents (phases I et II). Des groupes correspondant à chacun des critères d'exclusion seront créés dans le logiciel EndNote afin de documenter les raisons d'exclusion et de faciliter le suivi du processus de sélection.

4.1.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES

L'évaluation de la qualité méthodologique des études retenues et de la crédibilité des sites d'où proviennent les autres documents sera réalisée de façon indépendante par deux membres de l'équipe d'ETMI et un consensus sera établi en cas de divergences. Une tierce personne sera consultée en cas de désaccords. Le QualSyst (Kmet, Lee et Cook, 2004), un outil développé pour évaluer la qualité méthodologique des études primaires de tous types de devis, sera utilisé.

La qualité des revues systématiques sera quant à elle évaluée avec l'outil AMSTAR (Shea, Bouter et coll., 2007b; Shea, Grimshaw et coll., 2007a), alors que la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE) sera utilisée pour évaluer les guides de pratique clinique (Brouwers, Kho et coll., 2010a, 2010b). L'évaluation de la crédibilité des documents identifiés sur Internet sera quant à elle menée à l'aide de critères identifiés par le Département de la science et de la technologie de l'Université TÉLUQ (Couture, 2015).

4.1.4 EXTRACTION DES DONNÉES

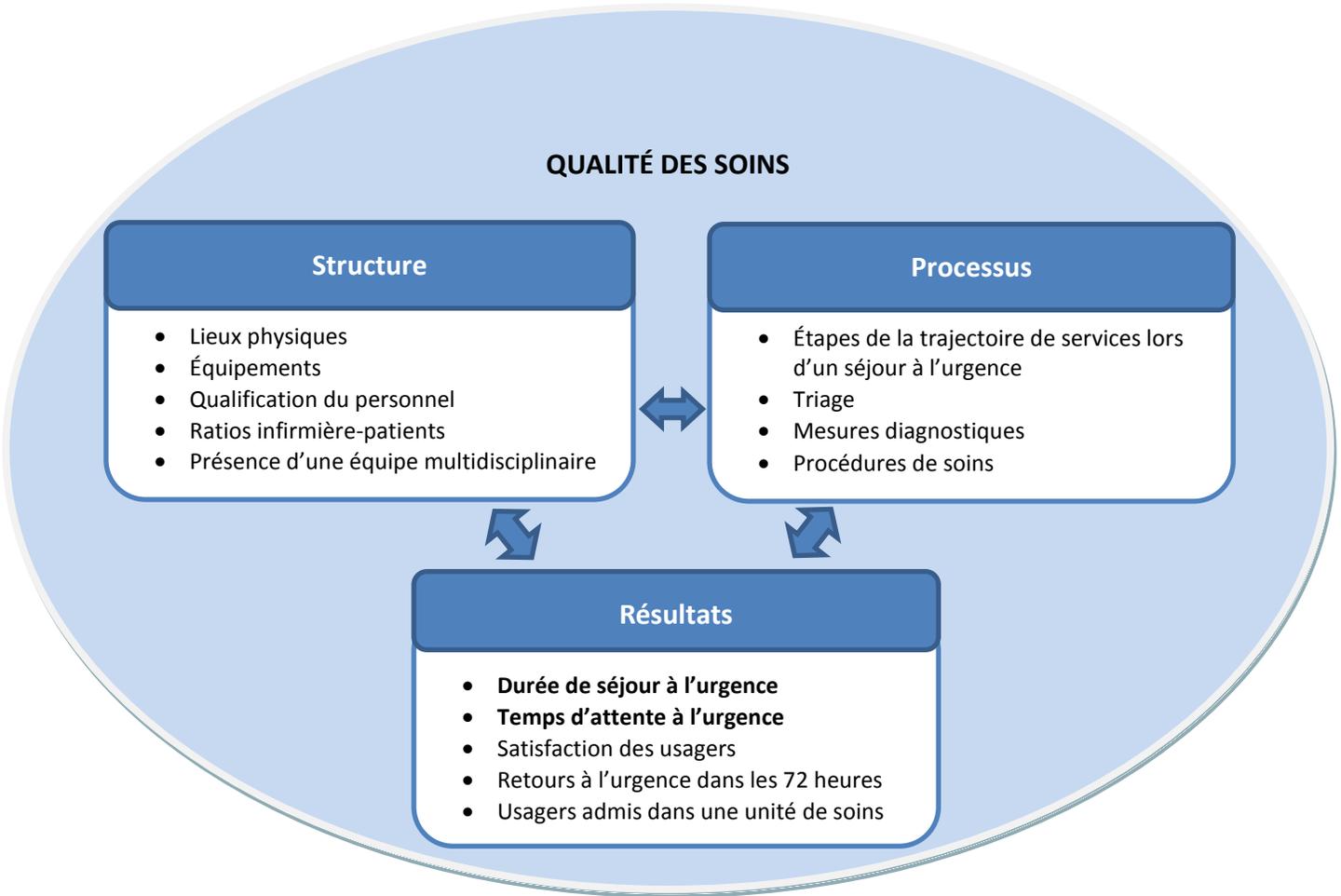
Les données pertinentes pour répondre aux questions d'évaluation seront extraites à l'aide d'une grille structurée par une personne et validées par une seconde. Les données recueillies incluent l'auteur, l'année de publication, le pays où l'étude a été réalisée, le devis de recherche, les caractéristiques des participants, la description de l'intervention, le comparatif, les outils de mesure et les résultats. Les études faisant l'objet de plusieurs publications seront regroupées et considérées comme une seule étude. Dans le cas où les mêmes résultats font l'objet de plusieurs publications, la version la plus récente sera considérée. Les données extraites seront présentées dans un tableau annexé au rapport d'ETMI.

4.2 SYNTHÈSE ET ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES

Les données issues de la littérature seront regroupées en fonction des questions d'évaluation. Pour guider l'analyse des résultats, nous nous référerons à la notion de qualité des soins de santé telle que définie par l'*Institute of Medicine* (Lohr et Schroeder, 1990) : « [La qualité des soins réfère à] la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». De façon spécifique, nous utiliserons un des modèles conceptuels phares pour l'évaluation et la compréhension de la qualité des soins de santé. Il s'agit du modèle élaboré par Donabedian, publié pour la première fois en 1966, puis réédité à maintes reprises par la suite (1980; 1988; 2005; Donabedian et Bashshur, 2003). Cet outil d'analyse, qui présente une vision systémique des soins de santé, a été utilisé dans divers contextes de soins, notamment celui des unités d'urgence (Aaronson, Marsh et coll., 2015; Alessandrini, Varadarajan et coll., 2011; Layani, 2015; Liu, Singer et coll., 2011; Sunderji, de Bibiana et Stergiopoulos, 2015).

Le modèle de Donabedian est constitué de trois composantes interreliées, soit la structure (ressources à la disposition des organisations, conditions de pratique, qualification du personnel), les processus (éléments relatifs à la prestation des soins et des services) et les résultats (figure 1). Chacune des composantes est influencée par l'effet combiné des deux autres (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), 2015). Des exemples d'indicateurs pour évaluer chacune de ces composantes sont présentés dans la figure 1. Les principaux indicateurs d'intérêt pour ce projet d'ETMI y sont présentés en caractères gras.

Figure 1 Cadre d'analyse de la qualité des soins de santé de Donabedian et exemples d'indicateurs

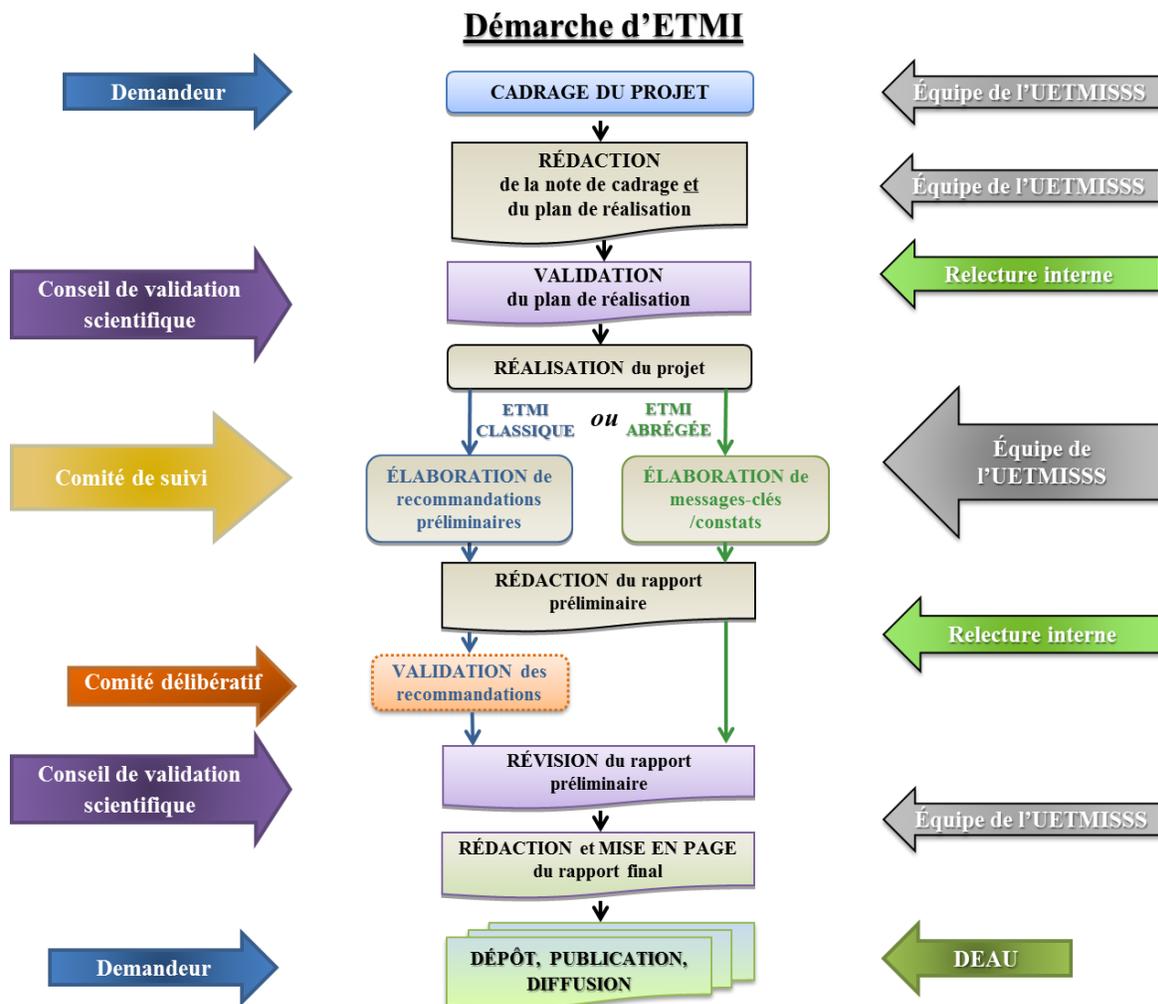


IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS

5 PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes incluent tous les acteurs présentant un intérêt pour la problématique, touchés par celle-ci ou qui, en raison de leur fonction, pourraient influencer le processus de prise de décision (Varvasovszky et Brugha, 2000). Il peut s'agir d'usagers partenaires, de représentants d'associations ou d'organisations, de gestionnaires, de professionnels, d'experts et de décideurs. Les parties prenantes sont impliquées tout au long de la réalisation du projet d'ETMI en tant que membres du comité de suivi ou membres du conseil de validation scientifique, tel qu'indiqué dans la figure 2 qui présente la démarche d'ETMI. Les personnes qui participeront à ces comités sont identifiées en début de document.

Figure 2 Illustration de la démarche d'ETMI



5.1 CONSEIL DE VALIDATION SCIENTIFIQUE

Le conseil de validation scientifique est constitué d'un expert de la méthodologie de l'ETMI et d'un expert de la problématique étudiée. En jugeant de la valeur scientifique du projet d'ETMI décrit dans le plan de réalisation, les membres du conseil ont le mandat de s'assurer de sa faisabilité et de sa pertinence. À la fin du projet, le rapport préliminaire leur est soumis pour l'évaluation de ses qualités méthodologique et scientifique. Les membres du conseil ne font pas partie du comité de suivi pour une raison d'objectivité. Le conseil est consultatif et n'a aucun pouvoir décisionnel.

5.2 COMITÉ DE SUIVI

Le comité de suivi regroupe des représentants des parties prenantes, incluant le demandeur et un usager partenaire. Son mandat est d'accompagner l'équipe d'ETMI tout au long du projet. Les membres sont invités à se prononcer sur la problématique, les questions d'évaluation et les sources de données permettant d'y répondre ainsi que sur la stratégie de recherche documentaire, les données à recueillir ainsi que leur analyse. Sans être décisionnel, le comité de suivi a le pouvoir d'influencer la réalisation de certaines étapes du projet d'ETMI.

Dans le cas d'une ETMI abrégée, il n'y a pas de comité délibératif dont le rôle est d'émettre des recommandations fondées sur les résultats d'une ETMI classique et leur champ d'expertise.

6 DIFFUSION DES RÉSULTATS ET ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Outre l'implication de parties prenantes tout au long de la réalisation du projet, différentes stratégies de diffusion des résultats et activités de communication seront mises de l'avant, dont :

- Publication du rapport d'ETMI dans un journal scientifique avec comité de pairs;
- Publication du plan de réalisation, du rapport d'ETMI et d'un résumé en anglais sur les sites Internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de l'INESSS, de l'ACMTS et de l'INAHTA;
- Présentations ciblées auprès d'instances locales, régionales et nationales;
- Présentations lors de congrès ou colloques nationaux;
- Présentations lors de forums scientifiques ou de conférences spécialisées.

ÉCHÉANCIER

Le **tableau 3** présente le calendrier prévisionnel du projet.

Tableau 3 Calendrier prévisionnel

ÉTAPES DU PROJET	2017							2018				
	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
Démarrage du projet												
Plan de réalisation												
Conseil de validation scientifique												
Recherche documentaire et sélection des documents												
Extraction des données et évaluation de la qualité												
Synthèse et analyse des données												
Rencontres du comité de suivi												
Rédaction du rapport												
Conseil de validation scientifique												
Publication du rapport final												

RÉFÉRENCES

- Aaronson, E. L., Marsh, R. H., Guha, M., Schuur, J. D. et Rouhani, S. A. (2015). Emergency department quality and safety indicators in resource-limited settings: an environmental survey. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 39. doi: 10.1186/s12245-015-0088-x
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (2006). *Mesurer le surpeuplement de l'urgence : la nécessité d'uniformiser*. Repéré à https://www.cadth.ca/media/pdf/320a_overcrowding_tr_f.pdf
- Agence de réinsertion communautaire (Projet ARC) et AMI-Québec - Alliance pour les malades mentaux (2003). *La maladie mentale : un guide régional destiné aux familles*. Repéré à <http://amiquebec.org/wp-content/uploads/2013/02/AMIHandbookF.pdf>
- Alessandrini, E., Varadarajan, K., Alpern, E. R., Gorelick, M. H., Shaw, K., Ruddy, R. M. et Chamberlain, J. M. (2011). Emergency department quality: an analysis of existing pediatric measures. *Academic Emergency Medicine*, 18(5), 519-526. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01057.x
- American College of Emergency Physicians. (2011). Definition of Boarded Patient. Repéré à <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Definition-of-Boarded-Patient-2147416349/>
- Association des médecins psychiatres du Québec (2015). *Plan d'action pour les services psychiatriques*. Repéré à <http://ampq.org/wp-content/uploads/2015/04/pasfinal22-sept.pdf>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Makarski, J. (2010a). Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ*, 182(10), 1045-1052. doi: 10.1503/cmaj.091714
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Makarski, J. (2010b). Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *CMAJ*, 182(10), E472-478. doi: 10.1503/cmaj.091716
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*. Repéré à http://www.ciussu-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/rapport_annuel_2015-2016_web_1.pdf
- Centre universitaire de santé McGill (2017). *Santé mentale*. Repéré à <https://cusm.ca/mission/sante-mentale>
- Chang, G., Weiss, A. P., Orav, E. J., Jones, J. A., Finn, C. T., Gitlin, D. F., . . . Rauch, S. L. (2011). Hospital variability in emergency department length of stay for adult patients receiving psychiatric consultation: a prospective study. *Annals of Emergency Medicine*, 58(2), 127-136.e121. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.12.003
- Chauvin, C. (2013). *Étude de l'activité d'une équipe d'intervention de crise et de la satisfaction de ses usagers et de leur entourage : l'équipe ULICE*. (Mémoire de maîtrise, Université Lille 2 / Université Paris 13). Repéré à <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/memoirechauvin.PDF>

- CHU de Québec-Université Laval (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*. Repéré à <http://www.chudequebec.ca/getmedia/272c3516-c62f-40ac-93a7-ad6917c4d612/Rap-ann-gestion-chu-qc-15-16-final.aspx>
- CHU de Québec (2014). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. Repéré à [http://e01svmalb0001.r03.rtss.qc.ca/mail/gika3002.nsf/0/674BD76DBF88CAE0852580B1005A5E4C/\\$File/Rap-ann-gestion-chu-qc-13-14.pdf?OpenElement&FileName=Rap-ann-gestion-chu-qc-13-14.pdf](http://e01svmalb0001.r03.rtss.qc.ca/mail/gika3002.nsf/0/674BD76DBF88CAE0852580B1005A5E4C/$File/Rap-ann-gestion-chu-qc-13-14.pdf?OpenElement&FileName=Rap-ann-gestion-chu-qc-13-14.pdf)
- Clarivate Analytics. (2013). EndNote (version X7) [Logiciel]. Boston, MA: Clarivate Analytics.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences du Québec*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
- Couture, M. (2015). L'évaluation de la crédibilité des documents en ligne. Repéré à <http://benhur.telug.ca/ST/sciences/sci1021/evalweb.htm>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), Suppl:166-206.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Donabedian, A. et Bashshur, R. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Fishkind, A. B. et Berlin, J. S. (2008). Structure and Function of Psychiatric Emergency Services. Dans R. L. Glick, J. S. Berlin, A. B. Fishkind et S. L. Zeller (dir.), *Emergency Psychiatry: Principles and Practice* (p. 9-23). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Gouvernement du Québec. (2017). Équipe d'intervention de crise. Repéré à http://www.cdsj.org/soins_et_services/adulte_sante_mentale/equipe_dintervention_de_crise.html
- Habra, M., Lalonde, M. et Lloyd, S. (2012). *Étude sur les services d'urgence et les hôpitaux universitaires psychiatriques*. Montréal, Québec: Institut universitaire en santé mentale Douglas.
- Horizon Santé-Nord. (2014). Document d'information : Comprendre les temps d'attente au Service des urgences (SU). Repéré à <https://www.hsnsudbury.ca/portalfp/Portals/0/NewsEvents/Understanding%20ED%20Wait%20Times-fr.pdf>

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf
- Kmet, L. M., Lee, R. C. et Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields* (HTA Initiative #13). [Edmonton, Canada], Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Repéré à <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>
- Layani, G. (2015). *Évaluation de la qualité des soins dans les unités d'urgence rurales du Québec*. (Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec). Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/31584>
- Liu, S. W., Singer, S. J., Sun, B. C. et Camargo, C. A. (2011). A Conceptual Model for Assessing Quality of Care for Patients Boarding in the Emergency Department: Structure–Process–Outcome. *Academic Emergency Medicine*, 18(4), 430-435. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01033.x
- Lohr, K. N. et Schroeder, S. A. (1990). A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *New England Journal of Medicine*, 322(10), 707-712. doi: 10.1056/nejm199003083221031
- McCusker, J., Vadeboncoeur, A., Levesque, J. F., Ciampi, A. et Belzile, E. (2014). Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1092-1100. doi: 10.1111/acem.12480
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Guide d'implantation : Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence* Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-851-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015a). Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux - Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000090/?&date=DESC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015b). Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux - Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000027/?&date=DESC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015c). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015d). *Plan stratégique 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-717-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015e). Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux - Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence ayant des problèmes de santé mentale. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000006/?&date=DESC&prog=sante-mentale&critere=prog>

- Nicks, B. A. et Manthey, D. M. (2012). The Impact of Psychiatric Patient Boarding in Emergency Departments. *Emergency Medicine International*, 2012, 5. doi: 10.1155/2012/360308
- Office québécois de la langue française. (1997). Fiche terminologique. Repéré à http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=2072839
- Québec (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, chapitre O-7.2*. [Québec], Éditeur officiel du Québec. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- Queen's University. (2017). Consultation-Liaison Psychiatry. Repéré à http://psychiatry.queensu.ca/home/about_us/consultation_liaison
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (s. d.). Les ressources alternatives. Repéré à http://www.rrasmq.com/les_RA.php
- Samson, D. et Schoelles, K. M. (2012). Chapter 2: medical tests guidance (2) developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks. *Journal of General Internal Medicine*, 27 Suppl 1, S11-19. doi: 10.1007/s11606-012-2007-7
- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation*, 66(3), 14-24. Repéré à https://www.abd-bvd.be/wp-content/uploads/2012-2013_Schopfel.pdf.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients: une priorité mondiale*. Repéré à <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-M-moire-Qualit-des-soins.pdf>
- Shea, B. J., Bouter, L. M., Peterson, J., Boers, M., Andersson, N., Ortiz, Z., . . . Grimshaw, J. M. (2007b). External Validation of a Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR). *Plos ONE*(12). doi: 10.1371/journal.pone.0001350.t001
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C. et Bouter, L. M. (2007a). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(10). doi: 10.1186/1471-2288-7-10 10.1371/journal.pone.0001350
- Sierra Sacramento Valley Medical Society (2015). *Crisis in the Emergency Department - Removing Barriers to Timely and Appropriate Mental Health Treatment*. Repéré à http://www.ssvms.org/PORTALS/7/assets/pdf/ssvms-crisis_in_the_emergency_dept.pdf
- Sunderji, N., de Bibiana, J. T. et Stergiopoulos, V. (2015). Urgent Psychiatric Services: A Scoping Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 393-402. doi: 10.1177/070674371506000904
- Varvasovszky, Z. et Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338-345.

ANNEXES

Annexe 1 Produits offerts par l'UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale

ETMI classique :

- Revue systématique de la littérature et recueil de données probantes d'autres sources (données contextuelles, données informelles).
- Les données probantes sont synthétisées puis analysées.
- Des recommandations sont élaborées suite à l'analyse des résultats; en cas d'incertitude, des recommandations préliminaires seront élaborées puis soumises à un comité délibératif composé d'experts qui présentera une version finale des recommandations.

ETMI abrégée :

- Revue systématique utilisant une approche simplifiée et le recueil de données probantes d'autres sources (données contextuelles, données informelles).
- Les données probantes sont synthétisées puis analysées.
- Des messages clés/constats sont élaborés.

ÉTAPES	ETMI CLASSIQUE	ETMI ABRÉGÉE
Nb de dimensions évaluées	Possibilité de sept dimensions (Efficacité, efficacité, innocuité, organisationnelle/professionnelle, économique, juridique/légale, psychologique/sociale/éthique)	Une à trois dimensions maximum
Recherche de littérature dans les bases de données bibliographiques Stratégie de recherche élaborée par une bibliothécaire	Toutes les bases de données pertinentes	Nombre limité de bases Limite de la fenêtre de publication
Recherche de la littérature grise	Tous les sites web pertinents (organisations savantes, gouvernements, ordres professionnels, etc.)	Sites sélectionnés selon leur pertinence
Sélection des documents	Indépendamment par 2 personnes et consensus	2 personnes se divisent la tâche et valident les résultats
Extraction des données Grille structurée validée par le comité de suivi	Indépendamment par 2 personnes et consensus	2 personnes se divisent la tâche et valident les résultats
Évaluation de la qualité méthodologique/risque de biais Outils validés	Indépendamment par 2 personnes et consensus	2 personnes se divisent la tâche et valident les résultats
Collecte de données probantes d'autres sources (ex.: données médico-administratives, entrevues)	Selon le projet	Selon le projet
Résultats	Recommandations Synthèse et analyses détaillées	Messages clés/constats Synthèse et analyses sommaires

Annexe 2 Sites Internet qui seront consultés dans le cadre de la recherche dans la littérature grise*

ACRONYME	NOM	PAYS (PROVINCE)	SITE INTERNET
AAEM	<i>American Academy of Emergency Medicine</i>	États-Unis	http://www.aaem.org/
ACEP	<i>American College of Emergency Physician</i>	États-Unis	http://www.acep.org/
APA	<i>American Psychiatric Association</i>	États-Unis	https://www.psychiatry.org/
CAMH	<i>Center for Addiction and Mental Health</i>	Canada (Ontario)	http://www.camh.ca/
CMH	<i>Centre for Mental Health</i>	Royaume-Uni	http://www.centreformentalhealth.org.uk/
CPA	<i>Canadian Psychiatric Association</i>	Canada	http://www.cpa-apc.org/
EDPMA	<i>Emergency department practice management association</i>	États-Unis	http://www.edpma.org/
NAPHS	<i>National Association of Psychiatric Health Systems</i>	États-Unis	http://www.naphs.org/
OATD	<i>Open Access Thesis and Dissertations</i>	International	https://oatd.org/
PQDT Global	<i>Proquest Dissertations & Theses Global</i>	International	https://search.proquest.com/pqdtglobal
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>	États-Unis	https://www.samhsa.gov/
---	<i>Open grey</i>	Europe	http://www.opengrey.eu/
RECHERCHE COMPLÉMENTAIRE			
<i>Google</i>	http://www.google.ca/	100 premiers résultats examinés	
<i>Google Scholar</i>	http://scholar.google.ca/	100 premiers résultats examinés	

*Possibilité d'ajouts

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

