

**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**

Rapport d'ETMI abrégée

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

Avril 2019

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

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-83884-5 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-83885-2 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019

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

Rapport d'ETMI abrégée

Auteurs

Julie Dussault, Ph. D., professionnelle en ETMISSS

Karen Giguère, M. Sc., professionnelle en ETMISSS

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

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

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

Avril 2019

Demandeuse

M^{me} Sylvie Laverdière, directrice des programmes Santé mentale et Dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'en mai 2018)

Gestionnaires du mandat

Mme Catherine Safiany, cheffe de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Julie Villeneuve, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

M^{me} Élyse Granger, B. Sc., M.S.I., bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} 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

D^{re} Édith Labonté, M.D., 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

M^{me} Karine Poirier, chargée de projet *Urgences psychiatriques*, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'en mars 2018)

M^{me} Marie-Pierre Lachapelle, travailleuse sociale, Hôpital de l'Enfant-Jésus, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Tina Maria Sirois, usagère partenaire

Conseil scientifique

D^r Pierre Dagenais, M.D., Ph. D., médecin-conseil au sein de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (révision du rapport final seulement)

D^{re} Véronique Déry, M.D., M. Sc., directrice scientifique de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (révision du plan de réalisation seulement)

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

Mise en page

M^{me} Rolande Goudreault, agente administrative, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique

M^{me} Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Correspondance

Mme Catherine Safianyk, cheffe de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux et de la bibliothèque
catherine.safianyk.ciusssccn@ssss.gouv.qc.ca

Responsabilité

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'Unité d'ETMISSS 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.

Remerciements

Les auteurs remercient les professionnelles qui ont aussi été impliquées dans la réalisation de cette ETMI :

Mme Julie Cummings, professionnelle en ETMI, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Isabelle Deaudelin, professionnelle en ETMI, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mme Sandra Lavigne, cheffe de service, repérage des connaissances, de l'ETMISSS et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'en janvier 2018)

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.

Pour citer ce document :

Dussault, J., Giguère, K., et St-Jacques, S. (2019). 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. Rapport d'ETMI abrégée. UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 84 pages.

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
www.ciusssccn.ca

Sommaire

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

Julie Dussault, Karen Giguère et Sylvie St-Jacques

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale est responsable de l'ensemble des activités de psychiatrie de la région de Québec, dont trois services d'urgence spécialisée en santé mentale. La DSMD s'est récemment engagée dans 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) (2015a, 2015b). Parmi les objectifs de cette réorganisation figure l'amélioration du délai de prise en charge des usagers ambulatoires et sur civières qui séjournent aux urgences hospitalières pour un état de crise psychiatrique. À cet effet, les plus récentes données concernant la région de la Capitale-Nationale tendent à confirmer une augmentation de la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale pour les trois centres hospitaliers qui offrent des services d'urgence psychiatrique dans la région¹.

Cette ETMI abrégée a pour but d'alimenter les réflexions sur la réorganisation des services d'urgence psychiatrique intrahospitaliers dans la région. Elle documente les interventions et les modèles d'organisation de services qui visent la réduction de la durée de séjour et des temps d'attente pour la clientèle ambulatoire et sur civière dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

CONSTATS

- ❖ Les impacts d'un grand nombre d'interventions (n=20) ont été mesurés sur la durée de séjour et le temps d'attente à l'urgence, mais dans des contextes qui diffèrent du système de santé québécois.
- ❖ Selon un niveau de preuve scientifique élevé, les unités d'interventions brèves seraient efficaces pour diminuer la durée de séjour à l'urgence pour la clientèle se présentant avec une condition d'apparence psychiatrique.
- ❖ D'autres interventions pourraient diminuer la durée de séjour à l'urgence de cette clientèle, mais selon des niveaux de preuve modérés :
 - la régionalisation des services d'urgences psychiatriques
 - l'implantation d'un modèle de cogestion
 - la transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de *Lean management*
 - la mise en place d'un service interdisciplinaire de gestion de crise
- ❖ Aucune intervention efficace pour diminuer les temps d'attente à l'urgence pour des segments spécifiques de la trajectoire pour la clientèle se présentant avec une condition d'apparence psychiatrique n'ayant pu être identifiée en raison de niveaux de preuve scientifique faibles ou insuffisants.

¹ Ces données concernent la période avant novembre 2018 où trois services d'urgence psychiatrique étaient disponibles dans la région.

Table des matières

Sommaire	vi
Liste des annexes.....	ix
Liste encadrés	ix
Liste des figures.....	ix
Liste des tableaux.....	ix
Résumé	xi
Abstract	xiii
Glossaire	xiv
1. Problématique	1
2. Méthodologie.....	2
3. Résultats	5
3.1 Sélection des documents	5
3.2 Caractéristiques des études et des documents retenus	5
3.3 Description des interventions	5
3.4 Effets des interventions	10
3.4.1 Effets sur la durée de séjour.....	10
A) Moyenne ou médiane de la durée de séjour à l'urgence.....	10
B) Limites inférieures et supérieures de la durée de séjour à l'urgence.....	12
C) Pourcentage de patients selon la durée de séjour à l'urgence.....	14
3.4.2 Effets sur le temps d'attente et les intervalles de temps.....	15
A) Temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et le tria	15
B) Temps d'attente entre le triage et la fin de la première évaluation générale	15
C) Temps d'attente entre l'évaluation générale et l'évaluation psychiatrique.....	17
D) Temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation psychiatrique.....	18
E) Temps d'attente entre la demande d'hospitalisation et la sortie de l'urgence.....	19
F) Intervalle de temps passé dans une unité de courte durée	19
G) Intervalle de temps passé à l'urgence psychiatrique	20
3.4.3 Variables secondaires.....	21
A) Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence	21
B) Taux de référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation	23
C) Satisfaction	23
D) Taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures suivant l'obtention du congé de l'urgence.....	24

E) Taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital.....	24
F) Accès aux services d'une équipe d'intervention de crise.....	24
G) Accès à des services spécialisés en dépendance	24
4. Analyse du niveau de preuve pour les variables principales	25
4.1 Durée de séjour	25
4.2 Temps d'attente	26
Conclusion	29
Références bibliographiques.....	71

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide pour établir les niveaux de preuve.....	30
Annexe 2 : Stratégie et résultats de recherche dans les bases de données bibliographiques.	31
Annexe 3 : Diagramme de flux PRISMA de la sélection des documents	37
Annexe 4 : Tableau d'extraction des résultats	38
Annexe 5 : Analyse des niveaux de preuve	69

Liste encadrés

Encadré 1 : Exemples de concepts utilisés pour la recherche documentaire.....	3
Encadré 2 : La moyenne et la médiane	11
Encadré 3 : La significativité statistique des résultats	12

Liste des figures

Figure 1 : Classification des interventions répertoriées selon les composantes du modèle de Donabedian (1966; 2005).....	6
--	---

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS	2
Tableau 2 : Critères additionnels de sélection des études	4
Tableau 3 : Interventions modifiant la structure des soins	6
Tableau 4 : Interventions modifiant le processus de soins.....	7
Tableau 5 : Interventions uniques modifiant à la fois la structure et le processus des soins ...	8
Tableau 6 : Interventions multimodales modifiant à la fois la structure et le processus des soins	9
Tableau 7 : Interventions visant à diminuer la durée de séjour à l'urgence	13
Tableau 8 : Effets des interventions sur le % de patients selon la durée de séjour à l'urgence	15
Tableau 9 : Effets des interventions sur le temps d'attente entre le triage et la fin de la première évaluation générale.....	16
Tableau 10 : Effets des interventions sur le temps d'attente entre l'évaluation générale et l'évaluation psychiatrique.....	17

Tableau 11 : Effets des interventions sur le temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation psychiatrique.....	19
Tableau 12 : Effets des interventions sur le temps d'attente moyen entre la demande d'hospitalisation et la sortie de l'urgence.....	19
Tableau 13 : Effets des interventions sur le temps médian passé dans une unité de courte durée	20
Tableau 14 : Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence.....	22
Tableau 15 : Évaluation des niveaux de preuve pour la durée de séjour	25
Tableau 16 : Évaluation des niveaux de preuve pour les temps d'attente à l'urgence	27

Résumé

Objectif

Les individus qui séjournent aux urgences hospitalières pour un état de crise de nature psychiatrique connaissent des durées de séjour et des temps d'attente beaucoup plus longs que ceux qui y demeurent pour une condition d'ordre physique. La nature même de la crise psychiatrique et la multiplication des cas rendent les séjours prolongés préoccupants. La présente évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) a pour but d'évaluer l'efficacité des interventions ou des modèles d'organisation de services d'urgences intrahospitaliers mis en place pour réduire la durée de séjour ou les temps d'attente des adultes qui y séjournent pour une condition d'apparence psychiatrique.

Méthode

Une revue de la littérature basée sur des méthodes systématiques a été réalisée à l'aide des bases de données bibliographiques *Medline*, *Embase* et *PsycINFO*. Une recherche de littérature grise a également été effectuée dans soixante-dix sites Internet. Une première sélection a été réalisée à partir de la lecture des titres et des résumés, puis une seconde à la lecture approfondie des documents retenus, selon des critères d'inclusion prédéterminés. Les données pertinentes ont été colligées dans une grille d'extraction structurée. La qualité méthodologique des études a ensuite été évaluée. Des niveaux de preuve ont été établis à partir de critères spécifiques dans le but d'analyser les résultats.

Résultats

La recherche documentaire a permis de recenser 2 815 publications pouvant être potentiellement retenues. À la fin du processus de sélection, 29 documents ont été retenus, présentant les résultats de 27 études originales. Vingt interventions différentes ont été identifiées et classées selon le modèle de la qualité des soins de santé de Donabedian : 3 ciblent la structure de prestation de soins, 4 les processus de soins et 13 visent à la fois la structure de prestation de soins et les processus de soins.

L'implantation d'unités d'interventions brèves présente un niveau de preuve élevé permettant d'affirmer que cette intervention peut mener à une réduction de la durée de séjour à l'urgence des individus qui y séjournent pour une condition psychiatrique. Un niveau de preuve modéré permet d'affirmer que la régionalisation des services d'urgences psychiatriques, la mise en place d'un modèle de cogestion, l'implantation d'un service interdisciplinaire de gestion de crise et la transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de *Lean management* pourraient réduire la durée de séjour à l'urgence de cette clientèle. Cependant, en raison de niveaux de preuve scientifique faibles ou insuffisants, il nous est impossible de se prononcer sur l'efficacité des interventions pour diminuer le temps d'attente entre les divers segments de la trajectoire de service à l'urgence pour cette clientèle.

Conclusion

Les études identifiées dans le cadre de cette ETMI présentent plusieurs interventions mises en place pour réduire les durées de séjour ou les temps d'attente à l'urgence pour les individus qui y séjournent pour une condition psychiatrique. Les évidences scientifiques demeurent toutefois limitées au regard de leur impact. Seule l'implantation d'unités d'interventions brèves présente un niveau de preuve élevé quant à son impact sur la réduction des durées de séjour à l'urgence. Davantage d'études utilisant un devis robuste seraient nécessaires afin de pouvoir émettre des recommandations fortes concernant des interventions qui permettraient de réduire significativement les durées de séjour à l'urgence et les temps d'attente pour la clientèle qui y séjourne pour un état de crise de nature psychiatrique.

Abstract

Objective

The length of stay and waiting times at the emergency department (ED) are longer for patients with mental health conditions than for patients with physical concerns. This situation is a matter of particular concerns considering the very nature of psychiatric crisis and the growing number of cases. The main objective of this health technology assessment is to evaluate the effectiveness of interventions and organizational models of hospital-based emergency services aiming at reducing ED length of stay and waiting times for patients with mental health conditions.

Methodology

A review of the literature using a systematic approach was performed with the bibliographical databases Embase, Medline and PsycINFO. Grey literature was also searched from 70 web sites. Pertinent studies were selected based on pre-defined inclusion criteria, first from title and abstract and then from full text reading. The methodological quality of included studies was assessed and relevant data were extracted in a structured grid. The quality of the evidence was evaluated for each main outcomes.

Findings

Of the 2 815 identified studies, 27 were included in the review. Data from 20 different interventions were analysed by using the Donabedian model of quality of care : 3 interventions addressing the structure of healthcare delivery system, 4 targeting healthcare processes and 13 addressing both.

High level evidences suggested that introduction of brief intervention units reduced ED length of stay for patients with mental health conditions. Moderate level evidences were found for the regionalization of psychiatric emergency services, the establishment of a co-management model, the implementation of an interdisciplinary crisis management service and the application of Lean principles to transform clinical operations. However, because of low or insufficient evidences, we are unable to comment on the effectiveness of interventions aimed at reducing waiting time between stages of ED trajectory for patients presenting a mental health condition.

Conclusion

Studies included in this health technology assessment reported many interventions aiming at reducing ED length of stay and waiting times for patients with mental health conditions. However, except for the introduction of brief intervention units, evidences remain limited regarding their effectiveness. More studies using robust design would be necessary to make strong recommendations for interventions that would significantly reduce the ED length of stay and waiting times for patients with mental health conditions.

Glossaire

Clientèle ambulatoire à l'urgence

Clientèle en visite ambulatoire n'ayant pas occupé de civière durant tout son séjour à l'urgence (MSSS, 2015c).

Clientèle sur civière à l'urgence

Ensemble des patients couchés sur des civières dans une unité d'urgence (MSSS, 2015d).

Condition d'apparence psychiatrique

Ensemble de symptômes comportementaux et psychologiques d'un individu se présentant dans une unité d'urgence qui indique à l'équipe traitante d'examiner une cause physique avant d'orienter le patient 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 traitement 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 (MSSS, 2015d).

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 les individus qui se présentent à l'urgence vivant avec un problème d'abus ou de dépendance (alcool, drogues, médicaments, jeu pathologique, cyberdépendance) et de les orienter vers les ressources appropriées. (MSSS, 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 à la suite d'un séjour à l'urgence pour des problèmes de nature psychiatrique.

Cette équipe est habituellement rattachée à un établissement de santé et fait le 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 d'identifier et 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).

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 (ACMTS, 2006).

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) offrant notamment des services alternatifs à une clientèle susceptible d'être hospitalisée dans une unité de soins psychiatriques (AMPQ, 2015; RRASMQ, 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 et al., 2011; Horizon Santé-Nord, 2014; 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 et al., 2011; Horizon Santé-Nord, 2014; ICIS, 2012).

1. Problématique

Au Québec, dans la plupart des centres hospitaliers, les individus qui se présentent pour une condition d'ordre physique ou psychiatrique sont accueillis selon des processus d'accueil et de triage indifférenciés (Agence de réinsertion communautaire (Projet ARC) et AMI-Québec - Alliance pour les malades mentaux, 2003). Des évaluations psychiatriques peuvent être demandées au besoin par l'urgentologue. Selon le mode d'organisation des établissements, celles-ci sont réalisées soit par le psychiatre de l'urgence spécialisée en psychiatrie ou de l'équipe de consultation-liaison en psychiatrie ou par le psychiatre de garde. Une fois l'état de l'utilisateur stabilisé, celui-ci 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. 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, quelques services d'urgence spécialisés en santé mentale dont les processus d'accueil, d'évaluation et de dispensation de soins répondent aux besoins spécifiques de cette clientèle. Ces services 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 et al., 2012).

Le phénomène d'encombrement qui est observé dans plusieurs salles d'urgence, dont celles de la région de Québec, peut s'expliquer en partie par 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 (ACEP, 2011). Cette situation engendre de nombreux effets néfastes telles l'exacerbation des symptômes psychiatriques des usagers, l'augmentation du stress chez le personnel de l'urgence, l'augmentation du risque d'incidents, l'insatisfaction de l'ensemble des usagers de l'urgence, la 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 ou des décès (McCusker, Vadeboncoeur, Levesque, Ciampi et Belzile, 2014; Nicks et Manthey, 2012; SSVMS, 2015).

2. Méthodologie

Afin d'identifier les modèles d'organisation des services d'urgence intrahospitaliers ayant permis de réduire la durée de séjour ou les temps d'attente à l'urgence des adultes qui s'y présentent pour une condition d'apparence psychiatrique, une revue de la littérature basée sur des méthodes systématiques a été réalisée. La typologie PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) (Population, Intervention, Comparateur, *Outcomes*, Temporalité et *Setting*) (**Tableau 1**) a été utilisée pour formuler des questions d'évaluation, orienter la recherche bibliographique et la sélection des documents pertinents.

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS

Critères	Définition
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, toutes 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 (<i>Outcomes</i>/ résultats d'intérêt)	Principaux ✓ Durée de séjour à l'urgence ✓ Temps d'attente à l'urgence entre les différentes étapes de la trajectoire de services
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 jusqu'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.

La question d'ETMI qui a été formulée et les sous-questions d'évaluation sont les suivantes :

« Quels sont les modèles d'organisation des services d'urgence intrahospitaliers qui visent 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 :

- Quelle(s) modification(s) de la trajectoire ou quelle(s) intervention(s) visent à réduire ou ont permis de réduire la durée de séjour ou les temps d'attente² des adultes qui se présentent à l'urgence hospitalière pour une condition d'apparence psychiatrique?
- 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?
- S'il est 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);

² Incluant les intervalles de temps relatifs à certaines étapes d'évaluation/traitement des patients, tel que le temps passé dans une unité de courte durée.

- Les taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures après l'obtention du congé de l'urgence;
 - Les taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant 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.
- 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 vers des services spécialisés en dépendance?

La stratégie de recherche documentaire élaborée à partir de quatre concepts (**encadré 1**) a été déployée dans trois bases de données bibliographiques (*MEDLINE*, *Embase* et *PsycINFO*), en limitant la période de publication aux années 2012 à 2018. Soixante-dix sites Internet pertinents à la problématique et bases de données de littérature grise (ex. : *Pro Quest Dissertations & Thesis Global*) ont aussi été visités. Les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* ont été utilisés pour repérer les documents de littérature grise. Les références des publications retenues ont également été consultées afin d'identifier des études pertinentes qui n'auraient pas été repérées initialement par la stratégie de recherche documentaire, en se limitant aux publications parues depuis 2007.

Encadré 1 : Exemples de concepts utilisés pour la recherche documentaire

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

Les études ont été sélectionnées à partir de critères d'inclusion et d'exclusion déterminés sur la base des critères PICOTS ainsi que d'autres spécifications concernant, notamment, les types de documents, les années et la langue de publication (**tableau 2**). Deux évaluateurs se sont partagé la tâche de la sélection qui a été réalisée en deux phases : la phase I, à la lecture des titres et des résumés, et la phase II, à la lecture complète des documents retenus à la phase I. Un accord interjuges pour les 200 premiers titres (pour la phase I) a préalablement été réalisé afin de s'assurer d'une compréhension commune des critères de sélection. En cas de doute, pour les deux phases, le deuxième évaluateur était consulté. Les publications identifiées par la lecture des références des études retenues ont été soumises à la phase II du processus de sélection.

Tableau 2 : Critères additionnels de sélection des études

Critères	Inclusion	Exclusion
Type de publication	<ul style="list-style-type: none"> • Études primaires (tous types de devis) • Revues systématiques avec ou sans méta-analyses • Revues 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Revues 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 références des études retenues)	
Pays de publication	Pays membres de l'OCDE	

Pour chaque étude retenue, un score de qualité méthodologique a été établi à l'aide de l'outil *Qalsyst* (Kmet, Lee et Cook, 2004). Une grille d'extraction structurée a permis de colliger les données pertinentes au projet. L'extraction des données a été réalisée par un évaluateur et validée par un second. Le niveau de preuve pour les résultats d'intérêt a été évalué par deux évaluateurs à partir des critères inspirés du système *Grading of Recommendations Assessment* (GRADE) présentés à l'**annexe 1** (GRADE Working Group, 2016). À cet égard, le nombre d'études, la cohérence des résultats, la robustesse des devis de recherche, la qualité méthodologique ainsi que le nombre de participants (en fonction du devis) ont été pris en compte dans l'évaluation du niveau de preuve, et ce, pour chaque type d'intervention et en fonction des résultats d'intérêt.

3. Résultats

3.1 Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de recenser 2 815 publications pouvant être potentiellement retenues. À la fin du processus de sélection, 29 documents ont été retenus, présentant les résultats de 27 études originales. La stratégie détaillée de recherche dans les bases de données bibliographiques et les résultats sont présentés à l'**annexe 2**. Les résultats de la recherche dans les sites Internet et les bases de données de littérature grise visitées ainsi que les résultats de la recherche avec *Google* et *Google Scholar* sont disponibles sur demande. Le schéma de sélection des documents est présenté à l'**annexe 3** et l'extraction des données à l'**annexe 4**.

3.2 Caractéristiques des études et des documents retenus

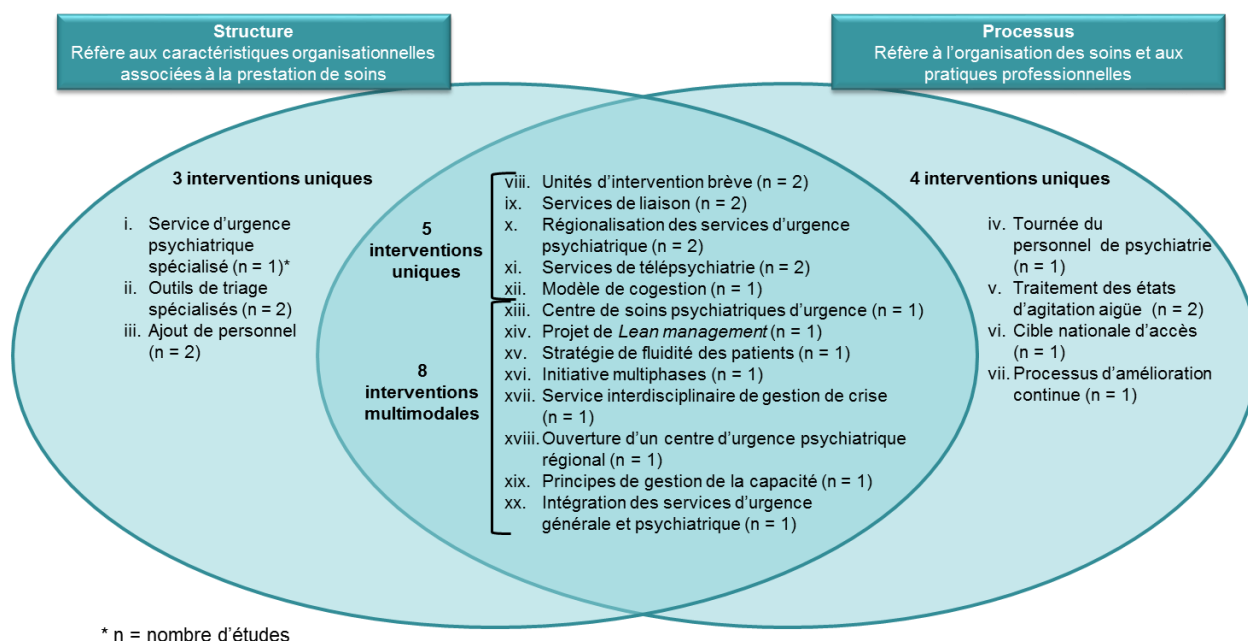
Les études sélectionnées ont été menées aux États-Unis (n=18/27), en Australie (n=8/27) et au Royaume-Uni (n=1/27). La majorité des documents (18/29) ont été publiés entre 2015 et 2017. Huit études ont été réalisées auprès de patients dont l'admission à l'urgence était volontaire (4/27) (Little-Upah et al., 2013; Polevoi, Jewel Shim, McCulloch, Grimes et Govindarajan, 2013; Woo, Chan, Ghobrial et Sevilla, 2007; Zeller, Calma et Stone, 2014) ou involontaire (4/27) (Anderson, 2012; Balfour et al., 2017; Bost, Crilly et Wallen, 2015; Okafor et al., 2016). Toutes les autres études (19/27) n'ont pas mentionné le statut des patients à leur arrivée à l'urgence.

Deux types de devis quantitatifs ont été utilisés dans la majorité des études : des études de type avant après (13/27) et des séries chronologiques interrompues (6/27). Quatre autres études ont utilisé un devis transversal (Anderson, 2012; Donley et Sheehan, 2015; Downey, Zun et Burke, 2014; 2015), deux sont des études de cohortes rétrospectives (Chepenik et Pinker, 2017; Gomez et Dopheide, 2016) et une autre est une étude cas-témoins (2016; Reeve et al., 2014). Enfin, une étude présentait un devis de recherche mixte incluant une analyse de cohorte rétrospective jumelée à une étude transversale durant laquelle un sondage autoadministré a été conduit, de même que des entretiens individuels et de groupes (2016; Wand, D'Abrew, Barnett, Acret et White, 2015).

3.3 Description des interventions

Au total, 20 interventions différentes ont été identifiées dans les 29 documents retenus. Ces interventions sont présentées à la **figure 1** en fonction du cadre d'analyse préalablement choisi dans le plan de réalisation (Giguère, Dussault et St-Jacques, 2018). Ce cadre, inspiré du modèle de Donabedian (1966; 2005), permet d'apprécier la qualité des soins de santé à l'aide d'une vision systémique où trois composantes sont interreliées et influencées par l'effet des deux autres (SIDIIEF, 2015) : 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 : Classification des interventions répertoriées selon les composantes du modèle de Donabedian (1966; 2005)



Trois des interventions uniques identifiées concernent la structure de la prestation de soins (**tableau 3**) et quatre portent sur le processus d'organisation des soins (**tableau 4**). Treize interventions ont à la fois modifié la structure et le processus de soins. Parmi ces dernières, cinq sont uniques (**tableau 5**) et huit sont multimodales, combinant de deux à trois interventions différentes (**tableau 6**).

Tableau 3 : Interventions modifiant la structure des soins

Type d'intervention	Pays (référence)	Description de l'intervention	Comparateur
Service d'urgence psychiatrique spécialisé	États-Unis (Woo et al., 2007)	Évaluation psychiatrique immédiate en collaboration avec le département d'urgence, triage et soins dispensés par le personnel en santé mentale. Environnement thérapeutique où les patients en crise peuvent recevoir un soutien psychiatrique, médical ou social approprié à leur condition.	Modèle de consultation en psychiatrie
Outils de triage spécialisé	États-Unis (Downey et al., 2014)	Utilisation de l'échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale.	Utilisation de l'index de sévérité d'urgence de l'Association des infirmières d'urgence (ENA)
	États-Unis (Downey et al., 2015)	Utilisation de l'échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale.	Utilisation de l'échelle canadienne de triage et de gravité
Ajout de personnel/ prolongation des heures de service	États-Unis (Chepenik et Pinker, 2017)	Simulation d'ajout au service actuel : entre 1/2 (4 h) et 3 professionnels au service offert de 8 h à 16 h.	Situation sans ajout de personnel
	Royaume-Uni (Opmeer, Hollingworth, Marques, Margelyte et Gunnell, 2017)	Prolongation des heures de service de la psychiatrie de liaison en ajoutant : 4 infirmières à temps plein (98 heures de service/semaine), 7/7, de 8 h à 22 h	Avant : service offert du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h (40 heures de service/semaine)

Tableau 4 : Interventions modifiant le processus de soins

Type d'intervention	Pays (référence)	Description de l'intervention	Comparateur
Tournées du personnel de psychiatrie	États-Unis (Blumstein, Singleton, Suttentfield et Hiestand, 2013)	Les patients en attente d'un lit reçoivent la visite, en semaine, d'un membre du département de psychiatrie de l'hôpital (psychiatre ou psychologue) qui les réévalue tous les jours, émet des recommandations au sujet de la médication et communique directement avec ses collègues du département de psychiatrie de l'hôpital ou des autres établissements concernant l'admission des patients ou leur transfert	Avant l'instauration des tournées
Traitement des états d'agitation aigüe	États-Unis (Gomez et Dopheide, 2016)	Administration initiale d'antipsychotiques	Voies d'administration comparées : intramusculaire (IM) et orale
	États-Unis (Winokur, Loucks et Raup, 2017)	Développement et implantation d'une ordonnance collective permettant aux infirmières autorisées d'évaluer et de traiter les patients ayant des comportements agressifs ou violents.	Administration des médicaments par les médecins
Cible nationale d'accès	Australie (Donley et Sheehan, 2015)	Cible de 4 heures entre l'arrivée d'un patient à l'urgence hospitalière et le moment où la décision est prise par le clinicien concernant son admission ou son congé. Même cible pour les urgences générales et les urgences psychiatriques.	Avant l'implantation de la cible
Processus d'amélioration continue	États-Unis (Stover et Harpin, 2015)	Actions identifiées pour 7 cycles d'amélioration continue : 1) Transport des patients lors du congé de l'hôpital; 2) Ordonnances de mise en congé des patients; 3) Saisie de données relatives au congé des patients; 4) Durée de séjour; 5) Implication et attentes des patients; 6) Planification des congés des patients basée sur les données probantes et 7) Attitude du personnel.	Avant l'implantation du processus d'amélioration continue

Tableau 5 : Interventions uniques modifiant à la fois la structure et le processus des soins

Type d'intervention	Pays (référence)	Description de l'intervention	Comparateur
Unités d'interventions brèves	Australie (Alarcon Manchego, Knott, Graudins, Bartley et Mitra, 2015)	Implantation d'un nouveau modèle de soins comprenant notamment des unités d'hospitalisation brève.	Avant l'implantation du nouveau modèle de soins
	États-Unis (Parwani et al., 2017)	Mise en place d'une unité d'observation psychiatrique verrouillée de 12 lits localisée à l'extérieur de l'urgence générale (mais rattachée à celle-ci).	Avant la mise en place de l'unité d'observation
Service de liaison	Australie (2016; Reeve et al., 2014)	Service de liaison pour les dépendances à l'alcool et aux drogues.	Patients ayant besoin des services, mais ne les ayant pas reçus
	Australie (2016; Wand et al., 2015)	Service de liaison infirmier en santé mentale de 7 h 30 à 22 h (externe).	Patients vus pendant les heures de service comparativement aux patients vus pendant et en dehors des heures de service
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques	États-Unis (Vocalan Jr et Hegarty, 2012)	Nouvel hôpital psychiatrique de 74 lits incluant un centre de triage et d'évaluation et offrant des traitements psychiatriques. Transfert des patients, depuis les urgences générales des hôpitaux du comté.	Avant : services dans une urgence générale
	États-Unis (Zeller et al., 2014)	Service d'urgence psychiatrique offre l'évaluation et le traitement des troubles mentaux. Transfert des patients depuis les autres urgences du comté, arrivée en ambulance et accès direct sur place.	Avant : services dans les urgences générales
Service de télépsychiatrie	États-Unis (Rachal, Sparks, Zazzaro et Blackwell, 2017)	Offre des consultations psychiatriques à distance (audiovidéo) par un psychiatre de l'urgence spécialisée en psychiatrie pour les patients des urgences générales de la région.	Avant l'implantation du service de télépsychiatrie
	États-Unis (Southard, Neufeld et Laws, 2014)	Téléconsultations en psychiatrie disponibles 24/7 et menées à partir du centre de santé mentale communautaire par un professionnel. Plusieurs options pour diriger les patients après la consultation : admission pour observation, domicile (avec un suivi), centre tertiaire, établissement de santé mentale.	Les consultations en psychiatrie demandées par le clinicien de l'urgence sont menées par un professionnel du centre de santé mentale communautaire situé dans la région qui se rend à l'urgence pour évaluer le patient. Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h. Tous les patients sont admis pour une période d'observation.
Modèle de cogestion	États-Unis (Polevoi et al., 2013)	Service pour les patients dangereux ou sous garde involontaire : 1) Évaluation du patient par le personnel clinique de l'urgence; 2) Demande de consultation en psychiatrie; 3) Service de consultation psychiatrique et de liaison assume la pleine responsabilité du patient (ordonnances de médicaments, tests de laboratoire); 4) Augmentation de l'implication directe des psychiatres ; 5) Réévaluation régulière des patients avec une insistance sur la résolution des cas; 6) Efforts intensifs de la part des travailleurs sociaux du service pour organiser la sortie des patients de l'urgence.	Modèle de consultation offert auparavant par les résidents en psychiatrie.

Tableau 6 : Interventions multimodales modifiant à la fois la structure et le processus des soins

Type d'intervention	Pays (référence)	Description de l'intervention	Comparateur
Centre de soins psychiatriques d'urgence	Australie (Anderson, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> √ Unité d'interventions brèves pour les patients qui seront libérés; √ Processus d'évaluation rapide : accès direct aux évaluations psychiatriques à l'urgence pour les patients déjà pris en charge et qui ne présentent pas de condition physique confondante. 	Établissements sans intervention.
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i>	États-Unis (Balfour et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> √ Processus de gestion de l'amélioration : Préintervention : caucus hebdomadaires; Phase I : réingénierie du processus de triage; Phase II : structure de gestion spécifique à la discipline); √ Ajout de personnel 12 h/jour : ajout au service de triage de jour (psychiatre, infirmière praticienne ou adjoint au médecin). 	Avant l'introduction du projet.
Stratégie de fluidité des patients	Australie (Bost et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> √ Unité d'interventions brèves pour les patients susceptibles d'être admis en santé mentale; √ Outils de triage spécialisés : introduction de l'échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale; √ Processus de gestion des transferts : utilisation d'une liste de vérification pour l'admission rapide des patients provenant de l'urgence présentant un trouble de santé mentale. 	Avant le déploiement de la stratégie.
Initiative multiphases	États-Unis (Hefflefinger, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> √ Unité d'interventions brèves : 7 lits pour les patients non-violents, sans problème d'ordre physique et nécessitant une évaluation psychiatrique immédiate; √ Processus d'évaluation rapide : zone d'évaluation rapide pour les patients psychiatriques : liste de critères pour soutenir le personnel au triage afin de distinguer le niveau d'urgence des situations pour les patients psychiatriques. Pilotage par le service de consultation-liaison conjointement avec le médecin d'urgence pour répondre aux besoins non urgents tels que renouvellement de médicaments, demande de soutien thérapeutique, dépistage toxicologique, analyses sanguines; Après l'évaluation psychiatrique sommaire menée dans cette zone, le médecin décide de la nécessité d'une évaluation psychiatrique complète ou planifie le congé de l'urgence; √ Processus de gestion de l'amélioration : <i>Lean Six Sigma</i> (déterminer les temps de cycles, réviser la grille horaire du personnel, définir le <i>medical clearance</i>, informer les patients des processus, etc.). 	Avant l'initiative (service de consultation liaison en psychiatrie).
Service interdisciplinaire de gestion de crise	États-Unis (Lester et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> √ Unité d'interventions brèves : soins actifs offerts au patient et à ses proches (psychothérapie, pharmacothérapie, gestion de cas et période d'observation d'une durée maximale de 48 heures); √ Processus de gestion des transferts (orientations accélérées pour les patients qui nécessitent une continuité de soins avec des prestataires de soins internes ou externes). 	Avant : urgence générale et espace dédié au traitement des patients psychiatriques.
Ouverture d'un centre psychiatrique régional	États-Unis (Little-Upah et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> √ Unité d'interventions brèves : séjour d'une durée maximale de 23 heures pour les patients qui seront libérés vers la communauté ou admis à l'hôpital psychiatrique adjacent; 	Avant : services dans des urgences générales.

Type d'intervention	Pays (référence)	Description de l'intervention	Comparateur
		<ul style="list-style-type: none"> √ Régionalisation des services d'urgences psychiatriques : ouverture d'un centre d'urgence psychiatrique d'évaluation et de traitement offerts aux patients volontaires. Transferts de patients qui se présentent dans les autres urgences de la ville ou qui y accèdent directement sur place; √ Processus de gestion des transferts : à partir d'un centre d'appel existant opéré par des infirmières et du dénombrement de la disponibilité des lits au <i>Banner Psychiatric Center</i> et dans la communauté. 	
Principes de gestion de la capacité	Australie (Zeitz et Watson, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> √ Unité d'interventions brèves: implantation de modèles de soins de courte durée; √ Processus de gestion de l'amélioration : Phase I (actions en lien avec la fluidité des patients). <p>Phase II (actions en lien avec le suivi des patients) et Phase III (actions en lien avec les opérations quotidiennes).</p>	Avant l'implantation des principes de gestion de la capacité.
Intégration des services d'urgence générale et psychiatrique	États-Unis (Okafor et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> √ Processus d'évaluation rapide : triage et catégorisation des patients en fonction de leur état de santé mentale et physique et transfert vers le lieu et le niveau de soins appropriés; Les patients stables sur le plan physique, mais qui présentent des symptômes psychiatriques sont dirigés vers les services psychiatriques d'urgence. Les patients stables sur les plans physique et mental sont dirigés vers les soins ambulatoires. Les patients instables sur le plan physique sont redirigés vers l'urgence générale; √ Ajout de personnel : Ajout à l'équipe de soins d'urgence d'un travailleur social (temps plein) et d'un psychiatre-consultant (16 h/sem.) pendant le quart de travail de jour. 	Avant l'intégration des services d'urgence générale et psychiatrique.

3.4 Effets des interventions

Les effets des interventions sur la durée de séjour et les temps d'attente à l'urgence sont détaillés dans cette section. La durée de séjour à l'urgence représente le temps qui s'écoule entre le moment de l'inscription (à l'accueil ou au triage) et le moment du départ de l'urgence. Les temps d'attente représentent le temps qui s'écoule entre les différentes étapes de la trajectoire de services à l'urgence.

3.4.1 Effets sur la durée de séjour

A) Moyenne ou médiane de la durée de séjour à l'urgence

Dans 15 études, la durée de séjour à l'urgence en minutes a été déterminée à partir de mesures de temps définies par la moyenne ou la médiane (Alarcon Manchego et al., 2015; Balfour et al., 2017; Blumstein et al., 2013; Bost et al., 2015; Chepenik et Pinker, 2017; Gomez et Dopheide, 2016; Hefflefinger, 2014; Lester et al., 2017; Parwani et al., 2017; Polevoi et al., 2013; Rachal et al., 2017; Reeve et al., 2016; Reeve et al., 2014; Southard et al., 2014; Vocalan Jr et Hegarty, 2012; Woo et al., 2007; Zeitz et Watson, 2017). Le choix de présenter l'une ou l'autre de ces mesures est basé sur des raisons méthodologiques (**encadré 2**).

Encadré 2 : La moyenne et la médiane

La moyenne et la médiane sont des mesures qui décrivent toutes deux la tendance centrale de la distribution d'une variable quantitative.

La moyenne est calculée en additionnant toutes les valeurs d'une variable et en divisant la somme par le nombre total de valeurs. Elle est utilisée pour des distributions normales, ayant un faible nombre de valeurs aberrantes ou extrêmes.

La médiane représente la valeur numérique qui sépare la moitié supérieure et la moitié inférieure de l'ensemble des valeurs d'une variable. La médiane est généralement utilisée pour préciser la tendance centrale lorsque la distribution des données est asymétrique.

Les variations de la durée de séjour à l'urgence entre les groupes de comparaison et les groupes d'intervention ont été calculées en pourcentage afin de pouvoir comparer les données entre elles. Le pourcentage d'amélioration a été calculé en considérant que la mesure (moyenne ou médiane) de la durée de séjour du groupe de comparaison équivaut à 100 % du temps d'attente. Le pourcentage de la durée de séjour du groupe d'intervention a donc été déterminé en fonction du groupe de comparaison (durée de séjour du groupe d'intervention/durée de séjour du groupe de comparaison X 100). Le taux d'amélioration a été calculé en soustrayant le pourcentage de la durée de séjour du groupe d'intervention du pourcentage de la durée de séjour du groupe de comparaison (100 %). Les données et les résultats de ces calculs sont présentés dans le **tableau 7**. La significativité statistique de la différence entre le groupe de comparaison et le groupe d'intervention n'est pas disponible dans toutes les études et les données présentées sont insuffisantes pour effectuer les tests statistiques appropriés, ce qui rend certains résultats difficilement interprétables (**encadré 3**). Pour cet ETMI, le seuil de significativité statistique a été établi à 0,05. De plus, les données de certaines études sont présentées en fonction de la trajectoire suivie par les patients de l'urgence (selon qu'ils sont admis en psychiatrie, qu'ils sont libérés, etc.). Ceci explique pourquoi certaines études présentent plus d'un résultat pour une même intervention.

Encadré 3 : La significativité statistique des résultats

La significativité statistique permet de statuer sur la probabilité que l'effet observé soit dû au hasard ou à l'intervention. Le seuil à partir duquel une différence est significative est généralement établi à 0,05.

- **Un résultat significatif** indique que la probabilité (p) que l'effet observé soit dû au hasard est très faible. Par exemple, « $p < 0,001$ » signifie que la probabilité que la différence entre les groupes soit due au hasard est inférieure à 0,01 % et donc, que l'effet est dû à l'intervention;
- Un résultat **non significatif** (ns ou $p > 0,05$) indique une probabilité élevée que la différence entre les groupes soit due au hasard, et non à l'intervention;
- Lorsqu'aucun test de significativité statistique n'a été réalisé ou que son résultat n'est pas présenté dans les études, la mention **non disponible** ($p = nd$) est signalée. Dans ces cas, les différences entre les groupes doivent être interprétées avec prudence, puisque la probabilité que la différence soit due au hasard, et non à l'intervention, n'a pas été prise en compte.

À la suite de l'implantation de onze interventions, une réduction importante de la durée de séjour à l'urgence a été observée. Une diminution supérieure ou égale à 15 % de la moyenne ou de la médiane de la durée de séjour a été considérée comme étant importante, tel qu'il a été statué par le comité de suivi. Cependant, alors que dans certaines études cette diminution s'est avérée significative sur le plan statistique, dans d'autres, ce paramètre n'a pas été considéré.

À la suite de l'implantation de trois autres interventions, une diminution de la durée de séjour à l'urgence a été mesurée, mais s'est avérée non significative sur le plan statistique. Ces interventions concernent la stratégie de fluidité des patients (Bost et al., 2015), la tournée du personnel de psychiatrie pour l'ensemble des patients qui séjournent à l'urgence depuis plus de 12 heures (Blumstein et al., 2013)³ et le service de liaison pour les dépendances à l'alcool et aux drogues (2016; Reeve et al., 2014). Pour cette dernière intervention, des rapports de cotes ont été calculés pour estimer le changement de la moyenne de la durée de séjour⁴.

B) Limites inférieures et supérieures de la durée de séjour à l'urgence

Little-Upah et al. (2013) rapportent les limites inférieures et supérieures de la durée de séjour pour les patients en attente d'un lit, avant et après l'ouverture d'un centre psychiatrique régional.

³ Des améliorations significatives sont toutefois observées pour les patients qui attendent le plus longtemps. Ceux se situant entre le 75^e et le 95^e percentile attendent 13h de moins qu'avant ($p = 0,01$), alors que ceux du 95^e percentile et plus attendent 31 h de moins qu'avant ($p = 0,01$). Pour les patients se situant dans les autres percentiles, aucune différence significative n'a été observée avant et après l'implantation de la tournée du personnel de psychiatrie.

⁴ Les résultats ne sont pas présentés dans le tableau 7, puisqu'ils sont sous forme de rapports de cotes. Cette étude cas-témoins ne présente donc pas les durées de séjour avant et après l'intervention, mais les résultats en fonction d'avoir reçu ou non des services d'un service de liaison.

Les durées de séjour à l'urgence se situaient entre 14 h et 16 h avant l'intervention et entre 8 h et 10 h après l'intervention. Ceci représente une diminution de 40 % de la durée de séjour à l'urgence, telle que rapportée par les auteurs de l'étude.

Tableau 7 : Interventions visant à diminuer la durée de séjour à l'urgence

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Durée de séjour (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Service de télépsychiatrie (tous)	Southard et al. (2014)	24	38	1 578	492	69	<0,001
				1 902	1 020	46	<0,001
	Rachal et al. (2017)	nd	nd	2 694	1 344	50	nd
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i> (tous)	Balfour et al. (2017)	10 546*	10 353*	343	118	66	<0,0001
Modèle de cogestion (libérés)	Polevoi et al. (2013)	221	180	nd	nd	63	<0,0005
Modèle de cogestion (admis)		828	649	2 993	1 122	22	<0,0005
Principes de gestion de la capacité (tous)	Zeitz et Watson (2017)	nd	nd	1 235	514	58	nd
Service d'urgence psychiatrique spécialisé (involontaires)	Woo et al. (2007)	100	100	639	330	48	<0,01
Initiative multiphasés (tous)	Hefflefinger (2014)	nd	nd	504	300	40	nd
Ajout de personnel (libérés)	Chepenik et Pinker (2017)	na	na	882	534	39	nd
Ajout de personnel (admis)				2 286	1 992	13	nd
Service interdisciplinaire de gestion de crise (tous)	Lester et al. (2017) ⁵	2 211*	2 387*	869	667	23	nd
				573	437	24	nd
Service interdisciplinaire de gestion de crise (admis)	Lester et al. (2017) ⁵	1 301	1 214	6 053	5 460	10	nd
				2 769	1 881	32	nd
Traitement des états d'agitation aiguë	Gomez et Dopheide (2016)	329*	59*	1 782	1 356	24	0,038
Unités d'interventions brèves (tous)	Alarcon Manchego et al. (2015)	2 788*	5 669*	258	200	22	<0,01
	Parwani et al. (2017)	3 501	3 798	1 112	920	17	0,03
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques (admis)	Vocalan Jr et Hegarty (2012) ⁶	nd	nd	724	593	18	<0,001

⁵ Dans cette étude, la durée de séjour pour les patients admis inclut le temps d'hospitalisation.

⁶ La régionalisation des services d'urgences psychiatriques a entraîné une diminution de 7 % de la médiane de la durée de séjour lorsque tous les patients de l'étude sont considérés (p<0,0001). Toutefois, lorsque l'on tient compte de la destination des patients à la sortie de l'urgence, seuls ceux admis en psychiatrie voient leur durée de séjour

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Durée de séjour (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
en psychiatrie)							
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques (tous)		4 872	4 390	334	312	7	<0,0001
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques (admis unité méd.)		nd	nd	350	330	6	ns
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques (libérés)		nd	nd	231	224	3	ns
Stratégie de fluidité des patients (tous)	Bost et al. (2015)	1 511*	1 526*	296	255	14	ns
Tournée du personnel de psychiatrie (>12 h)	Blumstein et al. (2013)	355	512	1 686	1 626	4	ns

na= non applicable; ns= non significatif; nd= non disponible; □ moyenne; □ médiane; *= nombre de visites à l'urgence.

C) Pourcentage de patients selon la durée de séjour à l'urgence

Quatre études ont mesuré l'effet des interventions sur le pourcentage de patients qui attendent à l'urgence en fonction de laps de temps spécifiques (Alarcon Manchego et al., 2015; Anderson, 2012; Bost et al., 2015; Zeitz et Watson, 2017) (**tableau 8**). Des proportions significativement moins élevées de patients attendaient plus de 4 h ou plus de 24 h à l'urgence à la suite de la mise en place d'unités d'interventions brèves (Alarcon Manchego et al., 2015). Un effet similaire est observé à la suite de l'application de principes de gestion de la capacité pour les proportions de patients ayant attendu plus de 24 heures, mais la significativité statistique de cette différence n'est pas disponible (Zeitz et Watson, 2017).

À la suite de l'implantation de la stratégie de fluidité des patients, la proportion de patients qui attendaient moins longtemps était significativement plus élevée (<4 h et <8 h) (Bost et al., 2015). L'ajout d'un centre de soins psychiatriques d'urgence a quant à lui eu un très faible impact sur les proportions de patients qui ont attendu moins de 8 heures ou plus de 24 heures avant d'être hospitalisés. Pour cette intervention, la significativité statistique n'est toutefois pas disponible (Anderson, 2012).

diminuer de façon significative sur le plan statistique, contrairement à ceux admis dans une unité de médecine ou libérés de l'hôpital.

Tableau 8 : Effets des interventions sur le % de patients selon la durée de séjour à l'urgence

Interventions	Études	Durée de séjour	% de patients (n)		p
			Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	
Unités d'interventions brèves (tous)	Alarcon Manchego et al. (2015)	>4 h	52,5 (1 464*)	35,4 (2 002*)	<0,001
		>24 h	6 (166*)	0,16 (9*)	<0,001
Stratégie de fluidité des patients (tous)	Bost et al. (2015)	<4 h	39,9 (603*)	46,5 (709*)	<0,001
Stratégie de fluidité des patients (admis)		<8 h	54,5 (316*)	71,9 (419*)	<0,001
Principes de gestion de la capacité (tous)	Zeitz et Watson (2017)	>24 h	26 (112*)	7,5 (32*)	nd
Centre de soins psychiatriques d'urgence (admis)	Anderson (2012)	<8 h	67 (1 731)	65 (5 144)	nd
		>24 h	5,5 (429)	5,2 (135)	nd

nd= non disponible; *= nombre de visites à l'urgence.

3.4.2 Effets sur le temps d'attente et les intervalles de temps

A) Temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et le triage

Une seule étude a mesuré l'effet d'une intervention sur le temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et le triage (Okafor et al., 2016). À la suite de l'intégration des services d'urgence générale et psychiatrique, une diminution de la médiane du temps d'attente de 67 % ($p=0,0232$) a été rapportée. Le temps d'attente médian est passé de 91,9 minutes à 30,34 minutes après l'intervention.

B) Temps d'attente entre le triage et la fin de la première évaluation générale

Six études ont mesuré l'impact de cinq interventions sur le temps écoulé entre l'arrivée à l'urgence et la fin de la première évaluation générale (**tableau 9**) (Bost et al., 2015; Downey et al., 2014; 2015; Okafor et al., 2016; Parwani et al., 2017; Woo et al., 2007). L'implantation d'une unité d'interventions brèves a permis une diminution statistiquement significative de la médiane du temps d'attente de l'ordre de 77 % (Parwani et al., 2017). L'implantation d'un service d'urgence psychiatrique spécialisé pour les patients qui se présentent à l'urgence de façon involontaire a permis une diminution de 13 % de la médiane du temps d'attente comparativement au modèle de consultation en psychiatrie (Woo et al., 2007). La significativité statistique de cette différence n'est toutefois pas disponible.

Lorsque l'utilisation d'un outil de triage spécialisé (échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale) est comparée à celle de l'index de sévérité d'urgence de l'Association des infirmières d'urgence (ENA), des diminutions de la moyenne du temps d'attente pour les patients de tous les niveaux de priorités couverts sont observées⁷ (Downey et al., 2014). Des baisses graduelles de 10 %, 18 %, 38 %, 31 % et 68 % ont été observées pour les niveaux de priorités allant respectivement de 5 à 1. La significativité statistique de la différence entre les groupes d'intervention et de comparaison n'est cependant pas disponible. Lorsque l'utilisation de l'échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale est comparée à celle de l'échelle canadienne de triage et de gravité, des diminutions de la moyenne du temps d'attente de 11 %, 33 %, 40 % et 57 % sont observées pour les niveaux d'urgence 1, 3, 4 et 5 respectivement⁸ (Downey et al., 2015). La significativité statistique de la différence entre les groupes n'est pas présentée.

D'autre part, la diminution mesurée du temps d'attente médian à la suite de l'intégration des services d'urgence générale et psychiatrique n'est pas significative sur le plan statistique (Okafor et al., 2016). Pour ce qui est de la mise en place d'une stratégie de fluidité des patients, aucune différence n'a été observée quant au temps d'attente moyen à la suite de son implantation (Bost et al., 2015).

Tableau 9 : Effets des interventions sur le temps d'attente entre le triage et la fin de la première évaluation générale

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Temps d'attente (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Unité d'interventions brèves (tous)	Parwani et al. (2017)	3 501	3 798	155	35	77	<0,001
Service d'urgence psychiatrique spécialisé (involontaires)	Woo et al. (2007)	100	100	377	328	13	nd
Outil de triage spécialisé (5)	Downey et al. (2014)	2	27	41	37	10	nd
Outil de triage spécialisé (4)		5	11	49	40	18	nd
Outil de triage spécialisé (3)		51	25	48	30	38	nd
Outil de triage spécialisé (2)		30	27	35	24	31	nd
Outil de triage spécialisé (1)		7	5	31	10	68	nd
Outil de triage spécialisé (5)	Downey et al. (2015)	2	75	37	33	11	nd
Outil de triage spécialisé (4)		9	18	27	18	33	nd
Outil de triage spécialisé (3)		48	6	35	21	40	nd
Outil de triage spécialisé (1)		12	1	23	10	57	nd
Intégration des services d'urgence générale et psychiatrique (tous)	Okafor et al. (2016)	4 329	4 867	487	466	4	ns

⁷ Le niveau 1 est attribué aux patients qui nécessitent une réanimation, le niveau 2 aux cas d'urgence immédiate, le niveau 3 aux cas urgents, le niveau 4 aux cas moins urgents et le niveau 5 aux cas non urgents.

⁸ Aucun participant n'a été classé dans le niveau 2 avec l'échelle canadienne de gravité, ce qui explique l'absence de résultat pour ce niveau de priorité.

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Temps d'attente (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Stratégie de fluidité des patients (tous)	Bost et al. (2015)	1 511*	1 526*	48	48	0	ns

ns= non significatif; nd= non disponible; □ moyenne; □ médiane;
 *= nombre de visites à l'urgence

C) Temps d'attente entre l'évaluation générale et l'évaluation psychiatrique

Trois études ont rapporté des mesures du temps écoulé entre l'évaluation générale et l'évaluation psychiatrique (Alarcon Manchego et al., 2015; Opmeer et al., 2017; Southard et al., 2014). Deux ont montré une amélioration des temps d'attente (**tableau 10**) (Opmeer et al., 2017; Southard et al., 2014). La prolongation des heures de services de la psychiatrie de liaison par l'ajout de personnel a amené une diminution statistiquement significative de la médiane du temps d'attente pour l'ensemble des patients se présentant à l'urgence parce qu'ils se sont infligé des blessures (Opmeer et al., 2017). L'étude rapporte toutefois une augmentation de 8 % (p=ns) de la médiane du temps d'attente pour les heures de service habituelles (de 9 h à 17 h) et une diminution de 18 % pour les heures de service ajoutées (p=0,003). Aussi, l'implantation d'un service de télépsychiatrie a entraîné des diminutions statistiquement significatives du temps d'attente moyen et médian (Southard et al., 2014). D'un autre côté, une augmentation significative du temps d'attente médian a été observée à la suite de l'implantation d'une unité d'interventions brèves (Alarcon Manchego et al., 2015).

Tableau 10 : Effets des interventions sur le temps d'attente entre l'évaluation générale et l'évaluation psychiatrique

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Temps d'attente (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Unités d'interventions brèves (tous)	Alarcon Manchego et al. (2015)	2 788*	5 669*	25	40	60	<0,01
Prolongation des heures de service (tous)	Opmeer et al. (2017)	298	318	570	413	28	<0,001
Service de télépsychiatrie (tous)	Southard et al. (2014)	24	38	972	324	67	<0,001
				852	156	82	<0,001

□ moyenne; □ médiane; *= nombre de visites à l'urgence

D) Temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation psychiatrique

L'effet des interventions sur le temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation psychiatrique a été mesuré dans quatre études (Donley et Sheehan, 2015; Opmeer et al., 2017; 2016; Wand et al., 2015; Winokur et al., 2017). L'étude de Donley et Sheehan (2015) rapporte la perception de travailleurs sociaux et d'infirmières spécialisées en santé mentale dans les urgences quant à l'effet de l'imposition d'une cible nationale d'accès aux urgences. Cette cible, fixée à quatre heures, porte plus précisément sur le temps d'attente entre l'arrivée d'un patient à l'urgence et l'évaluation psychiatrique par un travailleur social ou une infirmière psychiatrique sénior qui prend la décision d'admettre un patient ou de lui donner son congé. Soixante pour cent des répondants ont rapporté, par questionnaire autoadministré, que la cible nationale avait eu comme effet positif de réduire le temps d'attente des patients et de pouvoir voir les patients plus rapidement.

L'effet de la prolongation des heures de service sur le temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et la prise en charge par l'infirmière de liaison en santé mentale a été mesurée dans l'étude Wand, D'Abrew et coll. (2016; 2015). Pour toutes les heures (pendant et en dehors des heures du service), 45 % des patients sont vus en moins d'une heure, comparativement à 55 % pendant les heures de service ($p=nd$). Ces taux sont de 63 % et 75 % respectivement, pour les patients qui attendent moins de deux heures ($p=nd$).

Les résultats des deux autres études sont présentés dans le **tableau 11**. Une amélioration statistiquement significative du temps d'attente médian a été observée à la suite de la prolongation des heures de service de la psychiatrie de la liaison pour les patients s'étant présentés à l'urgence pour des blessures auto-infligées (Opmeer et al., 2017). Une amélioration du temps d'attente moyen a par ailleurs été observée à la suite du développement et à l'implantation d'une ordonnance collective qui permet aux infirmières d'évaluer et de traiter les patients en état d'agitation aiguë, en comparaison avec l'administration du traitement par un médecin de l'urgence (Winokur et al., 2017). Cependant, le niveau de significativité statistique n'est pas disponible pour les résultats de cette étude.

Tableau 11 : Effets des interventions sur le temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation psychiatrique

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Temps d'attente (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Prolongation des heures de service (tous)	Opremeer et al. (2017)	298	318	704	510	28	<0,017
Traitement des états d'agitation aiguë (tous)	Winokur et al. (2017)	nd	nd	43	4	91	nd

nd= non disponible; moyenne; médiane

E) Temps d'attente entre la demande d'hospitalisation et la sortie de l'urgence

Deux études ont mesuré l'impact d'une intervention sur le temps d'attente entre la demande d'hospitalisation et le moment où le patient quitte le département d'urgence pour être hospitalisé (Stover et Harpin, 2015; Zeller et al., 2014). Le **tableau 12** présente les résultats de l'effet d'un processus d'amélioration continue (Stover et Harpin, 2015) et de la régionalisation des services d'urgences psychiatriques (Zeller et al., 2014).

À la suite des deux interventions, le temps d'attente moyen a diminué, mais seul le processus d'amélioration continue présente une différence statistiquement significative entre le groupe de comparaison et celui d'intervention.

Tableau 12 : Effets des interventions sur le temps d'attente moyen entre la demande d'hospitalisation et la sortie de l'urgence

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Temps d'attente (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Processus d'amélioration continue	Stover et Harpin (2015)	97	120	630	304	52	0,006
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques	Zeller et al. (2014)	nd	144	603	107	82	nd

nd= non disponible; moyenne

F) Intervalle de temps passé dans une unité de courte durée

Le **tableau 13** présente les résultats des deux études qui ont mesuré l'intervalle de temps passé dans une unité de courte durée (Balfour et al., 2017; Parwani et al., 2017).

L'étude de Parwani et al. (2017) documente le temps passé dans une unité de crise⁹, mesuré à partir du moment où le patient quitte l'urgence générale en direction de cette unité et celui de son départ de l'unité. Les données rapportées montrent une diminution statistiquement significative du temps médian passé dans cette unité. L'étude de Balfour et al. (2017) montre pour sa part une diminution statistiquement significative du temps médian passé à l'unité d'observation immédiatement après la transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de *Lean management*. Cette différence a été observée immédiatement après l'intervention. Une diminution de 3 % (p=0,0086) a aussi été mesurée un an après le début de l'intervention, soit un temps médian de 1 410 minutes passé dans l'unité de courte durée.

Tableau 13 : Effets des interventions sur le temps médian passé dans une unité de courte durée

Interventions	Études	Nombre de participants (n)		Intervalle de temps (minutes)		Différence (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i> (tous)	Balfour et al. (2017)	10 546*	10 353*	1 452	1 332	8 ¹⁰	<0,0001
Unités d'interventions brèves (tous)	Parwani et al. (2017)	3 501	3 798	865	379	56	<0,0001

□ moyenne □ médiane; *= nombre de visites à l'urgence

G) Intervalle de temps passé à l'urgence psychiatrique

Une seule étude a mesuré le temps passé à l'urgence psychiatrique (Okafor et al., 2016). À la suite de l'intégration des services d'urgence générale et psychiatrique, Okafor et al. (2016) rapportent que l'intervalle de temps médian passé à l'urgence psychiatrique a varié de 480 minutes à 435 minutes. Ceci représente une diminution statistiquement significative de 9,4 % (p=0,0434).

⁹ Tous les patients sont évalués dans l'unité de crise avant et après l'intervention. L'intervention est l'ajout d'une unité d'observation (de courte durée) située à l'extérieur de l'urgence. Seuls les patients en attente d'un lit d'hospitalisation y séjournent.

¹⁰ Tous les patients sont évalués dans l'unité de crise avant et après l'intervention. L'intervention est l'ajout d'une unité d'observation (de courte durée) située à l'extérieur de l'urgence. Seuls les patients en attente d'un lit d'hospitalisation y séjournent. Cette différence a été observée immédiatement après l'intervention. Une diminution de 3 % (p=0,0086) a aussi été mesurée un an après le début de l'intervention, soit un temps médian de 1 410 minutes passé dans l'unité de courte durée.

3.4.3 Variables secondaires

Sept variables secondaires ont été documentées à la demande du comité de suivi du projet.

A) Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence

Les variations des taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence ont été documentées pour dix interventions (**tableau 14**) (Alarcon Manchego et al., 2015; Blumstein et al., 2013; Bost et al., 2015; Lester et al., 2017; Little-Upah et al., 2013; Opmeer et al., 2017; Parwani et al., 2017; Polevoi et al., 2013; Southard et al., 2014; Woo et al., 2007; Zeitz et Watson, 2017).

Une diminution du taux d'hospitalisation a été observée pour cinq de ces interventions par rapport aux groupes de comparaison. Pour les cinq autres, une augmentation du taux d'hospitalisation a été mesurée par rapport aux groupes de comparaison. À la suite de l'implantation d'unités d'interventions brèves, une diminution statistiquement significative des taux d'hospitalisation a été rapportée dans deux études (Alarcon Manchego et al., 2015; Parwani et al., 2017). Un effet similaire a été observé à la suite de l'ouverture d'un centre psychiatrique régional (Little-Upah et al., 2013), de la mise en place d'un service de télépsychiatrie (Southard et al., 2014) et de l'implantation d'un service interdisciplinaire de gestion de crise (Lester et al., 2017). Toutefois, la significativité statistique de ces différences n'est pas disponible. L'instauration d'un modèle de cogestion a elle aussi mené à une baisse du taux d'hospitalisation. Toutefois, cette différence s'est avérée non significative sur le plan statistique (Polevoi et al., 2013).

À la suite de l'instauration d'une tournée du personnel de psychiatrie pour les patients qui séjournent à l'urgence depuis plus de 12 heures, une légère hausse du taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence a été constatée (Blumstein et al., 2013). Une hausse a aussi été observée à la suite de l'implantation de principes de gestion de la capacité, mais la significativité statistique n'est pas disponible (Zeitz et Watson, 2017). À la suite de l'implantation de trois autres interventions, une augmentation des taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence a été mesurée, mais s'est montrée non significative sur le plan statistique. Ces interventions concernent la prolongation des heures de services de la psychiatrie de liaison par l'ajout de personnel (Opmeer et al., 2017), la mise en place d'un service d'urgence spécialisé en psychiatrie pour des patients involontaires (Woo et al., 2007) et le déploiement d'une stratégie de fluidité des patients (Bost et al., 2015).

Tableau 14 : Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence

Interventions	Études	Taux d'hospitalisation (%) (n)		Variation ¹¹ (%)	p
		Groupe de comparaison	Groupe d'intervention		
Unités d'interventions brèves	Parwani et al. (2017)	42,1 (1 474)	23,1 (877)	↓ 45,1	<0,0001
	Alarcon Manchego et al. (2015)	30,5 (842*)	21,9 (1 239*)	↓ 28,2	<0,01
Ouverture d'un centre psychiatrique régional	Little-Upah et al. (2013)	75 (nd)	45 (nd)	↓ 40	nd
Service de télépsychiatrie	Southard et al. (2014)	100 (24)	71 (24)	↓ 29	nd
Service interdisciplinaire de gestion de crise	Lester et al. (2017)	58,8 (1 301)	50,9 (1 214)	↓ 13,4	nd
Modèle de cogestion	Polevoi et al. (2013)	78,8 (828)	78,1 (649)	↓ 0,9	ns
Tournée du personnel de psychiatrie pour les patients qui séjournent à l'urgence depuis plus de 12 heures	Blumstein et al. (2013)	49,8 (177)	50,8 (260)	↑ 2	0,005 ¹²
Principes de gestion de la capacité	Zeitz et Watson (2017)	30 (nd)	33 (nd)	↑ 10	nd
Prolongation des heures de services de la psychiatrie de liaison par l'ajout de personnel	Opmeer et al. (2017)	65,7 (245)	68,5 (261)	↑ 4,3	ns
Service d'urgence spécialisé en psychiatrie pour des patients involontaires	Woo et al. (2007)	47 (47)	52 (52)	↑ 10,6	ns
Stratégie de fluidité des patients	Bost et al. (2015)	39,2 (592)	39,4 (601)	↑ 0,5	ns ¹³

ns= non significatif; nd= non disponible; *= nombre de visites à l'urgence

Pour deux autres interventions, seuls les taux d'hospitalisation à la suite de l'intervention sont rapportés (2016; Wand et al., 2015; Zeller et al., 2014).

Il s'agit de la prolongation des heures d'un service de liaison infirmier en santé mentale (2016; Wand et al., 2015) et de la régionalisation des services d'urgences psychiatriques (Zeller et al., 2014) qui ont respectivement rapporté des taux d'hospitalisation de 30 % et de 24,8 %.

¹¹ Le % de variation a été calculé en considérant que le taux d'hospitalisation du groupe de comparaison équivaut à 100 % du taux d'hospitalisation. Le % d'hospitalisation du groupe d'intervention a été déterminé en fonction du groupe de comparaison (nombre d'hospitalisations groupe d'intervention x 100/nombre d'hospitalisations). La variation a été calculée en soustrayant le % d'hospitalisation du groupe d'intervention du % d'hospitalisation du groupe de comparaison.

¹² Valeur-p commune à l'ensemble des possibilités de sortie de l'urgence pour tout le groupe et non propre à chaque type de sortie.

¹³ Données non rapportées.

B) Taux de référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation

Pour une seule intervention, l'impact sur le taux de référence des patients vers une ressource alternative à l'hospitalisation a été mesuré (Opmeer et al., 2017). Après la prolongation des heures de services de la psychiatrie de liaison par l'ajout de personnel, une augmentation de 111 % ($p=0,001$) des cas dirigés vers une équipe dans la communauté a été observée (Opmeer et al., 2017). Par ailleurs, des données rapportées dans l'étude de Wand et al. (2015) montrent que 37 % des patients inclus ont été dirigés vers des services en santé mentale ou en toxicomanie offerts dans la communauté.

C) Satisfaction

Trois études ont mesuré la satisfaction des patients ou du personnel à la suite de la mise en place d'une intervention (Donley et Sheehan, 2015; Hefflefinger, 2014; 2016; Wand et al., 2015). Immédiatement après l'implantation d'une initiative multiphasées, le taux de satisfaction des patients est passé de 79,1 % à 82,6 %, une amélioration de 4 % ($p=nd$), puis à 86,5 % une année plus tard ($p=nd$) (Hefflefinger, 2014). Par ailleurs, l'instauration d'une cible nationale d'accès fixée à quatre heures entre l'arrivée d'un patient à l'urgence et son évaluation psychiatrique (par un travailleur social ou une infirmière psychiatrique sénior) a été majoritairement qualifiée par le personnel de « ni positive, ni négative » (57,7 %). Dix-huit pour cent du personnel l'ont qualifiée de « positive », 22 % de « négative » et 2,3 % de « très négative » (Donley et Sheehan, 2015).

L'implantation d'un service de liaison infirmier en santé mentale à même l'urgence a satisfait les patients et le personnel (2016; Wand et al., 2015). Malgré quelques insatisfactions exprimées par rapport à l'ensemble de leur expérience à l'urgence, une majorité des patients questionnés s'est dite satisfaite de l'implantation du service de liaison infirmier. Ceux-ci ont reconnu la patience, le sens de l'écoute ainsi que l'intérêt réel du personnel envers eux et leurs besoins. Les patients ont dit aussi apprécier les habiletés communicationnelles thérapeutiques du personnel, spécialement lorsque le temps d'attente pour voir un médecin est long. Ils ont ajouté avoir ressenti un effet calmant à la suite des explications du personnel entourant le fonctionnement du service d'urgence. Les patients ont enfin affirmé avoir le sentiment d'avoir été vus dans un temps opportun par le personnel du service de liaison infirmier en santé mentale. En ce qui concerne le personnel, celui-ci dit avoir amélioré sa confiance pour gérer les problèmes de santé mentale, en avoir une meilleure compréhension et faire preuve de plus de patience envers les patients. Le personnel de l'urgence s'est dit également soutenu par l'équipe du service de liaison infirmier nouvellement arrivée.

D) Taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures suivant l'obtention du congé de l'urgence

Aucune étude n'a mesuré le taux de retour à l'urgence dans les 48 ou 72 heures suivant l'obtention du congé de l'urgence.

E) Taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital

Une étude a mesuré l'effet de l'implantation d'un service interdisciplinaire de gestion de crise sur le taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital (Lester et al., 2017). Cependant, la différence entre le groupe d'intervention et celui de comparaison n'est pas statistiquement significative.

F) Accès aux services d'une équipe d'intervention de crise

Deux études ont mesuré l'effet des interventions sur l'accès aux services d'une équipe d'intervention de crise (Donley et Sheehan, 2015; Opmeer et al., 2017). D'une part, la prolongation des heures de services de la psychiatrie de liaison par l'ajout de personnel n'a pas montré d'impact statistiquement significatif sur le taux de patients dirigés vers une équipe d'intervention de crise à la sortie de l'urgence (Opmeer et al., 2017). D'autre part, à la suite de l'instauration d'une cible nationale d'accès fixée à quatre heures entre l'arrivée d'un patient à l'urgence et son évaluation psychiatrique, 21 % des cliniciens sondés ont affirmé diriger désormais plus rapidement les patients vers une équipe d'intervention de crise ou les hospitaliser plus tôt qu'avant l'implantation de la cible (Donley et Sheehan, 2015).

G) Accès à des services spécialisés en dépendance

Une étude portant sur la prolongation des heures de services de la psychiatrie de liaison par l'ajout de personnel a montré que cette intervention n'a aucun impact statistiquement significatif sur l'accès à des services spécialisés en dépendance (Opmeer et al., 2017).

4. Analyse du niveau de preuve pour les variables principales

Le niveau de preuve a été analysé dans un premier temps en ce qui concerne l'impact des interventions répertoriées sur la durée de séjour à l'urgence et, dans un deuxième temps, sur les temps d'attente à l'urgence. Les données ayant servi à l'analyse sont détaillées à l'annexe 5. Les tableaux 15 et 16 présentent un condensé de l'analyse.

4.1 Durée de séjour

Lorsque les moyennes et les médianes de durées de séjour sont considérées, une seule intervention présente un niveau de preuve scientifique élevé, soit l'introduction d'unités d'interventions brèves¹³ (tableaux 15). L'analyse des autres résultats obtenus à l'aide des mesures de moyennes et de médianes de durées de séjour permettent d'établir un niveau de preuve modéré pour la régionalisation des services d'urgences psychiatriques, l'implantation d'un modèle de cogestion, la transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de *Lean management* et la mise en place d'un service interdisciplinaire de gestion de crise. Toutes les autres interventions présentent un niveau de preuve faible ou une preuve insuffisante.

L'ouverture d'un centre psychiatrique régional, intervention pour laquelle les limites inférieures et supérieures de durées de séjour ont été considérées, présente une preuve scientifique insuffisante de son efficacité. Pour les interventions qui ont été évaluées selon les pourcentages de patients ayant séjourné à l'urgence pendant un laps de temps spécifique, toutes, sauf la mise en place d'une unité d'interventions brèves (niveau de preuve modéré), présentent un niveau de preuve faible ou une preuve insuffisante.

Tableau 15 : Évaluation des niveaux de preuve pour la durée de séjour

Type d'intervention	Concordance	Robustesse (n ^{bre} études)	Nombre de participants (total)	Score de qualité (n ^{bre} études)	Évaluation du niveau de preuve
Durée de séjour à l'urgence mesurée à l'aide de moyennes et de médianes					
Unités d'interventions brèves	Forte	Fort (2)	Très élevé	Élevé (2)	Élevé
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques	s.o.	Fort (1)	Très élevé	Modéré (1)	Modéré
Modèle de cogestion	s.o.	Fort (1)	Élevé	Élevé (1)	Modéré
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i>	s.o.	Fort (1)	Très élevé	Modéré (1)	Modéré
Service interdisciplinaire de gestion de crise	s.o.	Fort (1)	Élevé	Élevé (1)	Modéré

¹³ Un niveau de preuve modéré est toutefois obtenu pour cette intervention lorsque l'on considère les mesures de pourcentage de patients ayant séjourné un certain laps de temps à l'urgence (4 heures et plus et 24 heures et plus).

Type d'intervention	Concordance	Robustesse (n ^{bre} études)	Nombre de participants (total)	Score de qualité (n ^{bre} études)	Évaluation du niveau de preuve
Service d'urgence psychiatrique spécialisé	s.o.	Fort (1)	Peu élevé	Modéré (1)	Faible
Tournée du personnel de psychiatrie	s.o.	Fort (1)	Peu élevé	Modéré (1)	Faible
Traitement des états d'agitation aiguë	s.o.	Modéré (1)	Peu élevé	Élevé (1)	Faible
Service de liaison	s.o.	Modéré (1)	Élevé	Modéré (1)	Faible
Services de télépsychiatrie	Forte	Fort (2)	Non disponible	Faible (1)	Faible
			Peu élevé	Modéré (1)	
Stratégie de fluidité des patients	s.o.	Fort (1)	Peu élevé	Élevé (1)	Faible
Ajout de personnel/ prolongation des heures de service	s.o.	Modéré (1)	Élevé	Faible (1)	Preuve insuffisante
Initiative multiphases	s.o.	Fort (1)	Non disponible	Faible (1)	Preuve insuffisante
Principes de gestion de la capacité	s.o.	Fort (1)	Non disponible	Faible (1)	Preuve insuffisante
Durée de séjour mesurée à l'aide des limites inférieures et supérieures					
Ouverture d'un centre psychiatrique régional	s.o.	Fort (1)	Non disponible	Faible (1)	Preuve insuffisante
Durée de séjour à l'urgence évaluée selon le pourcentage de patients ayant attendu pendant un laps de temps spécifique					
Unités d'interventions brèves	s.o.	Fort (1)	Très élevé	Élevé (1)	Modéré
Stratégie de fluidité des patients	s.o.	Fort (1)	Peu élevé	Élevé (1)	Faible
Principes de gestion de la capacité	s.o.	Fort (1)	Non disponible	Faible (1)	Preuve insuffisante
Centre de soins psychiatriques d'urgence	s.o.	Modéré (1)	Très élevé	Faible (1)	Preuve insuffisante

Légende :

s.o. : sans objet (une seule étude, la concordance entre les études ne peut être évaluée).

Concordance : faible si les résultats ne font pas consensus des différentes études; moyenne si consensus moyen entre les résultats; forte si consensus élevé entre les résultats.

Robustesse : devis faible (qualitatif ou transversal); devis modéré (cohorte rétrospective); devis fort (étude quantitative avant-après ou série chronologique interrompue).

Nombre de participants : peu élevé ($n \leq 1000$); élevé ($1000 < n < 5000$); très élevé ($n \geq 5000$).

Score de qualité : faible ($\leq 60\%$); modéré ($60 < \% < 80$); élevé ($\geq 80\%$).

4.2 Temps d'attente

Dans un deuxième temps, en ce qui a trait aux temps d'attente à l'urgence, plusieurs étapes de la trajectoire entre l'arrivée et la sortie de l'urgence ont été prises en compte de façon non uniforme dans les différentes études. Aucune intervention n'a obtenu un niveau de preuve scientifique élevé (**tableaux 16**). Seules les unités d'interventions brèves se sont vu attribuer des niveaux de preuve modérés, mais pour deux segments différents de la trajectoire de services à l'urgence. Toutes les autres interventions présentent un niveau de preuve faible ou une preuve insuffisante.

Tableau 16 : Évaluation des niveaux de preuve pour les temps d'attente à l'urgence

Type d'intervention	Concordance	Robustesse (n ^{bre} d'études)	N ^{bre} de participants (total)	Score de qualité (n ^{bre} d'études)	Évaluation du niveau de preuve
Unités d'interventions brèves	s.o.	Fort (1)	Très élevé (1)	Élevé (1)	Modéré
	s.o.	Fort (1)	Très élevé (1)	Élevé (1)	Modéré
Service d'urgence psychiatrique spécialisé	s.o.	Fort (1)	Peu élevé (1)	Modéré (1)	Faible
Outil de triage spécialisé	Forte	Faible (2)	Peu élevé (2)	Modéré (2)	Faible
Prolongation des heures de service	s.o.	Fort (1)	Peu élevé (1)	Élevé (1)	Faible
Modèle d'amélioration rapide par cycles	s.o.	Fort (1)	Élevé (1)	Modéré (1)	Faible
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i>	s.o.	Fort (1)	Élevé (1)	Modéré (1)	Faible
Stratégie de fluidité des patients	s.o.	Fort (1)	Peu élevé (1)	Élevé (1)	Faible
Intégration des services d'urgence médicale et psychiatrique	s.o.	Fort (1)	Élevé (1)	Faible (1)	Faible
Traitement des états d'agitation aiguë	s.o.	Fort (1)	Non disponible (1)	Faible (1)	Preuve insuffisante
Cible nationale d'accès aux services d'urgence	s.o.	Faible (1)	Peu élevé (1)	Faible (1)	Preuve insuffisante
Services de liaison psychiatrique	s.o.	Modéré (1)	Élevé (1)	Faible (1)	Preuve insuffisante
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques	s.o.	Fort (1)	Peu élevé (1)	Faible (1)	Preuve insuffisante
Services de télépsychiatrie	s.o.	Fort (1)	Peu élevé (1)	Modéré (1)	Preuve insuffisante

Légende :

s.o. : sans objet (une seule étude, la concordance entre les études ne peut être évaluée).

Concordance : faible si les résultats ne font pas consensus des différentes études; moyenne si consensus moyen entre les résultats; forte si consensus élevé entre les résultats.

Robustesse : devis faible (qualitatif ou transversal); devis modéré (cohorte rétrospective); devis fort (étude quantitative avant-après ou série chronologique interrompue).

Nombre de participants : peu élevé (n ≤ 1000); élevé (1000 < n < 5000); très élevé (n ≥ 5000).

Score de qualité : faible (≤ 60 %); modéré (80 > % > 60); élevé (≥ 80 %).

Cependant, l'hétérogénéité des interventions étudiées rend difficile l'identification d'un modèle optimal pour améliorer les indicateurs de temps d'attente et de durée de séjour pour la clientèle se présentant aux urgences avec une condition d'apparence psychiatrique. L'intervention évaluée efficace par cette ETMI et les interventions qui ont été jugées prometteuses modifient à la fois la structure et les processus d'organisation des soins, ce qui met en lumière la complexité des changements nécessaires à l'obtention de résultats tangibles.

Les unités d'interventions brèves ont été identifiées comme étant efficaces pour réduire les durées de séjour à l'urgence pour la clientèle ciblée.

L'impact de ce modèle d'organisation des services d'urgence intrahospitaliers est substantiel avec une amélioration d'environ 20 % des durées de séjour. Cependant, les autres impacts engendrés par ce modèle d'organisation sont peu documentés.

Quatre autres interventions sont prometteuses, considérant le niveau de preuve scientifique modéré en regard de leur efficacité. Ces interventions sont la régionalisation des services d'urgences psychiatriques, la mise en place d'un modèle de cogestion, la transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de *Lean management* et l'implantation d'un service interdisciplinaire de gestion de crise. Pour les interventions ayant engendré des diminutions de la durée de séjour entre 7 % et 66 %, les impacts sur les autres indicateurs de performance sont aussi peu documentés.

À partir des résultats de cette ETMI, il est impossible de dégager une trajectoire optimale de services pour les adultes qui se présentent à l'urgence pour une condition d'apparence psychiatrique, de leur arrivée à leur sortie de l'urgence. Cet ETMI sera cependant utile pour alimenter les réflexions sur la réorganisation des services d'urgence psychiatrique intrahospitaliers dans la région de Québec et ailleurs, puisqu'elle a identifié une série de types d'interventions et de modèles associés à la réduction des temps d'attente et des durées de séjour à l'urgence des patients psychiatriques. Certaines limites doivent toutefois être considérées dans l'interprétation des résultats présentés. D'abord, quelques limites sont inhérentes aux études incluses. Ainsi, la description des différentes interventions n'était pas détaillée dans tous les documents, de telle sorte que certaines de ces études seraient difficilement reproductibles. Ensuite, la taille des hôpitaux étudiés était variable ou non spécifiée tout comme la trajectoire de soins à l'urgence, le type d'hôpital (par exemple, communautaire ou universitaire) et le nombre de lits d'hospitalisation disponibles. Aussi, les diagnostics des participants des études étaient rarement spécifiés. Enfin, les études retenues ont toutes été menées dans des contextes organisationnels différents du nôtre, ce qui rend délicate la généralisation de leurs résultats aux établissements de santé québécois. Par ailleurs, les limites relatives à la stratégie de recherche et de sélection documentaires sont également à prendre en compte.

Dans un autre ordre d'idées, cette ETMI s'est principalement attardée sur des enjeux du système de santé en termes de durée de séjour à l'urgence et de temps d'attente. D'autres indicateurs comme le taux de réadmission à l'urgence et le taux d'hospitalisation ont aussi été documentés. Toutefois, la recherche documentaire n'a pas été menée de manière à repérer toutes les études qui ont mesuré l'impact des interventions dans les salles d'urgence sur ces indicateurs. De plus, certains indicateurs, tout aussi pertinents pour évaluer la qualité des soins en santé mentale, tels que l'amélioration des symptômes et du fonctionnement des personnes, de leur qualité de vie ou encore la diminution des taux de suicide des populations ayant consulté à l'urgence pour des raisons d'apparence psychiatrique, n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation (Thibodeau et al., 2018).

Conclusion

En outre, il importe de noter que cette ETMI porte sur les interventions ayant été implantées dans les services d'urgence intrahospitaliers. Or, d'autres types de services alternatifs à l'urgence hospitalière peuvent également être offerts pour venir en aide aux personnes en situation de crise et sont susceptibles d'améliorer la qualité des services en santé mentale et de notamment réduire les admissions psychiatriques et l'encombrement des salles d'urgence (Boisvert, 2016; Wheeler et al., 2015).

Ce projet d'ETMI a permis de dresser un inventaire de différentes interventions mises en place pour tenter de réduire les temps d'attente, les intervalles de temps passés à l'urgence et la durée de séjour pour la clientèle se présentant avec une condition d'apparence psychiatrique. Ces interventions sont variées et touchent différents éléments de la trajectoire du patient, allant du triage à la sortie de l'urgence. De plus, elles ont été implantées dans des contextes différents et concernent des populations qui ne représentent pas nécessairement la diversité de celles qui se présentent dans les urgences du Québec. Davantage de recherches utilisant un devis robuste seraient nécessaires pour la plupart de ces interventions afin de statuer sur leur efficacité. À ce jour, les preuves scientifiques demeurent insuffisantes ou trop faibles pour émettre des recommandations fortes concernant des interventions qui permettraient de réduire significativement les durées de séjour à l'urgence et les temps d'attente pour la clientèle qui y séjourne pour un état de crise de nature psychiatrique.

La mise en place d'unités d'interventions brèves se distingue des autres interventions avec un niveau de preuve scientifique élevé quant à leur efficacité pour réduire la durée de séjour à l'urgence pour la clientèle concernée. Quatre autres interventions dont le niveau de preuve est modéré sont prometteuses : la régionalisation des services d'urgences psychiatriques, l'application d'un modèle de cogestion, la transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de *Lean management* et la mise en place d'un service interdisciplinaire de gestion de crise.

Ces interventions identifiées dans la littérature seront utiles pour les décideurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale, soit pour renforcer les pratiques actuelles ou pour réfléchir à de nouveaux modes d'organisation des soins. L'amélioration de l'efficacité des services d'urgences psychiatriques de l'établissement nécessite des interventions adaptées en fonction des caractéristiques de la clientèle et des processus actuellement en place. À cet effet, une évaluation des données contextuelles et expérientielles serait également appropriée avant d'y implanter de nouveaux modes d'intervention. De même, l'ensemble des services offerts en amont et en aval des urgences devrait aussi faire l'objet d'une attention particulière afin d'obtenir une vue d'ensemble du système de soins en santé mentale et de ses effets sur les processus administratifs et sur la santé et le bien-être des personnes.

Enfin, une mesure de l'amélioration de la situation dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale pourrait être réalisée à partir d'indicateurs existants ou serait à développer et permettrait de démontrer les impacts des changements implantés sur le système et sur les personnes.

Annexe 1 : Guide pour établir les niveaux de preuve

Qualité de la preuve scientifique	Description des critères
Élevée	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Résultats d'intérêt rapportés dans plus d'un article scientifique dont le score de qualité (SQ) est élevé. ✓ Consensus élevé entre les résultats des différentes études. ✓ Il existe plusieurs études quantitatives de type avant-après ou séries chronologiques interrompues de bonne qualité dont les résultats sont cohérents. De nouvelles données ne changeront très probablement pas la confiance en l'effet estimé. ✓ Nombre très élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).
Modérée	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Résultats d'intérêt rapportés dans un seul article scientifique dont le SQ est élevé ou dans plus d'un article scientifique dont le SQ est modéré. ✓ Consensus modéré entre les résultats des différentes études. ✓ Il existe des preuves de qualité correcte (études quantitatives de type avant-après, séries chronologiques interrompues ou études de cohorte rétrospective) avec des résultats dans l'ensemble cohérents. De nouvelles données peuvent avoir un impact sur la confiance dans l'estimation de l'effet et peuvent changer l'estimation. ✓ Nombre plutôt élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).
Faible	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Résultats d'intérêt rapportés dans un seul article scientifique dont le SQ est modéré ou de plus d'un article scientifique dont le SQ est faible. ✓ Consensus faible entre les résultats des différentes études. ✓ Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou utilisent des devis transversaux ou qualitatifs dont les résultats ne sont pas toujours cohérents entre eux. De nouvelles données auront très probablement un impact important sur la confiance dans l'estimation de l'effet et changeront probablement l'estimation. ✓ Nombre peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).
Preuve insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Résultats d'intérêt rapportés dans un seul ou plusieurs articles scientifiques dont le SQ est faible. ✓ Consensus faible entre les résultats des différentes études. ✓ Seulement devis transversaux ou qualitatifs. Il existe une forte incertitude sur l'effet estimé. ✓ Nombre très peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).

Inspiré du premier élément du système *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE Working Group, 2016)

Annexe 2 : Stratégie et résultats de recherche dans les bases de données bibliographiques

Medline (Ovid)

Date de la recherche : 4 octobre 2017

Limites : 2012 à 2018; anglais, français

Résultat : 1887 documents

- 1 Emergencies/ or Emergency Service, Hospital/ or Emergency Medical Services/ or Emergency Medicine/ or Emergency Treatment/ or Evidence-based Emergency Medicine/ or Emergency Nursing/ or Crisis Intervention/ or Triage/
- 2 (((emergency or emergencies or A&E or urgen* or acute) adj3 (department* or care or facility or facilities or service* or medicine or medical or hospital or hospitals or unit or units or ward or wards or room or rooms or setting*)) or (crisis adj2 (intervention* or stabiliz#ation* or care)) or triage).ti,ab.
- 3 1 or 2
- 4 Mental Disorders/ or Mental Health Services/ or Mentally Ill persons/ or Hospitals, Psychiatric/ or Psychiatric Department, Hospital/ or Mental Health/ or Psychiatry/ or Psychiatric Nursing/
- 5 (((mental* or psychiatr*) adj3 (health or disorder* or ill or illness* or disease* or disabilit* or issue* or condition or conditions or problem or problems or patient* or care or treatment* or intervention* or facility or facilities or service* or department* or unit or units or ward or wards or setting*)) or (behavior?ral adj1 (patient* or health))).ti,ab.
- 6 4 or 5
- 7 Emergency Services, Psychiatric/
- 8 (((psychiatr* or mental or behavior?ral) adj3 (emergency or emergencies or crisis or crises or urgen*)) or (acute adj1 (psychiatr* or mental health))).ti,ab.
- 9 7 or 8
- 10 Length of Stay/ or Crowding/ or Quality Improvement/ or Quality of Health Care/ or Health Services Accessibility/
- 11 (((length or duration) adj3 (stay or treatment* or hospitali#ation*)) or boarding or boarded or crowded or crowding or overcrowded or overcrowding or throughput or ((wait or waiting) adj2 time*) or ((quality or access*) adj3 (care or service* or improv*)) or (patient* adj2 flow)).ti,ab.
- 12 10 or 11
- 13 Models, Organizational/ or Models, Nursing/ or "Organization & Administration".fs. or Efficiency, Organizational/ or Total Quality Management/ or Quality Assurance, Health

Care/ or Delivery of Health Care/ or Patient Care Team/ or Program Development/ or Program Evaluation/ or Case Management/ or Hospital Rapid Response Team/ or Staff Development/ or Inservice Training/ or exp Health Personnel/ed

- 14 (((dedicated or separate* or segregated or special) adj4 (service* or wing* or section* or area* or program* or unit or units or facility or facilities or room or rooms)) or ((dedicated or consultation or liaison) adj3 (team or teams or nurse or nurses or nursing)) or ((alameda or co-management or comanagement or consulta* or liaison or on-demand) adj2 (model* or program* or service*)) or consultation-liaison or ((crisis or assessment or planning or short stay or extension or safe) adj3 (unit or units or room or rooms)) or case management or mental health nurse practitioner* or management of acute psychiatric health or (psychiatric emergency adj2 (service* or center* or centre* or program*)) or fast-track* or (rapid adj1 (assessment or evaluation or response)) or RAID or ((learning or teaching or training or education*) adj2 (program* or intervention*))).ti,ab.
- 15 (((care or service*) adj4 (model or models or approach or approaches or configuration)) or ((organi#ation* or management or managing or design or designing or effective* or efficien* or improv* or optimal* or optimi* or flow) adj2 (model or models or care or service* or approach or approaches or strategy or strategies or intervention*)) or (new adj2 (model or models or service* or approach or approaches)) or ((service* or care) adj2 (delivery or provision)) or (care adj2 (trajector* or pathway*)) or best practice*).ti,ab.
- 16 13 or 14 or 15
- 17 12 or 16
- 18 ((3 and 6) or 9) and 17
- 19 (pediatric* or paediatric* or child* or newborn* or congenital* or infan* or baby or babies or neonat* or pre-term or preterm* or premature birth* or preschool* or pre-school* or kindergar#en* or elementary school* or nursery school* or schoolchild* or toddler* or boy or boys or girl* or kid or kids or middle school* or pubescen* or juvenile* or teen* or youth* or youngster* or high school* or adolesc* or pre-pubesc*).ti. not (exp Adult/ or (adult* or middle age* or man or men or wom#n).ti,ab.)
- 20 18 not 19
- 21 20 and ("2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016" or "2017" or "2018").yr. and (english or french).lg.

Embase (Elsevier)

Date de la recherche : 4 octobre 2017

Limites : 2012 à 2018; anglais, français

Résultat : 1935 documents

- 1 'emergency'/de OR 'emergency health service'/de OR 'hospital emergency service'/de OR 'emergency medicine'/de OR 'emergency care'/de OR 'emergency treatment'/de OR 'emergency patient'/de OR 'emergency ward'/de OR 'evidence based emergency medicine'/de OR 'emergency nursing'/de OR 'crisis intervention'/de
- 2 (((emergency OR emergencies OR a&e OR urgen* OR acute) NEAR/3 (department* OR care OR facility OR facilities OR service* OR medicine OR medical OR hospital OR hospitals OR unit OR units OR ward OR wards OR room OR rooms OR setting*)):ti,ab) OR ((crisisNEAR/2 (intervention* OR stabili*ation* OR care)):ti,ab) OR triage:ti,ab
- 3 #1 OR #2
- 4 'mental disease'/de OR 'mental patient'/de OR 'mental hospital'/de OR 'mental health service'/de OR 'mental health care'/de OR 'mental health'/de OR 'psychiatric department'/de OR 'psychiatry'/de OR 'psychiatric nursing'/de
- 5 (((mental* OR psychiatr*) NEAR/3 (health OR disorder* OR ill OR illness* OR disease* OR issue* OR condition OR conditions OR problem OR problems OR disabilit* OR patient* OR care OR treatment* OR intervention* OR facility OR facilities OR service* OR department* OR unit OR units OR ward OR wards OR setting*)):ti,ab) OR ((behavio*ral NEAR/1 (patient* OR health)):ti,ab)
- 6 #4 OR #5
- 7 'psychiatric emergency'/de OR 'psychiatric emergency service'/de
- 8 (((psychiatr* OR mental OR behavio*ral) NEAR/3 (emergency OR emergencies OR crisis OR crises OR urgen*)):ti,ab) OR ((acute NEAR/1 (psychiatr* OR 'mental health')):ti,ab)
- 9 #7 OR #8
- 10 'length of stay'/de OR 'crowding (area)'/de OR 'health care quality'/de OR 'health care access'/de
- 11 (((length OR duration) NEAR/3 (stay OR treatment* OR hospitali*ation*)):ti,ab) OR boarding:ti,ab OR boarded:ti,ab OR crowded:ti,ab OR crowding:ti,ab OR overcrowded:ti,ab OR overcrowding:ti,ab OR throughput:ti,ab OR (((wait OR waiting) NEAR/2 time*):ti,ab) OR (((quality OR access*) NEAR/3 (care OR service* OR improv*)):ti,ab) OR ((patient* NEAR/2 flow):ti,ab)
- 12 #10 OR #11
- 13 'nonbiological model'/de OR 'organization and management'/de OR 'total quality management'/de OR 'health care delivery'/de OR 'program development'/de OR 'program evaluation'/de OR 'liaison psychiatry'/de OR 'case management'/de OR 'rapid

response team'/de OR 'in service training'/de OR 'education program'/de

- 14 (((dedicated OR separate* OR segregated OR special) NEAR/4 (service* OR wing* OR section* OR area* OR program* OR unit OR units OR facility OR facilities OR room OR rooms)):ti,ab) OR (((dedicated OR consultation OR liaison) NEAR/3 (team OR teams OR nurse OR nurses OR nursing)):ti,ab) OR (((alameda OR 'co-management' OR comanagement OR consulta* OR liaison OR 'on-demand') NEAR/2 (model* OR program* OR service*)):ti,ab) OR 'consultation-liaison':ti,ab OR (((crisis OR assessment OR planning OR 'short stay' OR extension OR safe) NEAR/3 (unit OR units OR room OR rooms)):ti,ab) OR 'case management':ti,ab OR 'mental health nurse practitioner*':ti,ab OR 'management of acute psychiatric health':ti,ab OR (('psychiatric emergency' NEAR/2 (service* OR center* OR centre* OR program*)):ti,ab) OR 'fast-track*':ti,ab OR ((rapid NEAR/1 (assessment OR evaluation OR response)):ti,ab) OR raid:ti,ab OR (((learning OR teaching OR training OR education*) NEAR/2 (program* OR intervention*)):ti,ab)
- 15 (((care OR service*) NEAR/4 (model OR models OR approach OR approaches OR configuration)):ti,ab) OR (((organi*ation* OR management OR managing OR design OR designing OR effective* OR efficien* OR improv* OR optimal* OR optimi* OR flow) NEAR/2 (model OR models OR care OR service* OR approach OR approaches OR strategy OR strategies OR intervention*)):ti,ab) OR ((newNEAR/2 (model OR models OR service* OR approach OR approaches)):ti,ab) OR (((service* OR care) NEAR/2 (delivery OR provision)):ti,ab) OR ((care NEAR/2 (trajector* OR pathway*)):ti,ab) OR 'best practice*':ti,ab
- 16 #13 OR #14 OR #15
- 17 #12 OR #16
- 18 (#3 AND #6 OR #9) AND #17
- 19 (pediatric*:ti OR paediatric*:ti OR child*:ti OR newborn*:ti OR congenital*:ti OR infan*:ti OR baby:ti OR babies:ti OR neonat*:ti OR 'pre term':ti OR preterm*:ti OR 'premature birth*':ti OR preschool*:ti OR 'pre school*':ti OR kindergar*en*:ti OR 'elementary school*':ti OR 'nursery school*':ti OR schoolchild*:ti OR toddler*:ti OR boy:ti OR boys:ti OR girl*:ti OR kid:ti OR kids:ti OR 'middle school*':ti OR pubescen*:ti OR juvenile*:ti OR teen*:ti OR youth*:ti OR youngster*:ti OR 'high school*':ti OR adolesc*:ti OR 'pre pubesc*':ti) NOT ('adult'/exp OR adult*:ti,ab OR 'middle age*':ti,ab OR man:ti,ab OR men:ti,ab OR woman:ti,ab OR women:ti,ab)
- 20 #18 NOT #19
- 21 #20 AND [2012-2018]/py AND (english:la OR french:la)
- 22 #21 NOT (('conference abstract':it OR 'conference review':it OR letter:it OR editorial:it OR note:it) NOT (article:it OR 'article in press':it OR review:it))

PsycINFO

Date de la recherche : 4 octobre 2017

Limites : 2012 à 2018; anglais, français

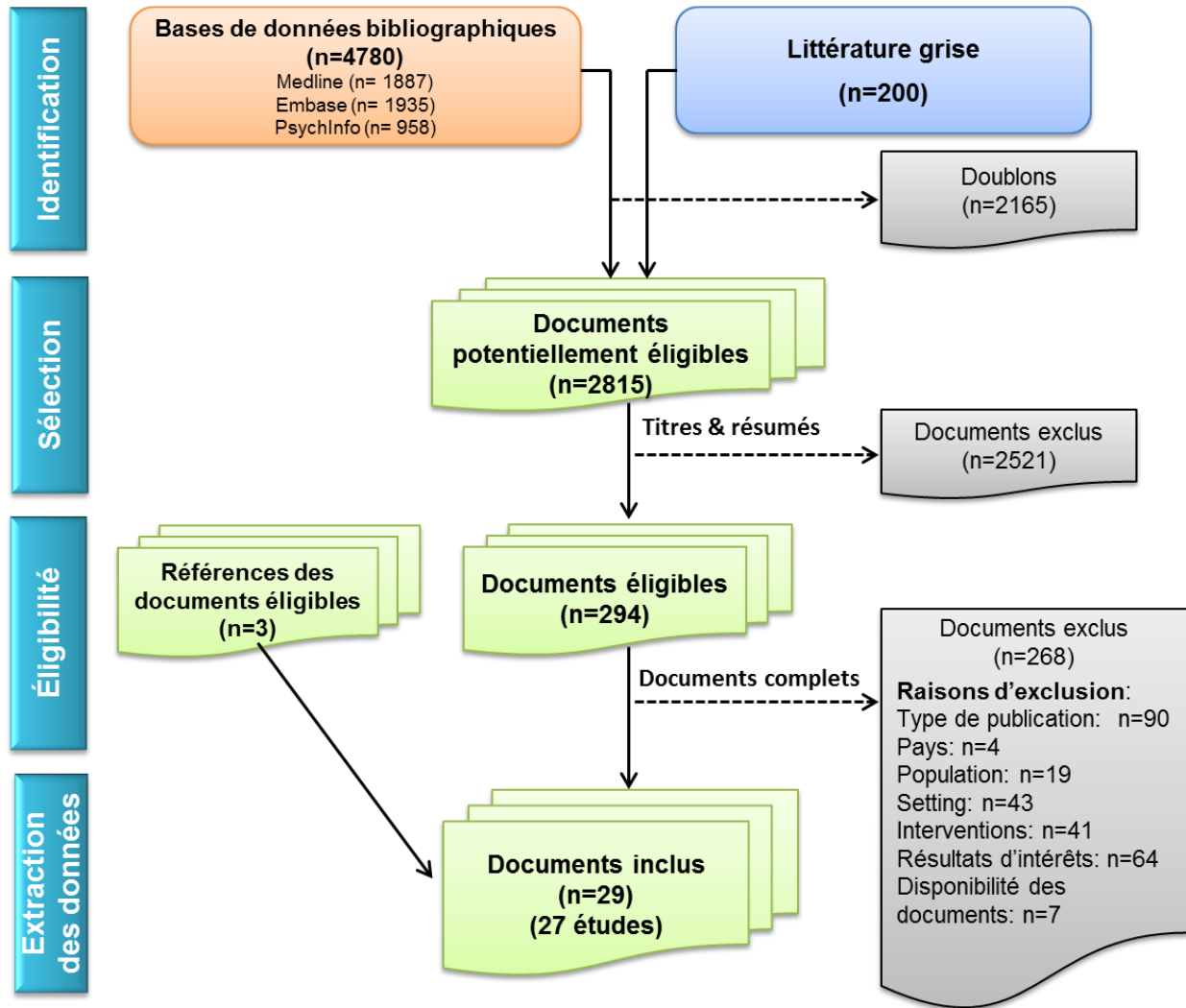
Résultat : 958 documents

- 1 Emergency Services/ or Crisis Intervention Services/
- 2 (((emergency or emergencies or A&E or urgen* or acute) adj3 (department* or care or facility or facilities or service* or medicine or medical or hospital or hospitals or unit or units or ward or wards or room or rooms or setting*)) or (crisis adj2 (intervention* or stabili#ation* or care)) or triage).ti,ab.
- 3 1 or 2
- 4 Mental Disorders/ or Mental Health Services/ or Psychiatric Patients/ or Psychiatric Hospitals/ or Psychiatric Units/ or Psychiatric Clinics/ or Mental Health/ or Mental Health Programs/ or Psychiatry/ or Psychiatric Hospitalization/
- 5 (((mental* or psychiatr*) adj3 (health or disorder* or ill or illness* or disease* or disabilit* or issue* or condition or conditions or problem or problems or patient* or care or treatment* or intervention* or facility or facilities or service* or department* or unit or units or ward or wards or setting*)) or (behavio?ral adj1 (patient* or health))).ti,ab.
- 6 4 or 5
- 7 (((psychiatr* or mental or behavio?ral) adj3 (emergency or emergencies or crisis or crises or urgen*)) or (acute adj1 (psychiatr* or mental health))).ti,ab.
- 8 Treatment Duration/ or Crowding/ or Quality of Care/ or Quality of Services/
- 9 (((length or duration) adj3 (stay or treatment* or hospitali#ation*)) or boarding or boarded or crowded or crowding or overcrowded or overcrowding or throughput or ((wait or waiting) adj2 time*) or ((quality or access*) adj3 (care or service* or improv*)) or (patient* adj2 flow)).ti,ab.
- 10 8 or 9
- 11 Health Care Administration/ or Organizational Effectiveness/ or Health Care Delivery/ or Program Development/ or Program Evaluation/ or Consultation Liaison Psychiatry/ or Case Management/ or Inservice Training/ or Mental Health Training/ or On the Job Training/ or Educational Programs/
- 12 (((dedicated or separate* or segregated or special) adj4 (service* or wing* or section* or area* or program* or unit or units or facility or facilities or room or rooms)) or ((dedicated or consultation or liaison) adj3 (team or teams or nurse or nurses or nursing)) or ((alameda or co-management or comanagement or consulta* or liaison or on-demand) adj2 (model* or program* or service*)) or consultation-liaison or ((crisis or assessment or planning or short stay or extension or safe) adj3 (unit or units or room or rooms)) or case management or mental health nurse practitioner* or management of acute psychiatric health or (psychiatric emergency adj2 (service* or center* or centre*

or program*) or fast-track* or (rapid adj1 (assessment or evaluation or response)) or RAID or ((learning or teaching or training or education*) adj2 (program* or intervention*))).ti,ab.

- 13 (((care or service*) adj4 (model or models or approach or approaches or configuration)) or ((organi#ation* or management or managing or design or designing or effective* or efficien* or improv* or optimal* or optimi* or flow) adj2 (model or models or care or service* or approach or approaches or strategy or strategies or intervention*)) or (new adj2 (model or models or service* or approach or approaches)) or ((service* or care) adj2 (delivery or provision)) or (care adj2 (trajector* or pathway*)) or best practice*).ti,ab.
- 14 11 or 12 or 13
- 15 10 or 14
- 16 ((3 and 6) or 7) and 15
- 17 (pediatric* or paediatric* or child* or newborn* or congenital* or infan* or baby or babies or neonat* or pre-term or preterm* or premature birth* or preschool* or pre-school* or kindergar#en* or elementary school* or nursery school* or schoolchild* or toddler* or boy or boys or girl* or kid or kids or middle school* or pubescen* or juvenile* or teen* or youth* or youngster* or high school* or adolesc* or pre-pubesc*).ti. not (exp adult/ or (adult* or middle age* or man or men or wom#n).ti,ab.)
- 18 16 not 17
- 19 18 and (((("2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016").yr. and (english or french).lg.) or ("2017" or "2018").yr.)
- 20 19 not (book or edited book).pt.

Annexe 3 : Diagramme de flux PRISMA de la sélection des documents



n= nombre de documents

Annexe 4 : Tableau d'extraction des résultats

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
Alarcon Manchego et al. (2015) Australie	<p>Objectif : Fournir un portrait de la clientèle en santé mentale qui se présente à l'urgence des hôpitaux de Victoria. Identifier les changements majeurs des présentations en santé mentale et de leur gestion au cours des 10 dernières années, en comparaison à ce qui a été observé dans une étude en 2004</p> <p>Devis/qualité : Étude de type avant-après/ 82 %</p>	<p>14 mai au 13 octobre 2013 :</p> <p>5 669 visites à l'urgence avec un diagnostic de trouble de santé mentale, maladie mentale, abus de substances ou en situation de crise et patients orientés par l'équipe d'évaluation de crise ou par l'unité psychiatrique et tous les patients qui se présentent pour automutilation, idées suicidaires ou autres problèmes psychiatriques (2013) comparés à 2 788 visites en 2004</p>	<p>Nouveaux modèles de soins : unités d'hospitalisation brève et unités psychiatriques de planification et d'évaluation</p>	<p>Source de données : Système de données électroniques</p> <p>Mesures : Durée de séjour à l'urgence : durée entre l'heure documentée du triage et l'heure à laquelle le patient quitte l'urgence</p> <p>Temps d'attente pour être vu par un médecin : durée entre l'heure documentée du triage et l'heure à laquelle le patient est évalué pour une première fois</p> <p>Analyses : Analyses comparatives intergroupes</p>	<p>Durée médiane de séjour à l'urgence (en heures/minutes) 2004 : 4 heures 18 minutes 2013 : 3 heures 20 minutes p<0,01</p> <p>Durée de séjour à l'urgence de 4 h et plus 2004 : 52,5 % 2013 : 35,4 % p<0,01</p> <p>Durée de séjour à l'urgence de 24 h et plus 2004 : 6 % 2013 : 0,16 % p<0,01</p> <p>Temps d'attente médian pour voir un médecin (en minutes) 2004 : 25 minutes 2013 : 40 minutes p<0,01</p> <p>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence Vers unité médicale 2004 : 6,74 % 2013 : 7,74 % Vers unité psychiatrique 2004 : 23,76 % 2013 : 14,15 %</p>
Anderson (2012) Australie	<p>Objectif : Présenter les résultats d'une évaluation externe des centres psychiatriques en soins d'urgence. Décrire les résultats de l'implantation du modèle opérationnel du guide de soins et faire des recommandations pour améliorer les services pour les personnes ayant besoin</p>	<p>Données nationales (de l'État du NSW) : 13 429 patients admis</p> <p>Établissements avec <i>PECC units</i> : 7859 patients admis</p> <p>Établissements métropolitains, <i>no PECC</i>, avec unités de santé mentale : 2 581 patients admis</p>	<p>En ajout aux services de consultation psychiatrique déjà existants, implantation de centres psychiatriques en soins d'urgence (<i>Psychiatric Emergency Care Centres (PECC)</i>)</p> <p>Prolongation des heures de service de triage et d'évaluation des départements d'urgence : services de santé mentale sur place 24/7; unités pour les patients nécessitant des soins de courte durée (jusqu'à 48 h);</p>	<p>Source de données : Système de données électroniques (juillet 2010 à décembre 2011)</p> <p>Mesures : Durée de séjour à l'urgence selon une cible de 8 h (patients admis)</p>	<p>Durée de séjour <8 h Données nationales (de l'État du NSW) (%) : 9 113 patients, 68 % Établissements avec <i>PECC units</i> : 5 144 patients, 65 % Établissements métropolitains, <i>no PECC</i>, avec unités de santé mentale : 1 731 patients, 67 %</p> <p>Durée de séjour >24 h Données nationales (de l'État du NSW) (%) : 655 patients, 4,9 %</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
	<p>d'une évaluation en santé mentale et qui se présentent à l'urgence.</p> <p><u>Devis/qualité</u> :</p> <p>Étude transversale/ 27 %</p>		<p>accès direct (<i>fast track</i>) pour les évaluations en santé mentale à l'urgence; soins appropriés et sécuritaires (sédation, mesures de contrôle); service de consultation psychiatrique à l'urgence; travail collaboratif entre le service de santé mentale et l'urgence</p>	<p>Durée de séjour à l'urgence de plus de 24 h</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Statistiques descriptives en comparaison avec des données nationales</p>	<p>Établissements avec <i>PECC units</i> : 429 patients, 5,5 %</p> <p>Établissements métropolitains, no PECC, avec unités de santé mentale : 135 patients, 5,2 %</p>
<p>Balfour et al. (2017) États-Unis</p>	<p><u>Objectifs</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> Démontrer de quelle façon les principes du <i>Lean management</i> peuvent rapidement mener à une transformation des opérations cliniques Décrire des stratégies pour soutenir le changement et promouvoir une amélioration continue Identifier des enjeux spécifiques aux établissements de soins en santé mentale <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Série chronologique interrompue/ 77 %</p>	<p>Population adulte qui a bénéficié des services de la clinique de soins urgents de santé mentale (<i>urgent care clinic</i>) et de l'unité d'observation de 23 heures située au <i>Crisis Response Center</i> (CRC) entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2015</p>	<p><i>Crisis Response Center</i> (CRC)</p> <p>Services 24/7</p> <p>Professionnels médicaux en santé mentale : psychiatres, infirmières praticiennes, adjoint au médecin (<i>physician assistant</i>) + infirmières, techniciens en santé mentale, travailleurs sociaux et pairs aidants</p> <p>Avril à juin 2014 : Activités préintervention</p> <p>Recherche d'information, identification des valeurs du centre, identification des priorités d'amélioration, etc.</p> <p>Juillet à décembre 2014 : Intervention Phase I</p> <p>Réorganisation du processus de triage : <u>Avant</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> Le patient se présente dans la salle d'attente où un technicien en santé mentale mène un bref examen médical; Le patient est appelé dans une des 12 salles d'examen où un technicien en santé mentale fait un inventaire des biens du patient et les range sous clé pour la durée de la visite; Le patient est rencontré par un travailleur social pour une évaluation sommaire et demeure dans cette même salle jusqu'à la prochaine évaluation complète qui sera menée par un autre travailleur social; Ce travailleur social discute du cas avec le psychiatre qui peut, selon les cas : a) procéder à sa propre 	<p><u>Source de données</u> :</p> <p>Dossiers médicaux électroniques</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Avant : 1^{er} janvier au 30 juin 2014</p> <p>Après : 1^{er} juillet au 31 décembre 2014</p> <p>Postimplantation : 1^{er} janvier au 31 décembre 2015</p> <p>Durée de séjour à l'urgence : <i>door-to-door dwell times</i></p> <p>Durée de séjour à l'unité d'observation : <i>door-to-door dwell time in the observation unit</i></p> <p>Temps d'attente entre l'arrivée à l'unité d'observation et l'évaluation par un professionnel médical en santé mentale (<i>Observation unit median door-to-doctor time</i>)</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>T-test</p> <p>Test de la somme de rangs de Wilcoxon</p> <p>Comparaisons avant/après</p>	<p><u>Durée médiane de séjour à l'urgence (en minutes)</u></p> <p>Avant : 343 minutes</p> <p>Après : 118 minutes</p> <p>p<0,0001</p> <p>Postimplantation</p> <p>Avant : 343 minutes</p> <p>Après : 99 minutes</p> <p>p<0,0001</p> <p><u>Durée médiane de séjour à l'unité d'observation (en heures)</u></p> <p>Avant : 24,2 heures</p> <p>Après : 22,2 heures</p> <p>p<0,0001</p> <p>Postimplantation</p> <p>Avant : 24,2 heures</p> <p>Après : 23,5 heures</p> <p>p=0,0086</p> <p><u>Temps d'attente entre l'arrivée à l'unité d'observation et l'évaluation par un professionnel médical en santé mentale (en heures)</u></p> <p>Avant : 8,2 heures</p> <p>Après : 1,6 heure</p> <p>p<0,0001</p> <p>Postimplantation</p> <p>Avant : 8,2 heures</p> <p>Après : 1,4 heure</p> <p>p<0,0001</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p>évaluation; b) autoriser le travailleur social à donner congé au patient;</p> <p>5. prescrire une médication; d) prescrire une période d'observation dans l'une des 12 salles d'examen; e) admettre le patient à l'unité d'observation pour une durée maximale de 23 heures.</p> <p><u>Après :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient se présente dans la salle d'attente où un technicien en santé mentale mène un bref examen médical en plus de l'évaluation des signes vitaux; 2. Un technicien en santé mentale demeure de façon constante dans la salle d'attente et des pairs aidants y sont maintenant plus présents; 3. Le patient est dirigé vers l'une des 2 salles de triage où un travailleur social évalue son degré de dangerosité à l'aide d'un nouvel outil; 4. Les patients évalués à haut risque sont automatiquement admis à l'unité d'observation à l'aide d'une ordonnance collective, ce qui permet de ne pas attendre une prescription du psychiatre; 5. Les patients évalués à faible risque et à risque modéré sont retournés à la salle d'attente puis rappelés pour rencontrer le psychiatre ou le travailleur social, selon les cas; 6. Les patients ne sont plus automatiquement départis de leurs biens. 7. Le flux des patients est suivi en utilisant un tableau blanc magnétique sur lequel des codes de couleur indiquent le statut des patients 	<p>Comparaisons avant/après postimplantation</p>	



Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt																														
			Octobre à décembre 2014 : Intervention Phase II Ajout d'un professionnel médical en santé mentale au processus de triage Janvier à décembre 2015 : 1 an postimplantation																																
Blumstein et al. (2013) États-Unis	<u>Objectif</u> : Mesurer l'effet de tournées quotidiennes sur semaine d'un psychiatre ou d'un psychologue de la faculté de psychiatrie d'un hôpital universitaire sur la durée de séjour et la sortie des patients qui séjournent à l'urgence depuis au moins 12 heures pour une condition psychiatrique <u>Devis/qualité</u> : Étude de type avant-après/ 77 %	867 patients (355 avant et 512 après) qui séjournent à l'urgence depuis au moins 12 heures Patients devaient avoir un diagnostic de trouble psychiatrique primaire sous l'un ou l'autre de ces codes Patient exclu si admis dans une unité de soins autre que la psychiatrie (surdoses ou autre condition médicale)	Modèle du <i>Psychiatric Faculty Rounds</i> (tournées du personnel de psychiatrie) Avant : 1 ^{er} novembre 2010 au 30 avril 2011 : 1. Évaluation du patient par un résident en médecine d'urgence sous la supervision de l'urgentologue; 2. Si possible, les patients sont évalués, traités et libérés sans l'implication d'autres services; 3. Si nécessaire, demande de consultation auprès du résident en psychiatrie en service; 4. Le résident en psychiatrie évalue le patient et émet des recommandations au personnel de l'urgence; 5. Si recommande d'admettre le patient, 3 possibilités : 1) département de psychiatrie de ce même hôpital; 2) transfert vers un autre établissement ; 3) transfert vers un établissement public spécialisé en psychiatrie; 6. Pendant l'attente de la disponibilité de lits appropriée, 2 possibilités : 1) résident en psychiatrie peut, à sa discrétion, conseiller le personnel de l'urgence sur la gestion des médicaments à donner au patient ou 2) un membre du département de psychiatrie de l'hôpital (psychiatre ou psychologue) peut, si son horaire lui permet, aller rencontrer les patients en attente à l'urgence. Mais aucun temps explicitement dédié à cette	<u>Source de données</u> : Informations agrégées extraites du système de données de l'hôpital <u>Mesures</u> : Différence des durées de séjour (de l'arrivée jusqu'au départ, parce qu'admis, sorti ou transféré) médianes au T1 et au T2 Différences des taux de patients admis <u>Analyses</u> : Régression quantile : mesure de l'effet de l'intervention sur les 10 ^e , 25 ^e , 50 ^e , 75 ^e et 95 ^e percentiles des durées de séjour	<u>Durée médiane de séjour à l'urgence (en heures)</u> Avant : 28,1 heures Après : 27,1 heures p=0,098 (ns) <u>Quantiles de durée de séjour (médianes)</u> <table border="1" data-bbox="1409 651 2018 854"> <thead> <tr> <th>Durée de séjour</th> <th>Avant</th> <th>Après</th> <th>Heures «sauvées»</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10^e percent.</td> <td>13 h</td> <td>13 h</td> <td>↓ 0 h</td> <td>1 (ns)</td> </tr> <tr> <td>25^e percent.</td> <td>18 h</td> <td>17 h</td> <td>↓ 1 h</td> <td>0,51 (ns)</td> </tr> <tr> <td>50^e percent.</td> <td>28,1 h</td> <td>27,1 h</td> <td>↓ 1 h</td> <td>0,64 (ns)</td> </tr> <tr> <td>75^e percent.</td> <td>60,1 h</td> <td>48 h</td> <td>↓ 13 h</td> <td>0,01</td> </tr> <tr> <td>95^e percent.</td> <td>136,1 h</td> <td>105,1 h</td> <td>↓ 31 h</td> <td>0,001</td> </tr> </tbody> </table> La différence de durée médiane de séjour pour les 75 ^e et 95 ^e percentiles signifie qu'il y a diminution du temps d'attente d'un lit d'hôpital pour les patients qui ont les plus longs temps d'attente. <u>Taux d'hospitalisation</u> Avant : 49,8 % Après : 50,8 % p=0,005* *Valeur-p commune à l'ensemble des possibilités de sortie pour tout le groupe et non propre à chaque type de sortie	Durée de séjour	Avant	Après	Heures «sauvées»	P	10 ^e percent.	13 h	13 h	↓ 0 h	1 (ns)	25 ^e percent.	18 h	17 h	↓ 1 h	0,51 (ns)	50 ^e percent.	28,1 h	27,1 h	↓ 1 h	0,64 (ns)	75 ^e percent.	60,1 h	48 h	↓ 13 h	0,01	95 ^e percent.	136,1 h	105,1 h	↓ 31 h	0,001
Durée de séjour	Avant	Après	Heures «sauvées»	P																															
10 ^e percent.	13 h	13 h	↓ 0 h	1 (ns)																															
25 ^e percent.	18 h	17 h	↓ 1 h	0,51 (ns)																															
50 ^e percent.	28,1 h	27,1 h	↓ 1 h	0,64 (ns)																															
75 ^e percent.	60,1 h	48 h	↓ 13 h	0,01																															
95 ^e percent.	136,1 h	105,1 h	↓ 31 h	0,001																															

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p>activité n'est prévu et la majorité des patients ne sont pas vus.</p> <p>Période d'implantation : mai 2011</p> <p>Après : 1^{er} juin 2011 au 29 février 2012 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Même circuit qu'avant, de l'arrivée jusqu'à l'attente d'un lit en demeurant à l'urgence; 2. Les patients en attente d'un lit à l'urgence reçoivent la visite quotidienne, en semaine, d'un membre du département de psychiatrie de l'hôpital (psychiatre ou psychologue) qui, tous les jours, réévalue les patients, émet des recommandations au sujet de la médication et communique directement avec ses collègues du département de psychiatrie de l'hôpital ou des autres établissements concernant l'admission des patients ou leur transfert. 		
<p>Bost et al. (2015)</p> <p>Australie</p>	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Décrire et comparer les caractéristiques, les soins donnés et les effets (<i>outcomes</i>) sur les patients qui se présentent à l'urgence avec une condition d'apparence psychiatrique, avant et après l'implantation d'une stratégie de fluidité des patients</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Étude de type avant-après/ 91 %</p>	<p>3 037 patients (1 511 avant et 1 526 après)</p> <p>Diagnostics :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Idées suicidaires, automutilation 2- Crise émotionnelle 3- Anxiété 4- Dépression 5- Schizophrénie <p>Hôpital universitaire en milieu urbain</p> <p>+ de 350 lits</p> <p>Dessert une population de 280 000 personnes</p>	<p>Stratégie de fluidité des patients incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation des infirmières au triage de l'urgence sur l'utilisation de l'outil de triage en santé mentale - <i>Australasian Triage Scale (ATS) using Mental Health Triage Tool (MHHTT)</i>; • Un processus simplifié d'orientation des patients entre l'urgence et les cliniciens en santé mentale; • L'utilisation d'une unité de court séjour à l'urgence (<i>ED short stay ward</i>) pour les patients susceptibles d'être admis; • Utilisation d'une liste de vérification pour l'admission rapide des patients présentant un trouble de santé mentale provenant de l'urgence – <i>Mental Health Rapid Emergency Admission Destination Initiative</i>; 	<p><u>Source de données</u> :</p> <p>Dossiers électroniques des patients</p> <p>Bases de données administratives</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Six mois avant et 6 mois après l'implantation</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Analyses descriptives et statistiques différentielles pour comparer les groupes</p>	<p><u>Durée médiane de séjour à l'urgence (en minutes)</u></p> <p>Avant : 296 minutes</p> <p>Après : 255 minutes</p> <p>p=0,64 (ns)</p> <p><u>% de patients vus en 4 heures ou moins (selon le <i>Emergency Access Target</i>) (pour les patients libérés, admis ou transférés)</u></p> <p>Avant : 39,9 %</p> <p>Après : 46,5 %</p> <p>p<0,001</p> <p><u>Durée de séjour à l'urgence pour les usagers admis</u></p> <p>Moins de 8 heures</p> <p>Avant : 54,5 %</p> <p>Après : 71,9 %</p> <p>p<0,001</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<ul style="list-style-type: none"> Introduction du modèle de flux tiré de prestation des services d'urgence 		<p><u>Temps d'attente médian entre le triage et l'évaluation par un médecin (en minutes)</u> Avant : 48 minutes Après : 48 minutes p=0,29 (ns)</p> <p><u>% de patients vus dans les temps selon les cibles de l' <i>Australian Triage Scale (ATS)</i> (entre le triage et le traitement)</u> Avant : 39,7 % Après : 38,8 % p=0,61 (ns)</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> Avant : 45,9 % Après : 47,7 %* Δ = 1,8 %</p> <p>*Valeur-p commune à l'ensemble des possibilités de sortie pour tout le groupe et non propre à chaque type de sortie</p>
Chepenik et Pinker (2017) États-Unis	<p><u>Objectif :</u> Illustrer l'approche basée sur l'effet de file d'attente pour comprendre les goulots d'engorgement dans le flux des patients. Une simulation est réalisée pour prédire les bienfaits de l'ajout de personnel clinique sur le flux de patients dans un service d'urgence psychiatrique</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Modèle de simulation d'évènements (rétrospectif)/ 59 %</p>	Moyenne de 17 patients/24 heures (4 à 29 patients) Hôpital universitaire sans but lucratif Service d'urgence psychiatrique de 12 lits dans un espace dédié barré dédié à l'évaluation: ≈7 500 visites/année	Ajout de 0,5 (4 h) à 3 professionnels au service actuel et entre 8 h am et 4 h pm : Les patients sont triés par une infirmière du département d'urgence. Les personnes qui ont des problèmes de santé aigus sont d'abord traitées avant d'être envoyées au service d'urgence psychiatrique. Celles qui ont des comportements perturbateurs sont médicamenteuses et/ou contentionnées avant d'arriver au service d'urgence psychiatrique. Couverture de soins assurée par : <u>En semaine (de jour)</u> : un psychiatre traitant, une infirmière autorisée de pratique avancée et un résident junior <u>En semaine (en soirée)</u> : un psychiatre traitant, une infirmière autorisée de pratique avancée <u>De nuit (12 h à 8 h)</u> : un psychiatre traitant et un résident sénior	<p><u>Source de données :</u> Données issues du système de données électroniques sur une période de 2 mois</p> <p><u>Analyses :</u> Modèle de simulation basé sur des données réelles et visant à évaluer le flux des patients.</p>	<p><u>Durée moyenne de séjour à l'urgence (en heures)</u> Effet de l'addition d'un professionnel à mi-temps sur la durée moyenne de séjour à l'urgence Pour les patients hospitalisés : de 38,1 heures à 33,2 heures Δ = -4,9 heures</p> <p>Pour les patients retournés à la maison : de 13,7 heures à 8,9 heures Δ = -4,8 heures</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p><u>Fin de semaine</u> : ajout d'un à deux donneurs de soins sur demande pour les périodes de pointe.</p>		
<p>Donley et Sheehan (2015) Australie</p>	<p><u>Objectif</u> : Étudier l'effet d'une nouvelle cible nationale visant la réduction du temps passé à l'urgence hospitalière sur l'évaluation psychiatrique des patients selon l'expérience et la perception de travailleurs sociaux et d'infirmières psychiatriques seniors qui mènent ces évaluations</p> <p><u>Devis/qualité</u> : Étude quantitative transversale (matériel qualitatif traité quantitativement)/ 56 %</p>	<p>78 cliniciens en santé mentale des urgences : travailleurs sociaux et infirmières</p>	<p>Implantation, au niveau national, d'une nouvelle cible de 4 heures entre l'arrivée d'un patient à l'urgence hospitalière et le moment où la décision est prise par le clinicien concernant son admission ou son congé</p> <p>(<i>National Emergency Access Targets (NEAT)</i>). Même cible pour les urgences générales et urgences psychiatriques</p>	<p><u>Source de données</u> : Questionnaire autoadministré en ligne</p> <p><u>Mesures</u> : Temps d'attente entre l'arrivée d'un patient à l'urgence et l'évaluation psychiatrique par un travailleur social ou une infirmière psychiatrique seniors (basée sur perception des répondants)</p> <p>Expérience vécue par les cliniciens entourant l'implantation du NEAT : points positifs, points négatifs, facteurs expliquant la non-atteinte des objectifs du NEAT, conditions à mettre de l'avant pour atteindre les objectifs du NEAT et changements dans leur pratique clinique</p> <p><u>Analyses</u> : Statistiques descriptives Analyse de contenu thématique</p>	<p><u>Temps d'attente entre l'arrivée d'un patient à l'urgence et l'évaluation psychiatrique par un travailleur social ou une infirmière psychiatrique seniors (basée sur perception des répondants)</u></p> <p>Temps d'attente réduit/patients vus plus rapidement : 59,65 % des répondants</p> <p><u>Satisfaction du personnel</u> Impression générale du NEAT « Très positive » : 0 % « Positive » : 17,95 % « Ni positive, ni négative » : 57,69 % « Négative » : 21,97 % « Très négative » : 2,56 %</p> <p><u>Augmentation du taux d'admission depuis l'implantation du NEAT</u> 3,28 % des répondants</p> <p><u>Accès aux services d'une équipe d'intervention de crise</u> Cliniciens sentent qu'ils admettent plus rapidement les patients ou qu'ils les dirigent plus rapidement vers le <i>Crisis Assessment and Treatment Team (CATT)</i> : 21 % des répondants</p>
<p>Downey et al. (2014) États-Unis</p>	<p><u>Objectif</u> : Comparer l'index de sévérité d'urgence de l'Association des infirmières d'urgence (ENA), qui est un protocole de triage à 5 niveaux, à l'échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale pour l'évaluation</p>	<p>100 patients 18 ans et plus présentant une condition d'apparence psychiatrique</p>	<p>Intervention : échelle australienne de triage d'urgence en santé mentale</p> <p>Comparateur : index de sévérité d'urgence de l'Association des infirmières d'urgence (ENA)</p>	<p><u>Source de données</u> : Triage effectué par une infirmière à partir de l'ENA (physique) Second triage réalisé par un chercheur à partir de l'échelle australienne (santé mentale)</p>	<p><u>Temps d'attente moyen entre le triage et la première évaluation générale (en minutes)</u></p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt																																																
	<p>des patients présentant une condition psychiatrique et le temps nécessaire à leur évaluation lorsqu'ils se présentent à l'urgence</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Étude transversale/ 64 %</p>			<p><u>Mesures :</u> Nombre de participants/ niveau/ échelles</p> <p>Moyenne de minutes d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation du médecin</p> <p><u>Analyses :</u> Statistiques descriptives en comparaison avec les cibles établies</p>	<p>Table 2. Comparisons of Triage Levels and Times to Be Evaluated</p> <table border="1" data-bbox="1413 277 2011 467"> <thead> <tr> <th>Acuity—Triage Level^a</th> <th>ENA Triage and Acuity Scale^b</th> <th>Mean Time (min)^a</th> <th>Australian Emergency Mental Health Triage^b</th> <th>Mean Time, (min)^a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Level 1: Resuscitation</td> <td>7</td> <td>31</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Level 2: Emergent</td> <td>30</td> <td>35</td> <td>27</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Level 3: Urgent</td> <td>51</td> <td>48</td> <td>25</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Level 4: Less urgent</td> <td>5</td> <td>49</td> <td>11</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Level 5: Nonurgent</td> <td>2</td> <td>41</td> <td>27</td> <td>37</td> </tr> </tbody> </table> <p>^aTo be seen by physician. ^bn = 95.</p> <p>L'ENA rencontre les cibles* pour les patients classés aux niveaux 4 et 5</p> <p>L'échelle australienne rencontre les cibles pour les patients classés aux niveaux 3-4 et 5</p> <p>*Cibles établies :</p> <table border="1" data-bbox="1413 764 1793 964"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENA</th> <th>Échelle australienne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niv.1</td> <td>immédiat.</td> <td>immédiat.</td> </tr> <tr> <td>Niv.2</td> <td>15 min.</td> <td>10 min.</td> </tr> <tr> <td>Niv.3</td> <td>30 min.</td> <td>30 min.</td> </tr> <tr> <td>Niv.4</td> <td>60 min.</td> <td>60 min.</td> </tr> <tr> <td>Niv.5</td> <td>120 min.</td> <td>120 min.</td> </tr> </tbody> </table>	Acuity—Triage Level ^a	ENA Triage and Acuity Scale ^b	Mean Time (min) ^a	Australian Emergency Mental Health Triage ^b	Mean Time, (min) ^a	Level 1: Resuscitation	7	31	5	10	Level 2: Emergent	30	35	27	24	Level 3: Urgent	51	48	25	30	Level 4: Less urgent	5	49	11	40	Level 5: Nonurgent	2	41	27	37		ENA	Échelle australienne	Niv.1	immédiat.	immédiat.	Niv.2	15 min.	10 min.	Niv.3	30 min.	30 min.	Niv.4	60 min.	60 min.	Niv.5	120 min.	120 min.
Acuity—Triage Level ^a	ENA Triage and Acuity Scale ^b	Mean Time (min) ^a	Australian Emergency Mental Health Triage ^b	Mean Time, (min) ^a																																																	
Level 1: Resuscitation	7	31	5	10																																																	
Level 2: Emergent	30	35	27	24																																																	
Level 3: Urgent	51	48	25	30																																																	
Level 4: Less urgent	5	49	11	40																																																	
Level 5: Nonurgent	2	41	27	37																																																	
	ENA	Échelle australienne																																																			
Niv.1	immédiat.	immédiat.																																																			
Niv.2	15 min.	10 min.																																																			
Niv.3	30 min.	30 min.																																																			
Niv.4	60 min.	60 min.																																																			
Niv.5	120 min.	120 min.																																																			
Downey et al. (2015) États-Unis	<p><u>Objectif :</u> Comparer 2 échelles de triage pour l'évaluation des patients psychiatriques à l'urgence sur la base de leur capacité à respecter les délais requis avant l'évaluation générale par l'urgentologue : la <i>Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)</i>* et l'<i>Australian Emergency Mental Health Triage System (AEMHTS)</i></p> <p><u>Devis/ qualité :</u></p>	105 patients qui se présentent à l'urgence pour une condition d'apparence psychiatrique	<p>Utilisation comparée de CTAS vs AEMHTS</p> <p>Étape 1. Patient évalué par une infirmière du triage avec la <i>Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)</i></p> <p>Étape 2. Réévaluation immédiate du même patient par un chercheur boursier avec l'<i>Australian Emergency Mental Health Triage System (AEMHTS)</i></p>	<p><u>Source de données :</u> Triage effectué par une infirmière à partir du CTAS Second triage réalisé par un chercheur à partir de l'échelle australienne (santé mentale)</p> <p><u>Mesures :</u> Niveaux de triage, temps avant l'évaluation et comparaison entre les cibles des 2 échelles de triage</p>	<p><u>Temps d'attente moyen entre le triage et la première évaluation générale (en minutes)</u></p> <p>Comparaison des niveaux de triage, du temps avant l'évaluation et des cibles des 2 échelles de triage comparées</p> <table border="1" data-bbox="1413 1029 2011 1338"> <thead> <tr> <th>Niveau de gravité (CTAS)</th> <th>CTAS n=100</th> <th>Temps moyen (min)^a</th> <th>Délai ciblé (min)</th> <th>Niveau de gravité (AEMHTS)</th> <th>AEMHTS n=100</th> <th>Temps moyen n (min)</th> <th>Délai ciblé (min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niv.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Niv. 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Réanimation</td> <td>12</td> <td>23</td> <td>0</td> <td>Réel danger pour la vie (soi ou les autres)</td> <td>1</td> <td>10</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Niveau de gravité (CTAS)	CTAS n=100	Temps moyen (min) ^a	Délai ciblé (min)	Niveau de gravité (AEMHTS)	AEMHTS n=100	Temps moyen n (min)	Délai ciblé (min)	Niv.1				Niv. 1				Réanimation	12	23	0	Réel danger pour la vie (soi ou les autres)	1	10	0																								
Niveau de gravité (CTAS)	CTAS n=100	Temps moyen (min) ^a	Délai ciblé (min)	Niveau de gravité (AEMHTS)	AEMHTS n=100	Temps moyen n (min)	Délai ciblé (min)																																														
Niv.1				Niv. 1																																																	
Réanimation	12	23	0	Réel danger pour la vie (soi ou les autres)	1	10	0																																														

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt																																
	Étude transversale/ 68 %			<u>Analyses :</u> Analyse de variance (ANOVA) pour déterminer si relation significative entre la CTAS et la AEMHTS et le temps d'attente entre le triage et la première évaluation générale; 2 mesures sur le même groupe	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1409 250 1480 412">Niv. 2 Très urgent</td> <td data-bbox="1480 250 1560 412">29</td> <td data-bbox="1560 250 1640 412">21</td> <td data-bbox="1640 250 1703 412">15</td> <td data-bbox="1703 250 1797 412">Niv. 2 Risque probable pour soi ou pour les autres / Perturb. sévères du comport.</td> <td data-bbox="1797 250 1885 412">0</td> <td data-bbox="1885 250 1955 412">0</td> <td data-bbox="1955 250 2028 412">10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1409 412 1480 602">Niv. 3 Urgent</td> <td data-bbox="1480 412 1560 602">48</td> <td data-bbox="1560 412 1640 602">35</td> <td data-bbox="1640 412 1703 602">30</td> <td data-bbox="1703 412 1797 602">Niv. 3 Risque possible pour soi ou pour les autres / Perturb. modérées du comport.</td> <td data-bbox="1797 412 1885 602">6</td> <td data-bbox="1885 412 1955 602">21</td> <td data-bbox="1955 412 2028 602">30</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1409 602 1480 711">Niv. 4 Moins urgent</td> <td data-bbox="1480 602 1560 711">9</td> <td data-bbox="1560 602 1640 711">27</td> <td data-bbox="1640 602 1703 711">60</td> <td data-bbox="1703 602 1797 711">Niv. 4 Moins urgent Détresse modérée</td> <td data-bbox="1797 602 1885 711">18</td> <td data-bbox="1885 602 1955 711">18</td> <td data-bbox="1955 602 2028 711">60</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1409 711 1480 943">Niv. 5 Non urgent</td> <td data-bbox="1480 711 1560 943">2</td> <td data-bbox="1560 711 1640 943">37</td> <td data-bbox="1640 711 1703 943">120</td> <td data-bbox="1703 711 1797 943">Niv. 5 Non urgent Pas de danger pour soi ou pour les autres/ Pas de détresse aiguë/ Pas de perturb. comport.</td> <td data-bbox="1797 711 1885 943">75</td> <td data-bbox="1885 711 1955 943">33</td> <td data-bbox="1955 711 2028 943">120</td> </tr> </table> <p data-bbox="1409 980 1885 1024"> Ne respectent pas les délais ciblés</p> <p data-bbox="1409 1065 1885 1109"> Rencontrent les délais ciblés</p>	Niv. 2 Très urgent	29	21	15	Niv. 2 Risque probable pour soi ou pour les autres / Perturb. sévères du comport.	0	0	10	Niv. 3 Urgent	48	35	30	Niv. 3 Risque possible pour soi ou pour les autres / Perturb. modérées du comport.	6	21	30	Niv. 4 Moins urgent	9	27	60	Niv. 4 Moins urgent Détresse modérée	18	18	60	Niv. 5 Non urgent	2	37	120	Niv. 5 Non urgent Pas de danger pour soi ou pour les autres/ Pas de détresse aiguë/ Pas de perturb. comport.	75	33	120
Niv. 2 Très urgent	29	21	15	Niv. 2 Risque probable pour soi ou pour les autres / Perturb. sévères du comport.	0	0	10																														
Niv. 3 Urgent	48	35	30	Niv. 3 Risque possible pour soi ou pour les autres / Perturb. modérées du comport.	6	21	30																														
Niv. 4 Moins urgent	9	27	60	Niv. 4 Moins urgent Détresse modérée	18	18	60																														
Niv. 5 Non urgent	2	37	120	Niv. 5 Non urgent Pas de danger pour soi ou pour les autres/ Pas de détresse aiguë/ Pas de perturb. comport.	75	33	120																														
Gomez et Dopheide (2016) États-Unis	<u>Objectifs :</u> Décrire l'impact potentiel du choix initial d'un antipsychotique sur le temps nécessaire pour répéter son administration dans les cas aigus d'agitation et évaluer les facteurs associés au choix initial d'un antipsychotique dans une urgence psychiatrique	388 admissions à l'urgence psychiatrique entre le 1 ^{er} juillet et le 31 août 2014 (possibilité de plusieurs admissions par patient) : En état d'agitation aiguë lors du triage ou de l'évaluation	Administration initiale d'antipsychotiques de première génération (halopéridol et chlorpromazine) comparée aux antipsychotiques de seconde génération (olanzapine, ziprasidone, risperidone, quetiapine et aripiprazole) Voies d'administration comparées : intramusculaire (IM) et orale	<u>Sources de données :</u> Dossier médical électronique Fiche électronique d'administration de médicaments <u>Mesures :</u> Durée de séjour : intervalle de temps, en heures, entre le moment de l'administration initiale	<u>Durée moyenne de séjour à l'urgence (en heures)</u> Haloperidol intra musculaire (IM) : 29,7 heures Autres antipsychotiques IM : 30,3 heures Antipsychotiques de 2 ^e génération administrés par voie orale : 22,6 heures $p=0,038$																																

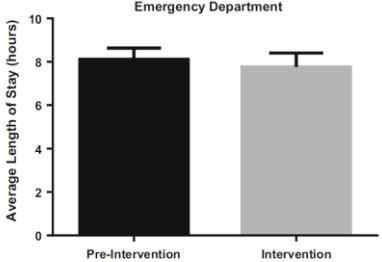
Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
	<p>Comparer la durée de séjour à l'urgence psychiatrique entre les groupes recevant différentes molécules et entre les patients qui nécessitent une administration répétée et ceux qui n'en nécessitent pas</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Étude de cohorte rétrospective/ 82 %</p>	<p>initiale</p> <p>Avoir reçu un antipsychotique pour cette agitation</p>		<p>d'un antipsychotique et le moment de sortie de l'urgence</p> <p><u>Analyses :</u> Statistiques descriptives pour comparer la durée moyenne de séjour entre les 3 groupes d'antipsychotiques administrés</p>	
<p>Hefflefinger (2014) États-Unis</p>	<p><u>Objectif :</u> Décrire une initiative multidisciplinaire basée sur le <i>Lean Six Sigma</i> qui s'est déroulée en 3 phases sur une période de 5 ans et qui a donné comme résultat des durées de séjour à l'urgence diminuées et des soins de meilleure qualité pour les patients psychiatriques</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Étude de type avant-après/ 27 %</p>	<p>Adultes qui se présentent à l'urgence pour une condition d'apparence psychiatrique</p> <p><i>Presbyterian Healthcare System</i> de l'État de New Mexico (comprend 7 hôpitaux)</p> <p>Seul l'hôpital <i>Presbyterian Kaseman</i> contient une unité psychiatrique pour soins aigus</p>	<p><u>Avant l'initiative :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Patient arrive à l'urgence d'un des 7 hôpitaux; 2- Après le triage et le <i>medical clearance</i>, le médecin d'urgence détermine si une évaluation psychiatrique complémentaire est nécessaire. Le cas échéant, il est transféré par ambulance à l'urgence du Kaseman; 3- Arrivé à cette urgence, évaluation générale et psychiatrique sommaire par le médecin d'urgence qui détermine le besoin d'une évaluation psychiatrique complète; 4- Demande d'évaluation auprès du service de consultation liaison; 5- Le service de consultation liaison complète l'évaluation psychiatrique dans la salle où se trouve le patient; 6- Le service de consultation liaison contacte le psychiatre de garde pour décider de la destination des patients; 7- Patient obtient soit son congé ou est admis à l'unité de soins aigus en psychiatrique de cet hôpital. 	<p>Non spécifié</p>	<p><u>Durée médiane de séjour à l'urgence (en heures)</u></p> <p>Avant : 8,4 heures Après : 5 heures Réduction de la durée médiane de séjour à l'urgence maintenue après 1 an d'implantation</p> <p><u>Satisfaction des patients</u></p> <p>Avant : 79,1 % Immédiatement après : 82,6 % Après 1 an d'implantation : 86,5 %</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p>Implantation de l'initiative en 3 phases :</p> <p>Phase 1 - Développement d'une zone distincte pour les patients psychiatriques dans l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adjacente à l'urgence, cette <i>Clinical Decision Unit</i> (CDU) d'une capacité de 7 lits est verrouillée et dédiée à l'observation et au traitement des patients. • Chambres sécuritaires, surveillance vidéo, alarmes paniques, personnel spécialement formé, politiques et protocoles distincts, atmosphère calme. Trois salles de bain sécuritaires supervisées par l'infirmière de la CDU; • Embauche d'un psychiatre dédié au développement des protocoles, à la formation du personnel de la CDU et qui s'assure de la collaboration avec les médecins d'urgence; • nouvelle trajectoire à l'urgence : une fois <i>medically cleared</i> et l'évaluation psychiatrique par la consultation liaison complétée et que l'état du patient est jugé approprié, patient escorté par 1 ou 2 membres du personnel jusqu'à la CDU, où il enfilerait une chemise d'hôpital. Ses effets personnels lui seront retirés et gardés en sécurité; • Le service de consultation liaison agit comme intermédiaire entre le médecin d'urgence et le psychiatre du CDU. La fonction de consultation nécessite une grande expérience en matière d'évaluation psychiatrique et doit être remplie soit par un thérapeute ou une infirmière autorisée (<i>registered nurse</i>); • Comme le CDU fait partie de 		

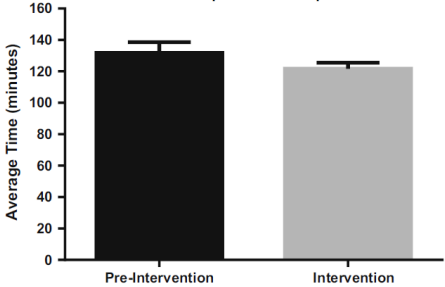
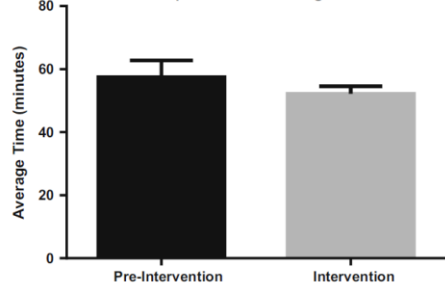
Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p>l'urgence, le patient qui s'y trouve demeure sous la responsabilité du médecin de l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psychiatre de garde est disponible 24/24, 7/7 pour répondre aux besoins du médecin traitant. <p>Phase 2- Implantation d'une zone d'évaluation rapide pour les patients psychiatriques (<i>Psychiatric Patient Fast Track</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Service de consultation liaison a développé une liste de critères pour soutenir le personnel affecté au triage. Ces critères permettent de distinguer les situations urgentes de celles qui le sont moins ou non urgentes pour les patients psychiatriques; • Zone d'évaluation rapide pilotée par la consultation liaison conjointement avec le médecin d'urgence pour des besoins non urgents tels que renouvellement de médicaments, demande de soutien thérapeutique, dépistage toxicologique, analyses sanguines; • Après évaluation psychiatrique sommaire menée dans cette zone, le médecin décide de la nécessité d'une évaluation psychiatrique complète au CDU ou, à l'aide de la consultation liaison, planifie le congé de l'urgence; • Cliniciens du service de consultation liaison disponibles 7/7 pour mener les évaluations psychiatriques sous la supervision d'un psychiatre de garde; <p>Phase 3- Transformation des soins en utilisant un processus <i>Lean Six Sigma</i></p> <p>Détermination des temps de cycles, révision de la grille horaire du personnel, définition du <i>medical clearance</i>, informations aux patients relatives aux processus, etc.</p>		

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
Lester et al. (2017) États-Unis	<p>Objectif : Décrire et évaluer l'impact d'un service interdisciplinaire d'intervention de crise psychiatrique dans un département d'urgence d'un hôpital universitaire sur la durée de séjour à l'urgence et la durée d'hospitalisation en psychiatrie</p> <p>Devis/ qualité : Étude de type avant-après/ 86 %</p>	<p>Patients qui ont reçu une évaluation psychiatrique au cours de leur visite à l'urgence pendant les périodes visées de l'étude</p> <p>Préintervention : 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013 : 2 211 visites</p> <p>Postintervention : 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 : 2 387 visites</p> <p>Inclut des participants de moins de 18 ans : avant=26 %; après=25 % Diagnostiques principaux, % avant/après : Trouble de l'humeur (55 %/ 56 %), anxiété (6 %/ 7 %), trouble psychotique (14 %/ 13 %), trouble lié à substance (6 %/ 5 %), autres (20 %/ 18 %)</p> <p>Urgence d'un hôpital universitaire recevant environ 72 000 visites annuelles, dont environ 7 % liées à des motifs de santé mentale.</p> <p>Hôpital situé dans une zone</p>	<p>Avant : urgence générale, avec un espace séparé dédié au traitement des patients psychiatriques</p> <p>Après : Service interdisciplinaire de gestion de crise/<i>Crisis Assessment Linkage and Management</i> (CALM)</p> <p>Transformation de cet espace composé de 8 lits en une unité d'observation offrant des soins actifs au patient et à ses proches : psychothérapie, pharmacothérapie, gestion de cas et période d'observation d'une durée maximale de 48 heures</p> <p>Offre des orientations accélérées pour les patients qui nécessitent une continuité de soins avec des fournisseurs internes ou externes</p> <p>Patients qui ne peuvent être retournés à la maison dans les 48 heures peuvent être admis sur une unité de soins psychiatriques</p> <p>Avant et après</p> <p>Personnel : Infirmières praticiennes en psychiatrie, <i>psychiatric care technicians</i> et travailleurs sociaux, ratio 4:1</p> <p>En semaine : personnel supervisé par un psychiatre</p> <p>Fin de semaine : personnel supervisé par un psychiatre de garde (sur appel)</p>	<p>Sources de données : Dossiers médicaux électroniques</p> <p>Mesures : Durée de séjour à l'urgence (médiane et moyenne) : de l'arrivée à la sortie de l'urgence (<i>from door-to-door time</i>)</p> <p>Durée de séjour à l'hôpital (médiane et moyenne) :</p> <p>Durée de séjour à l'urgence + durée de séjour au service CALM + durée de séjour à l'unité d'hospitalisation</p> <p>Analyses : Statistiques descriptives : % de changement avant, après – médiane et moyenne</p> <p>Comparaison de durée modale de séjour à l'hôpital (en jours) avant, après</p> <p>Statistiques multivariées : Modèle prédictif (avec durée de séjour transformée en log)</p>	<p><u>Durée médiane de séjour à l'urgence (en heures)</u> Avant : 9,55 heures Après : 7,29 heures</p> <p><u>Durée moyenne de séjour à l'urgence (en heures)</u> Avant : 14,48 heures Après : 11,11 heures</p> <p><u>Durée médiane de séjour à l'hôpital (en heures)</u> Avant : 46,15 heures Après : 31,35 heures</p> <p><u>Durée moyenne de séjour à l'hôpital (en heures)</u> Avant : 100,89 heures Après : 91 heures</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> Dans cet hôpital (en psychiatrie) Avant : 47,9 % Après : 38 %</p> <p>Dans cet hôpital ou dans un autre établissement. (en psychiatrie) Avant : 58,8 % Après : 50,9 %</p> <p><u>Taux de réadmission hospitalière à l'intérieur des 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital</u> Avant : 6,9 % Après : 6,7 % ns</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
		métropolitaine de grandeur moyenne			
Little-Upah et al. (2013) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Relater l'implantation d'une nouvelle trajectoire de soins pour les patients qui nécessitent une évaluation et des soins psychiatriques d'urgence</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Étude de type avant-après/ 18 %</p>	<p><u>Avant</u> : Adultes qui se rendent dans une des urgences pour des problèmes psychiatriques Aucun critère spécifique présenté</p> <p><u>Après</u> : Adultes qui se rendent volontairement dans l'une des urgences de la ville avant d'être transférés au <i>Banner Psychiatric Center</i> ou qui se rendent directement à ce centre pour y recevoir une évaluation et des soins psychiatriques d'urgence, accompagnés ou non d'une période d'observation</p>	<p><u>Avant</u> : Urgence générale des hôpitaux ou à l'<i>Urgent Psychiatric Care Center</i> déjà existant</p> <p>Évaluation par un professionnel de la santé mentale qui peut diriger le patient vers une unité d'hospitalisation ou patient retourne à la maison</p> <p><u>Après</u> : en ajout au <i>Urgent Psychiatric Care Center</i>, implantation du <i>Banner Psychiatric Center</i></p> <p>Mise en place d'une nouvelle unité de soins psychiatriques dédiée à l'évaluation rapide, à la stabilisation et à l'observation pour une durée maximale de 23 heures, des patients transférés à partir des urgences de la ville ou arrivés directement à cette unité. Après cette période de 23 heures, patients sont soit libérés vers la communauté ou admis à l'hôpital psychiatrique adjacent</p> <p>Personnel 24/7 comprenant psychiatres, infirmières praticiennes spécialisées en psychiatrie, infirmières autorisées, <i>behavioral health technicians</i>, intervenants de crise</p> <p>Développement d'un processus de transfert des patients psychiatriques (de l'urgence au <i>Banner psychiatric Center</i>) au sein du <i>Regional Patient Placement Office</i> déjà existant, essentiellement un centre d'appel dont les services sont assurés par des infirmières qui jusque-là coordonnaient le transfert des patients médicaux avec les ressources disponibles dans la région.</p>	<p><u>Sources de données</u> :</p> <p>Système de données électroniques</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Temps entre l'arrivée et la sortie de l'urgence (en heures)</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Statistiques descriptives</p> <p>% de changement avant (non spécifié), après (septembre 2010 à mars 2011)</p>	<p><u>Temps entre l'arrivée et la sortie de l'urgence (en heures)</u></p> <p>Avant : entre 14 à 16 heures Après : entre 8 à 10 heures ↓40 %</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u></p> <p>Avant : 75 % Après : 45 %</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			Recense également la disponibilité des lits au <i>Banner Psychiatric Center</i> et dans la communauté		
Okafor et al. (2016) États-Unis	<p>Objectifs : Décrire le processus, la structure et les résultats de notre initiative pour mieux intégrer le département d'urgence de l'Hôpital Grady et les services d'urgence psychiatrique; un des trois points focaux de cette initiative en partenariat. Les trois sous-objectifs étaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- D'évaluer et de comprendre le système de soins de santé mentale du centre de santé d'urgence de l'hôpital Grady; 2- De développer et de tester un modèle de soins intégrés qui va améliorer la qualité de l'accès aux soins de santé pour les individus qui se présentent avec des besoins psychiatriques; 3- De développer la main-d'œuvre pour offrir une pratique de soins intégrés et de recommander des stratégies d'envergure et durables pour l'amélioration globale du système. 	<p>Groupe préintervention : 4 329 patients Groupe d'intervention : 4 867 patients</p> <p>Hôpital public urbain de grande taille</p> <p>Centre de soins d'urgence : centre de trauma de premier niveau 100 000 visites par année (données de 2015)</p> <p>600 visites/mois de patients avec troubles d'apparence psychiatrique</p>	<p>Services psychiatriques accélérés (<i>Psychiatric Fast Track Service (PFTS)</i>)</p> <p>Pendant le quart de jour/sem. : Ajout d'un travailleur social (temps plein) et d'un psychiatre-consultant (16 h/sem.) à l'équipe de soins d'urgence</p> <p>Services de consultation psychiatrique, d'évaluation et de gestion des services du centre de soins d'urgence et liens avec les ressources communautaires avec une coordination simplifiée.</p> <p>Réévaluation des patients psychiatriques qui sont gardés contre leur gré pour s'assurer du bien-fondé de leur garde involontaire et que la documentation est bien complétée</p> <p>Service intégré au système de soins existant</p> <p>Interactions directes avec le service d'intervention de crise et les services externes de santé mentale</p> <p>Approche qui assure un triage et une catégorisation des patients en fonction de leur état combiné de santé mentale et physique et un transfert vers le lieu et le niveau de soins appropriés</p> <p>Maintien du service d'intervention de crise et référence usuelle à ce service en dehors des heures du service psychiatrique accéléré</p>	<p>Sources de données : Système de dossiers médicaux électroniques</p> <p>Mesures : Avant : janvier 2011 à août 2011 Après : septembre 2011 à mai 2012</p> <p>Durée de séjour Temps d'attente</p> <p>Analyses : Moyennes ou pourcentage et calcul de différence statistique entre les groupes</p>	<p>Durée moyenne de séjour à l'urgence générale (en heures) Avant : 8,11 heures Après : 7,76 heures p=0,2481 (ns)</p>  <p>Durée moyenne de séjour à l'urgence psychiatrique Avant : 8 heures Après : 7,25 heures p=0,0434</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt												
	<p><u>Devis/ qualité :</u> Étude de type avant-après / 59 %</p>		<p>Interventions préliminaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Rationalisation des méthodes de travail 2- Développement d'une trajectoire de priorisation (sortie de l'urgence) 3- Formation et éducation 		<div data-bbox="1413 245 1854 548"> <table border="1"> <caption>Psychiatry - Average Length of Stay (hours)</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Average Length of Stay (hours)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre-Intervention</td> <td>~8.1</td> </tr> <tr> <td>Intervention</td> <td>~7.4*</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p data-bbox="1413 565 1854 602">Fig. 8 Comparison of average length of stay by patients at the psychiatry department. Asterisks represent a <i>P</i> value <0.05</p> <p data-bbox="1413 621 1980 643"><u>Temps d'attente moyen entre l'arrivée à l'urgence et le triage</u></p> <p data-bbox="1413 654 1602 675">Avant : 91,9 minutes</p> <p data-bbox="1413 686 1612 708">Après : 30,34 minutes</p> <p data-bbox="1413 719 1497 740">p=0,0232</p> <div data-bbox="1413 764 1854 1068"> <table border="1"> <caption>Time to Triage - Average Time (minutes)</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Average Time (minutes)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre-Intervention</td> <td>91.9</td> </tr> <tr> <td>Intervention</td> <td>30.34*</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p data-bbox="1413 1084 1854 1138">Fig. 3 Comparison of average time spent by patients at the emergency department before triage. Asterisks represent a <i>P</i> value <0.05</p> <p data-bbox="1413 1162 2011 1232"><u>Temps d'attente moyen entre la décision d'admettre le patient et son départ de l'urgence pour une unité d'hospitalisation (en minutes)</u></p> <p data-bbox="1413 1243 1612 1265">Avant : 131,8 minutes</p> <p data-bbox="1413 1276 1612 1297">Après : 121,6 minutes</p> <p data-bbox="1413 1308 1539 1330">p=0,1877 (ns)</p>	Group	Average Length of Stay (hours)	Pre-Intervention	~8.1	Intervention	~7.4*	Group	Average Time (minutes)	Pre-Intervention	91.9	Intervention	30.34*
Group	Average Length of Stay (hours)																
Pre-Intervention	~8.1																
Intervention	~7.4*																
Group	Average Time (minutes)																
Pre-Intervention	91.9																
Intervention	30.34*																

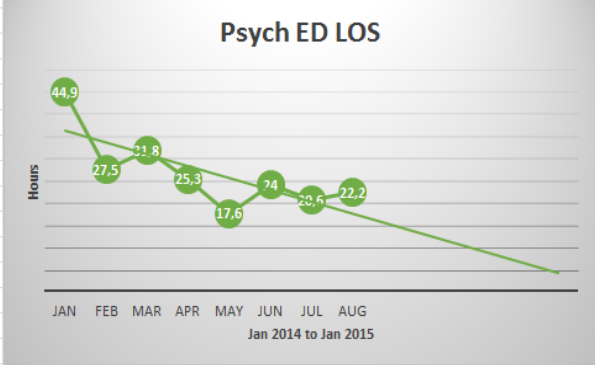
Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
					<p data-bbox="1507 246 1780 266">Admission Disposition to Departure</p>  <p data-bbox="1411 568 1852 607">Fig. 4 Comparison of average time spent by patients at the emergency department from admission disposition to departure</p> <p data-bbox="1411 805 2007 876"><u>Temps d'attente moyen entre la décision de donner le congé au patient et son départ de l'urgence vers son domicile (en minutes)</u></p> <p data-bbox="1411 886 1612 906">Avant : 57,43 minutes</p> <p data-bbox="1411 915 1612 935">Après : 52,27 minutes</p> <p data-bbox="1411 945 1537 964">p=0,3351 (ns)</p> <p data-bbox="1558 984 1747 1003">Disposition to Discharge</p>  <p data-bbox="1411 1305 1852 1344">Fig. 5 Comparison of average time spent by patients at the emergency department from disposition to discharge</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
Opmeer et al. (2017) Royaume-Uni	<p><u>Objectif</u> : Évaluer l'impact d'une prolongation des heures de service de la psychiatrie de liaison sur la gestion des patients et leurs résultats de santé et les coûts de traitement pour des patients qui se présentent à l'urgence à la suite de de blessures auto-infligées (automutilation ou empoisonnement volontaire).</p> <p><u>Devis/ qualité</u> : Étude de type avant-après/ 82 %</p>	<p>Patients qui se présentent à l'urgence à la suite de blessures auto-infligées (ils représentent 40 % de la charge de travail du service de psychiatrie de liaison)</p> <p><u>Avant</u> : 1^{er} janvier au 31 mars 2014 : 298 patients</p> <p>1^{er} septembre 2014 : nouvelles heures de service</p> <p><u>Après</u> : 1^{er} janvier au 31 mars 2015 : 318 patients</p>	<p>Prolongation des heures de service de la psychiatrie de liaison en ajoutant 4 infirmières à temps plein</p> <p><u>Avant</u> : du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h (total de 40 heures de service/semaine)</p> <p><u>Après</u> : 7 jours par semaine, de 8 h à 22 h (total de 98 heures de service/semaine)</p>	<p><u>Source de données</u> : Données du registre de surveillance des actes d'automutilation</p> <p><u>Mesures</u> : Comparaison de durée médiane de temps d'attente (en heures et en minutes) avant/après</p> <p><u>Analyses</u> : Statistiques descriptives % de changement avant/après</p>	<p><u>Temps d'attente médian entre l'arrivée à l'urgence et l'évaluation psychosociale par le service de psychiatrie de liaison (en heures/minutes)</u> Avant : 11 heures 44 minutes Après : 8 heures 30 minutes p<0,017</p> <p><u>Temps d'attente médian entre l'évaluation générale à l'urgence et l'évaluation psychosociale par le service de psychiatrie de liaison (en heures/minutes)</u> Pour toutes les heures d'arrivée Avant : 9 heures 30 minutes Après : 6 heures 53 minutes p<0,001</p> <p>Pour les arrivées entre 9 h et 17 h Avant : 2 heures 51 minutes Après : 2 heures 59 minutes p=0,078</p> <p>Pour les arrivées durant les autres heures qu'entre 9 h et 17 h Avant : 10 heures 20 minutes Après : 8 heures 28 minutes p=0,003</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> Avant : 65,7 % Après : 68,5 %</p> <p><u>Référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation</u> Avant : 7,2 % Après : 15 % p=0,001</p> <p><u>Accès aux services d'une équipe d'intervention de crise</u> Avant : 12 % Après : 15 % p=0,25</p> <p><u>Accès à des services spécialisés en dépendance</u> Avant : 5,1 % Après : 5,2 % p=0,92</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
Parwani et al. (2017) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Évaluer l'effet de la mise en place d'une unité d'observation psychiatrique sur la durée de séjour à l'urgence, la période d'attente pour un lit d'hospitalisation (<i>boarding</i>) et les taux d'admission en psychiatrie des patients qui séjournent à l'urgence pour une condition aiguë</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Série chronologique interrompue/82 %</p>	<p>3501 patients avant; 3798 patients après >17 ans</p> <p>Critère d'inclusion : patients ayant séjourné au sein de l'unité d'observation psychiatrique</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant quitté l'urgence sans être vus; • Patients ayant quitté l'urgence contre l'avis médical; • Patients dirigés vers l'hôpital pédiatrique ou centre de traitement du cancer; • Patients retournés en maison de soins palliatifs; • Patients dirigés vers les forces de l'ordre; • Patients dirigés ailleurs. 	<p>Mise en place en décembre 2013 d'une unité d'observation psychiatrique verrouillée (<i>Psychiatric Observation Unit</i>) de 12 lits localisée à l'extérieur de l'urgence générale (mais rattachée à celle-ci) d'un hôpital universitaire</p> <p>Personnel dédié en santé mentale : psychiatre présent 24 heures/jour, médecins résidents (urgence et psychiatre), 2 infirmières 24 heures/jour et travailleurs sociaux autorisés + <i>advanced practice providers</i> de jour.</p> <p>Jusqu'à 48 heures de soins</p> <p>Pour les patients médicalement stables en provenance du CIU pour un séjour d'observation + traitement de moins de 48 heures ou en attente d'être admis</p>	<p><u>Source de données</u> :</p> <p>Dossiers médicaux électroniques de février 2013 à juillet 2014</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Durée de séjour à l'urgence (médiane) : Différence en minutes entre l'heure de l'arrivée à l'urgence (heure tamponnée lors du triage par l'infirmière) et l'heure du départ de l'urgence (heure tamponnée au moment où le patient quitte l'urgence générale en direction du CIU)</p> <p>Durée de séjour à l'unité d'intervention de crise (CIU) (médiane) : Différence en minutes entre l'heure de l'arrivée au CIU (heure tamponnée au moment où le patient quitte l'urgence générale en direction du CIU) et l'heure du départ du CIU</p> <p>Durée de séjour totale (médiane) : Différence de minutes entre l'heure de l'arrivée à l'urgence (heure tamponnée lors du triage par l'infirmière) et l'heure du départ de l'unité d'observation psychiatrique</p> <p><i>Psychiatric hold rate</i> : Proportion de patients de l'urgence évalués par le CIU qui seront admis à l'unité d'observation</p>	<p><u>Durée médiane de séjour à l'urgence (en minutes) (période allant de février à juillet 2014)</u></p> <p>Avant : 155 minutes Après : 35 minutes p<0,0001</p> <p><u>Durée médiane de séjour à l'unité d'intervention de crise (CIU) (en minutes)</u></p> <p>Avant : 865 minutes Après : 379 minutes p<0,0001</p> <p><u>Durée médiane de séjour totale (en minutes)</u></p> <p>Avant : 1112 minutes Après : 920 minutes p=0,003</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt																												
				<p>psychiatrique (après l'intervention) ou hospitalisés (avant l'intervention)</p> <p>% d'admission en psychiatrie : Proportion des patients ayant séjourné au CIU qui ont par la suite été hospitalisés</p> <p>Mise en place de l'unité d'observation en décembre 2013.</p> <p>Mesures prises entre février 2013 et juillet 2014 et analyses comparatives supplémentaires des données entre février et avril 2013 et février à avril 2014</p> <p><u>Analyses :</u> Série chronologique interrompue</p> <p>Analyses de régression (ARIMA)</p> <p>Analyses de sensibilité pour tenir compte des facteurs confondants (temps de l'année + état d'intoxication aigüe)</p>	<p>Table 1 ED LOS and Patient Disposition</p> <table border="1" data-bbox="1465 248 1638 1117"> <thead> <tr> <th></th> <th>Preintervention Group (n = 3,501)</th> <th>Postintervention Group (n = 3,759)</th> <th>Significance (P-value)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Median LOS (min)</td> <td>1,112</td> <td>920</td> <td>0,0007*</td> </tr> <tr> <td>ED</td> <td>15</td> <td>35</td> <td><0,0001*</td> </tr> <tr> <td>CIU</td> <td>865</td> <td>379</td> <td><0,0001*</td> </tr> <tr> <td>Psychiatric observation unit</td> <td>N/A</td> <td>1512</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>Psychiatric hold rate</td> <td>42%</td> <td>49,8%</td> <td><0,0001†</td> </tr> <tr> <td>Inpatient psychiatric admission rate</td> <td>42%</td> <td>25,4%</td> <td><0,0001†</td> </tr> </tbody> </table> <p>CIU – crisis intervention unit; LOS – length of stay. *Statistically significant difference before and after intervention in ARIMA model. †Statistically significant difference before and after intervention using chi-square test.</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> Avant : 42,1 % Après : 23,1 % p<0,0001</p>		Preintervention Group (n = 3,501)	Postintervention Group (n = 3,759)	Significance (P-value)	Median LOS (min)	1,112	920	0,0007*	ED	15	35	<0,0001*	CIU	865	379	<0,0001*	Psychiatric observation unit	N/A	1512	NA	Psychiatric hold rate	42%	49,8%	<0,0001†	Inpatient psychiatric admission rate	42%	25,4%	<0,0001†
	Preintervention Group (n = 3,501)	Postintervention Group (n = 3,759)	Significance (P-value)																														
Median LOS (min)	1,112	920	0,0007*																														
ED	15	35	<0,0001*																														
CIU	865	379	<0,0001*																														
Psychiatric observation unit	N/A	1512	NA																														
Psychiatric hold rate	42%	49,8%	<0,0001†																														
Inpatient psychiatric admission rate	42%	25,4%	<0,0001†																														

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
Polevoi et al. (2013) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Évaluer l'efficacité d'un nouveau modèle de soins, le modèle de cogestion unité d'urgence-psychiatrie, en le comparant au modèle de consultation menée par les résidents en psychiatrie, sur la durée de séjour à l'urgence des patients qui s'y présentent en état de crise</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Étude de type avant-après/ 91 %</p>	<p>1884 patients adultes vus par les cliniciens du département d'urgence et identifiés comme pouvant être un danger pour eux-mêmes ou pour les autres, ou en incapacité de subvenir à leurs besoins (mis sous garde involontaire)</p> <p>Département d'urgence urbain universitaire de 29 lits (pas de service d'urgence spécialisée en psychiatrie)</p> <p>38 000 visites/année</p> <p>Taux d'admission de 25 %</p> <p>Absence d'unité d'hospitalisation en psychiatrie</p> <p>Centre psychiatrique affilié privé à proximité offrant une formation des résidents en psychiatrie pour la consultation au département d'urgence</p>	<p>Modèle de cogestion unité d'urgence-psychiatrie (<i>ED-psychiatry co-management model</i>)</p> <p>Partage des soins entre le service psychiatrique de consultation-liaison et les prestataires de soins de l'urgence</p> <p>Préintervention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation du patient par le personnel clinique de l'urgence; 2. Demande de consultation en psychiatrie; 3. Consultations données par des résidents en psychiatrie; 4. Recommandations du service de psychiatrie effectuées par l'urgence; 5. Contacts auprès du psychiatre de la faculté seulement pour les patients admissibles à un congé de l'urgence. <p>Modèle de cogestion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation du patient par le personnel clinique de l'urgence; 2. Demande de consultation en psychiatrie; 3. Service de consultation psychiatrique et de liaison assume la pleine responsabilité du patient (ordonnance de médicaments, tests de laboratoire); 4. Augmentation de l'implication directe des psychiatres; 5. Réévaluation régulière des patients avec une insistance sur le règlement des cas; 6. Ajout d'efforts intensifs de la part des travailleurs sociaux du service pour organiser la sortie des patients de l'urgence. 	<p><u>Source de données</u> :</p> <p>Analyses secondaires de données recueillies dans le cadre d'un sondage mené précédemment et portant sur l'effet des opérations du département d'urgence de l'hôpital sur les patients</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Durée de séjour à l'urgence pour les patients admis en psychiatrie</p> <p>Durée de séjour à l'urgence pour les patients admis dans un département autre que la psychiatrie</p> <p>« Congé médical » : Absence de condition médicale active telle que déterminée par le médecin d'urgence, qui justifierait de ne pas transférer le patient vers une unité psychiatrique</p> <p>Préintervention : 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2007</p> <p>Postintervention : 1^{er} septembre 2008 au 31 décembre 2009</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Analyse de série chronologique interrompue/ régression linéaire</p>	<p><u>Durée moyenne de séjour à l'urgence pour les usagers mis sous garde involontaire à l'urgence, puis libérés (en heures)</u></p> <p>Avant : 44,88 heures Après : 18,70 heures p<0,0005</p> <p><u>Durée médiane de séjour à l'urgence pour les usagers admis en psychiatrie (dans un autre établissement) (en log)</u></p> <p>Avant : non spécifié Après : non spécifié p<0,0005</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence En psychiatrie (dans un autre établissement)</u></p> <p>Avant : 73,8 % Après : 73,4 % ns</p> <p>Dans un département autre que psychiatrie</p> <p>Avant 5 % Après 4,7 % ns</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt																																
Rachal et al. (2017) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Décrire l'implantation d'un service de télépsychiatrie mené à partir de l'unique urgence spécialisée en psychiatrie de la région vers les 22 urgences générales que compte cette dernière</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Étude de type avant-après/14 %</p>	Non spécifié	<p>Service de télépsychiatrie</p> <p>Un psychiatre de l'unique urgence spécialisée en psychiatrie de la région offre des consultations psychiatriques à distance (audiovidéo) pour les patients qui se trouvent dans une des urgences générales de la région</p> <p>Étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entretien initial à distance par un professionnel de la santé mentale; 2. Évaluation du patient par le psychiatre et recommandations de traitement transmises au médecin de l'urgence générale qui demeure en tout temps responsable du patient; 3. Pour les patients qui doivent être hospitalisés, mais en attente d'un lit, initiation immédiate du traitement pharmacologique tel qu'il est recommandé par le psychiatre consultant qui a transmis l'ordonnance du ou des médicaments au médecin traitant; 4. Réévaluation à distance du patient par le personnel professionnel de l'urgence spécialisée une fois par jour et au moins aux 48 heures par l'infirmière praticienne en psychiatrie ou le psychiatre qui peut décider de donner congé au patient le cas échéant. 	<p><u>Source de données</u> :</p> <p>Non spécifiée</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Durée moyenne de séjour à l'urgence</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Statistiques descriptives (moyenne)</p>	<p><u>Durée moyenne de séjour à l'urgence (en heures)</u></p> <p>Avant (janvier 2014) : 44,9 heures</p> <p>Après (janvier 2015) : 22,4 heures</p> <table border="1" data-bbox="1413 370 2041 516"> <thead> <tr> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mar</th> <th>Apr</th> <th>May</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Aug</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44,9</td> <td>27,5</td> <td>31,8</td> <td>25,3</td> <td>17,6</td> <td>24</td> <td>20,6</td> <td>22,2</td> </tr> <tr> <th>Sep</th> <th>Oct</th> <th>Nov</th> <th>Dec</th> <th>Jan *</th> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>22,3</td> <td>29,8</td> <td>27,5</td> <td>22,4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	44,9	27,5	31,8	25,3	17,6	24	20,6	22,2	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan *				22	22,3	29,8	27,5	22,4			
Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug																														
44,9	27,5	31,8	25,3	17,6	24	20,6	22,2																														
Sep	Oct	Nov	Dec	Jan *																																	
22	22,3	29,8	27,5	22,4																																	
Reeve, Arora et coll. (2014; 2016)	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Évaluer dans quelle mesure les services de consultation liaison pour dépendances à l'alcool et aux drogues offerts dans les urgences hospitalières améliorent les résultats de santé des patients et la performance des hôpitaux et si ces services représentent un bon investissement</p>	<p>Individus qui se présentent à l'urgence au cours d'une période définie de 10 jours, âgés de + de 16 ans et en état de donner leur consentement pour participer à l'étude</p> <p>1 101 participants</p> <p>Groupe 0 : pas de</p>	<p>Services de consultation liaison pour dépendances à l'alcool et aux drogues localisés dans les hôpitaux</p> <p>Permet d'améliorer l'identification des patients aux prises avec des problèmes de consommation (à l'urgence et sur les unités de soins) et de fournir un accès direct à des services spécialisés de soutien, de conseils au sujet des traitements et de la gestion de la problématique</p>	<p><u>Sources de données</u> :</p> <p>Sondage autoadministré auprès des patients abondant : raison de présentation, utilisation de substances liée ou non à la présentation, utilisation de substances dans les 24 dernières heures, problèmes récents liés à l'utilisation de substances, fonctionnement général</p>	<p><u>Durée moyenne de séjour à l'urgence (en heures)</u></p> <p>Groupe 2 (<i>Intensive need, no CL</i>) comparé au groupe 0 (<i>no AOD problems</i>)</p> <p>$\Delta = 1,9$ heure d'augmentation par quart de période $p < 0,05$</p> <p>Groupe 3 (<i>CL</i>) vs groupe 0 (<i>no AOD problems</i>)</p> <p>$\Delta = 0,8$ heure d'augmentation par quart de période (ns)</p>																																

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
	<p><u>Objectifs spécifiques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimer la prévalence des patients qui se présentent dans les hôpitaux de l'État avec des problèmes de dépendances à l'alcool et aux drogues; 2. Quantifier les orientations de ces patients vers les services de consultation liaison pour dépendances à l'alcool et aux drogues; 3. Estimer l'impact des services de consultation liaison pour dépendances à l'alcool et aux drogues sur l'utilisation des ressources du système de santé et les coûts associés pour ces patients; 4. Estimer les coûts de prestation des services de consultation liaison pour dépendances à l'alcool et aux drogues; 5. Estimer les bénéfices pour les patients de la de prestation des services de consultation liaison pour dépendances à l'alcool et aux drogues. <p><u>Devis/ qualité :</u> Étude cas-témoins/ 77 %</p>	<p>problèmes d'alcool ni de drogues (<i>No AOD problem</i>)</p> <p>Groupe 1 : problèmes d'alcool ou de drogues nécessitant une intervention brève, mais n'ayant pas reçu les services de consultation liaison (<i>Brief need, no CL</i>)</p> <p>Groupe 2 : problèmes d'alcool ou de drogues nécessitant un traitement intensif, mais n'ayant pas reçu les services de consultation liaison (<i>Intensive need, no CL</i>) = Groupe de comparaison</p> <p>Groupe 3 : patients ayant problèmes d'alcool ou de drogues ayant reçu les services de consultation liaison (<i>Received CL</i>)</p> <p>8 hôpitaux de l'État de New South Wales, Australie (ruraux et urbains)</p>		<p>et recours antérieurs aux services de consultation liaison à l'urgence pour dépendances à l'alcool et aux drogues</p> <p>Données administratives des patients qui ont répondu au sondage autoadministré dont l'analyse a été faite sur une période de 30 mois : 18 mois avant le sondage et 12 mois après</p> <p><u>Mesures :</u> <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Length of stay per presentation : Hours (triage to departure time)</i></p> <p><u>Analyses :</u> Statistiques descriptives</p> <p>Analyses de régression</p> <p>Comparaisons <i>non AOD Group</i> et <i>AOD Groups 1, 2 et 3</i></p> <p>Comparaisons groupe 2 (no CL) et groupe 3 (CL)</p>	<p><u>Durée de séjour à l'urgence pour les usagers admis</u> <u>Moins de 4 heures</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 2 (<i>Intensive need, no CL</i>) comparé au groupe 0 (<i>no AOD problems</i>) OR = 0,16 p<0,01 • Groupe 3 (CL) comparé au groupe 0 (<i>no AOD problems</i>) OR = 0,97 (ns) <p><u>Moins de 8 heures</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 2 (<i>Intensive need, no CL</i>) comparé au groupe 0 (<i>no AOD problems</i>) OR = 7,24 p<0,05 suivi de OR = 0,35 p<0,01 <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 0 (<i>no AOD problems</i>) OR = 0,44 p<0,01 • Groupe 0 (<i>no AOD problems</i>) comparé au groupe 2 (<i>Intensive need, no CL</i>) vs groupe 3 (CL) • Groupe 1 (<i>Brief need, no CL</i>) OR = 4,08 p<0,01 suivi de OR = 0,56 p<0,01 • Groupe 2 (<i>Intensive need, no CL</i>) OR = 1,48 (n.s. p=0,062) suivi de OR = 0,57 (ns p=0,062) • Groupe 2 (<i>Intensive need, no CL</i>) comparé au groupe 3 (CL) Pas de différence de temps significative entre ces groupes quant aux chances d'être admis à l'hôpital à partir de l'urgence

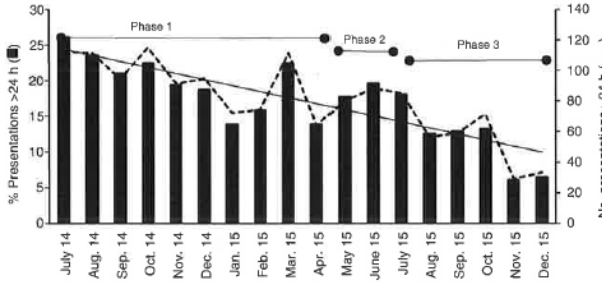
Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
Southard et al. (2014) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Comparer les délais avant traitement, les durées de séjour et les temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et la consultation psychiatrique avant et après l'implantation d'un programme de téléconsultation en psychiatrie dans le département d'urgence d'un hôpital rural</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Étude de type avant-après/ 77 %</p>	<p>Patients qui se sont présentés à l'urgence entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 janvier 2010 pour qui une évaluation psychiatrique a été demandée et complétée (n=67) :</p> <p>24 patients avant l'implantation/ 38 patients après l'implantation Département d'urgence d'un hôpital rural</p>	<p>Implantation d'un programme de téléconsultation en psychiatrie</p> <p><u>Avant</u> :</p> <p>Les consultations en psychiatrie demandées par le clinicien de l'urgence sont menées par un professionnel (conseiller autorisé en santé mentale, travailleur social ou psychologue travaillant avec un psychiatre) rattaché dans un centre de santé mentale communautaire situé dans la région. Le professionnel se rendait à l'urgence pour évaluer le patient en personne. Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h</p> <p>Tous les patients sont admis pour une période d'observation.</p> <p><u>Après</u> :</p> <p>Les téléconsultations en psychiatrie sont disponibles 24/7 et menées à partir du centre de santé mentale communautaire situé dans la région par un professionnel (conseiller autorisé en santé mentale, travailleur social ou psychologue travaillant avec un psychiatre). Plusieurs options de disposition des patients maintenant disponibles : admission pour observation, maison (avec un suivi), centre tertiaire, établissement de santé mentale.</p>	<p><u>Sources de données</u> :</p> <p>Dossiers électroniques médicaux + dossiers hospitaliers des patients (données collectées durant 7 mois avant l'implantation et 6 mois après l'implantation)</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Délais avant traitement (<i>time to treatment</i>) :</p> <p>Temps d'attente entre la demande de consultation en psychiatrie et celui où la consultation est complétée</p> <p>Durée de séjour :</p> <p>Intervalle de temps entre le moment où le patient se présente à l'urgence (jour et heure au triage) et l'obtention de son congé de l'hôpital, incluant, le cas échéant, la durée d'hospitalisation</p> <p>Temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et la consultation psychiatrique (<i>door-to-consult time</i>) : temps d'attente entre le moment où le patient se présente à l'urgence (jour et heure au triage) et celui où la consultation en psychiatrie est complétée</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Statistiques descriptives</p> <p>T-tests</p>	<p><u>Durée moyenne et médiane de séjour (en heures)</u></p> <p>Moyenne</p> <p>Avant : 31,7 heures Après : 17 heures p<0,001</p> <p>Médiane</p> <p>Avant : 26,3 heures Après : 8,2 heures p<0,001</p> <p><u>Temps d'attente moyen et médian entre la demande de consultation en psychiatrie et celui où la consultation est complétée (en heures)</u></p> <p>Moyen</p> <p>Avant : 16,2 heures Après : 5,4 heures p<0,001</p> <p>Médian</p> <p>Avant : 14,2 heures Après : 2,6 heures p<0,001</p> <p><u>Temps d'attente moyen et médian entre le moment où le patient se présente à l'urgence (jour et heure au triage) et celui où la consultation en psychiatrie est complétée (en heures)</u></p> <p>Moyen</p> <p>Avant : 22,7 heures Après : 10,5 heures p<0,001</p> <p>Médian</p> <p>Avant : 19,6 heures Après : 5,9 heures p<0,001</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence Inpatient observation</u></p> <p>Avant : 100 % Après : 39 %</p>

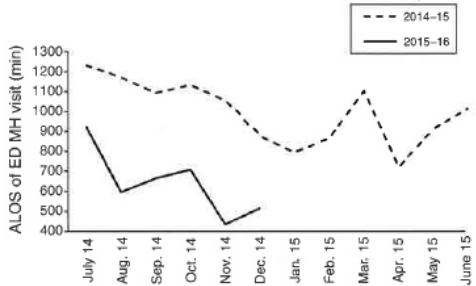
Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
					<i>Behavioral facility</i> Avant : 0 % Après : 24 % <i>Tertiary care center</i> Avant : 0 % Après : 8 %
Stover et Harpin (2015) États-Unis	<p><u>Objectif :</u> Décrire une initiative d'amélioration de la qualité des processus/pratiques entourant la planification et l'obtention du congé de l'hôpital pour les patients hospitalisés à l'unité de soins en psychiatrie en vue de diminuer le temps d'attente pour obtenir un lit d'hospitalisation pour les patients de l'urgence (<i>boarded patients</i>)</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Série chronologique interrompue/ 77 %</p>	Patients hospitalisés en provenance de l'urgence : <u>Avant :</u> 97/ <u>Après :</u> 120 Avant : septembre 2012 à février 2013 Intervention débutée en mars 2013 Après : septembre 2013 à février 2014	Élaboration d'un plan d'intervention basé sur le modèle d'améliorations rapides par cycle (<i>rapid cycle improvements</i>) Série de changements apportés relatifs aux 7 cycles du projet : 1. Transport des patients lors de l'obtention du congé de l'hôpital : discuter du transport lors des réunions de planification en avant-midi et en après-midi; 2. Ordonnances de mise en congé des patients : sensibilisation, repères et rappels visuels aux médecins afin qu'ils écrivent leurs ordonnances la veille ou tôt dans la journée; 3. Saisie de données relatives au congé des patients : changement dans la façon d'entrer les données et formation et rappels pour le personnel; 4. Durée de séjour : sensibilisation auprès des médecins, du personnel infirmier, de l'équipe de traitement; changements à la feuille de plan de chaque patient en mettant l'accent sur la durée de séjour et la planification du congé dans les réunions; augmentation de la fréquence et modification du format des réunions quotidiennes pour planifier la sortie des patients; 5. Implication et attentes des patients : implantation d'un formulaire d'engagement préadmission et d'un plan de sortie personnalisé au	<p><u>Source de données :</u> Registre de l'unité de psychiatrie qui suit les données des patients de l'urgence qui sont en attente d'un transfert vers cette unité</p> <p><u>Mesures :</u> Comparaison de moyennes d'heures d'attente à l'urgence entre la demande d'hospitalisation et le départ de l'urgence lors de l'obtention d'un lit à l'unité de soins psychiatriques (t test)</p> <p><u>Analyses :</u> Statistiques descriptives</p>	<p><u>Temps d'attente moyen à l'urgence entre la demande d'hospitalisation et le départ de l'urgence lors de l'obtention d'un lit à l'unité de soins psychiatriques (<i>boarding time</i>) (en heures)</u></p> <p>Avant : 10,5 heures Après : 5,08 heures p=0,006</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p>besoin;</p> <p>6. Planification de la mise en congé des patients basée sur les données probantes : liste à cocher de congé des patients et système de carte de rendez-vous pour que les patients soient prêts pour leur congé;</p> <p>7. Attitude du personnel : présentation éducative pour le personnel de l'unité psychiatrique afin de transmettre des connaissances et de favoriser la compréhension de l'impact du flux des patients sur les soins et le fonctionnement de l'unité.</p>		
Vocalan Jr et Hegarty (2012) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Mesurer l'effet sur la durée de séjour à l'urgence de l'ouverture d'un hôpital psychiatrique qui inclut un centre de triage et d'évaluation désigné pour recevoir les patients nécessitant une évaluation et un traitement psychiatriques qui proviennent des urgences de la région</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Étude de type avant-après/ 64 %</p>	<p>9262 visites (4872 avant et 4390 après)</p> <p>Population pédiatrique, adulte et gériatrique (entre 3 et 100 ans)</p>	<p>Ouverture d'un hôpital psychiatrique de 74 lits incluant un centre de triage et d'évaluation (<i>Triage Evaluation Center</i>) visant l'amélioration et l'accélération de l'évaluation et du traitement des patients transférés depuis les urgences générales des hôpitaux du comté</p> <p>Les patients des urgences hospitalières du comté qui satisfont les critères d'admission du centre de triage et d'évaluation y sont immédiatement transférés pour une évaluation et un traitement psychiatrique</p> <p>Critères d'admission au centre de triage et d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients âgés de moins de 65 ans avec une condition psychiatrique; • Non désorientés; • Signes vitaux normaux; • Sans nouvelle apparition de symptômes psychotiques; • Sans intoxication suspectée ou abus de substances; <p>Bref, patients jugés à faible risque médical.</p>	<p><u>Sources de données</u> :</p> <p>Dossiers médicaux électroniques</p> <p>Feuilles de pointage de l'état d'anxiété ou d'agitation</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p><u>Avant</u> : 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008</p> <p>1^{er} avril 2008 : Ouverture du nouvel hôpital</p> <p><u>Après</u> : 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009</p> <p>Durée de séjour : Temps d'attente avant l'obtention du congé</p> <p><u>Analyses</u> :</p> <p>Statistiques descriptives pour comparer la durée médiane de séjour entre les 2 groupes avant/après</p>	<p><u>Durée médiane de séjour (en heures/minutes) (3 hôpitaux)</u></p> <p>Avant : 5 heures 34 minutes</p> <p>Après : 5 heures 12 minutes</p> <p>p<0,0001</p> <p>Δ=-22 m</p> <p>Pour les usagers libérés</p> <p>Avant : 3 heures 51 minutes</p> <p>Après : 3 heures 44 minutes p=0,98 (ns)</p> <p>Pour les usagers admis sur une unité médicale</p> <p>Avant : 5 heures 50 minutes</p> <p>Après : 5 heures 30 minutes</p> <p>p=0,58 (ns)</p> <p>Pour les usagers admis sur une unité psychiatrique</p> <p>Avant : 12 heures 4 minutes (724 minutes)</p> <p>Après : 9 heures 53 minutes (593 minutes)</p> <p>p<0,008</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt																																																												
Wand, D'Abrew et coll. (2015; 2016) Australie	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Évaluer la prolongation des heures de service des infirmières praticiennes en santé mentale de liaison à l'urgence d'un hôpital urbain situé en Australie, et expliquer ce modèle de soins applicable dans d'autres urgences, dans des contextes urbains et ruraux</p> <p><u>Devis/ qualité</u> :</p> <p>Mixte : Étude de cohorte rétrospective et sondage/ 41 %</p>	1923 adultes et enfants de 12 ans et plus ayant fréquenté l'urgence pour des problèmes de santé mentale (1520 pendant les heures de service et 403 en dehors des heures de service)	<p>Service de liaison infirmier en santé mentale :</p> <p>1 infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale (chef)</p> <p>3 infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale</p> <p>16 h/jour : 7 h 30 - 22 h 7j/sem.</p> <p>Rôle : accélérer l'accès à une évaluation par un spécialiste en santé mentale, favoriser la coordination des soins du personnel de l'urgence pour les interventions thérapeutiques et le soutien et prendre en charge la sortie et le suivi postvisite des patients</p> <p>Service intégré à l'urgence et avec des liens complémentaires avec le service de consultation-liaison de la psychiatrie</p> <p>L'infirmière clinicienne a aussi pour rôle d'offrir du mentorat et un soutien continu aux infirmières praticiennes.</p> <p>Elle cible des occasions professionnelles de développement pratique, éducatif et de recherche. Elle agit comme une ressource pour discuter des cas, pour la consultation et les références des patients qui se présentent à l'urgence, lequel rôle est intégré dans la routine du processus de planification de la libération des patients et de leurs suivis.</p>	<p><u>Sources de données</u> :</p> <p>Système de données électroniques de septembre 2012 à septembre 2013</p> <p>Sondage téléphonique avec patients de l'urgence (recrutés entre mai et juillet 2013) (n=14)</p> <p><u>Analyse</u> :</p> <p>Statistiques descriptives</p>	<p><u>Temps d'attente entre l'arrivée à l'urgence et la « prise en charge » par l'infirmière de liaison en santé mentale</u></p> <p>Tous (pendant et en dehors des heures du service) :</p> <p>45 % sont vus en moins d'une heure 63 % sont vus en moins de 2 heures</p> <p>Patients pendant les heures du service :</p> <p>55 % sont vus en moins d'une heure 75 % sont vus en moins de 2 heures</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u></p> <p>30 % des patients sont admis en psychiatrie ou dans d'autres services spécialisés (drogue ou service de toxicologie)</p> <p><u>Référence vers une ressource alternative à l'hospitalisation</u></p> <p>70 % des présentations à l'urgence sont formellement redirigées lors de leur sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 37 % à des services dans la communauté • 27 % à une pratique générale ou médicale • 30 % ne sont pas formellement redirigés <p><u>Satisfaction des patients</u> :</p> <table border="1" data-bbox="1392 906 2028 1252"> <thead> <tr> <th></th> <th>To a considerable extent = 1</th> <th>To a moderate extent = 2</th> <th>To a slight extent = 3</th> <th>Not at all = 4</th> <th>Mean</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. The specialist MHLN saw me promptly and helped me to streamline my care through the ED</td> <td>30.8%</td> <td>53.8%</td> <td>7.7%</td> <td>7.7%</td> <td>1.85</td> </tr> <tr> <td>2. I felt that my concerns were listened to and understood by the specialist MHLN</td> <td>61.5%</td> <td>7.7%</td> <td>23.1%</td> <td>7.7%</td> <td>1.71</td> </tr> <tr> <td>3. The specialist MHLN included me in decisions made about my care and follow-up</td> <td>61.5%</td> <td>7.7%</td> <td>23.1%</td> <td>7.7%</td> <td>1.71</td> </tr> <tr> <td>4. The manner in which follow-up was coordinated from the ED was positive and well organised.</td> <td>53.8%</td> <td>23.1%</td> <td>0.0%</td> <td>23.1%</td> <td>1.86</td> </tr> <tr> <td>5. The intervention, information and support provided by the specialist MHLN assisted in meeting my health needs.</td> <td>38.5%</td> <td>30.8%</td> <td>23.1%</td> <td>7.7%</td> <td>1.93</td> </tr> <tr> <td>6. The specialist MHLN was competent and professional in their role.</td> <td>84.6%</td> <td>15.4%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>1.14</td> </tr> <tr> <td>7. It was beneficial to have the specialist MHLN involved in my care.</td> <td>61.5%</td> <td>23.1%</td> <td>15.4%</td> <td>0.0%</td> <td>1.50</td> </tr> <tr> <td>8. I would recommend that this service be available in other similar ED settings.</td> <td>84.6%</td> <td>15.4%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>1.14</td> </tr> <tr> <td>9. Overall, I was satisfied with the care I received from the specialist MHLN in emergency.</td> <td>69.2%</td> <td>7.7%</td> <td>15.4%</td> <td>7.7%</td> <td>1.57</td> </tr> </tbody> </table>		To a considerable extent = 1	To a moderate extent = 2	To a slight extent = 3	Not at all = 4	Mean	1. The specialist MHLN saw me promptly and helped me to streamline my care through the ED	30.8%	53.8%	7.7%	7.7%	1.85	2. I felt that my concerns were listened to and understood by the specialist MHLN	61.5%	7.7%	23.1%	7.7%	1.71	3. The specialist MHLN included me in decisions made about my care and follow-up	61.5%	7.7%	23.1%	7.7%	1.71	4. The manner in which follow-up was coordinated from the ED was positive and well organised.	53.8%	23.1%	0.0%	23.1%	1.86	5. The intervention, information and support provided by the specialist MHLN assisted in meeting my health needs.	38.5%	30.8%	23.1%	7.7%	1.93	6. The specialist MHLN was competent and professional in their role.	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	1.14	7. It was beneficial to have the specialist MHLN involved in my care.	61.5%	23.1%	15.4%	0.0%	1.50	8. I would recommend that this service be available in other similar ED settings.	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	1.14	9. Overall, I was satisfied with the care I received from the specialist MHLN in emergency.	69.2%	7.7%	15.4%	7.7%	1.57
	To a considerable extent = 1	To a moderate extent = 2	To a slight extent = 3	Not at all = 4	Mean																																																												
1. The specialist MHLN saw me promptly and helped me to streamline my care through the ED	30.8%	53.8%	7.7%	7.7%	1.85																																																												
2. I felt that my concerns were listened to and understood by the specialist MHLN	61.5%	7.7%	23.1%	7.7%	1.71																																																												
3. The specialist MHLN included me in decisions made about my care and follow-up	61.5%	7.7%	23.1%	7.7%	1.71																																																												
4. The manner in which follow-up was coordinated from the ED was positive and well organised.	53.8%	23.1%	0.0%	23.1%	1.86																																																												
5. The intervention, information and support provided by the specialist MHLN assisted in meeting my health needs.	38.5%	30.8%	23.1%	7.7%	1.93																																																												
6. The specialist MHLN was competent and professional in their role.	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	1.14																																																												
7. It was beneficial to have the specialist MHLN involved in my care.	61.5%	23.1%	15.4%	0.0%	1.50																																																												
8. I would recommend that this service be available in other similar ED settings.	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	1.14																																																												
9. Overall, I was satisfied with the care I received from the specialist MHLN in emergency.	69.2%	7.7%	15.4%	7.7%	1.57																																																												
Winokur et al. (2017) États-Unis	<p><u>Objectif</u> :</p> <p>Décrire et comparer l'effet d'une ordonnance collective permettant aux infirmières autorisées d'un département d'urgence</p>	Patients qui se sont présentés à l'urgence dans un état d'anxiété ou d'agitation qui a nécessité l'administration	Développement et implantation d'une ordonnance collective permettant aux infirmières autorisées (<i>registered nurses</i>) d'évaluer et de traiter les patients ayant des comportements agressifs ou violents pour éviter l'aggravation de leur état grandement	<p><u>Sources de données</u> :</p> <p>Dossiers électroniques médicaux</p> <p>Feuilles de pointage de l'état d'anxiété ou</p>	<p><u>Temps d'attente moyen en minutes entre l'arrivée à l'urgence et l'administration d'un médicament contre l'anxiété ou l'agressivité (en minutes)</u></p> <p>Avant : 43 minutes Après : 4 minutes</p>																																																												

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
	<p>d'évaluer et de traiter rapidement les patients qui se présentent à l'urgence dans un état d'anxiété ou d'agitation, et ce, avant et après son implantation</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Série chronologique interrompue/ 36 %</p>	<p>d'une médication</p> <p>Hôpital communautaire de la Californie du Sud dont le département d'urgence reçoit annuellement plus de 5 000 patients souffrant de problèmes psychiatriques</p>	<p>dû à l'attente avant de voir un médecin, la prescription d'un médicament et son administration</p> <p>Étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'un outil de pointage du comportement appelé <i>the Anxiety/Agitation scoring sheet</i> (adapté de l'<i>Agitation Severity Scale</i> et de la <i>Pittsburg Agitation Scale</i>); 2. Définition de la médication à administrer selon le score obtenu d'anxiété ou d'agitation; 3. Évaluation de la qualité de l'outil d'évaluation auprès d'experts cliniques; 4. Approbation par les différents comités de l'hôpital; 5. Formations de groupe et individuelles auprès des infirmières de l'urgence; 6. Implantation. 	<p>d'agitation</p> <p><u>Mesures :</u> Nombre moyen de minutes d'attente entre l'arrivée à l'urgence et l'administration de la première médication</p> <p>Mesure avant : Moyenne de 2014</p> <p>Implantation de l'ordonnance collective : mars 2015</p> <p>Mesure après : Premier trimestre de 2017</p> <p><u>Analyses</u> Statistiques descriptives</p>	
<p>Woo et al. (2007) États-Unis</p>	<p><u>Objectif :</u> Comparer 2 modèles de dispensation de services de psychiatrie dans un département d'urgence : le modèle de consultation en psychiatrie et le modèle du service d'urgence spécialisé en psychiatrie</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Étude de type avant-après/ 64 %</p>	<p>100 patients amenés à l'urgence contre leur gré évalués par le modèle de consultation</p> <p>100 patients amenés à l'urgence contre leur gré évalués par le modèle du service d'urgence spécialisé en psychiatrie</p>	<p>Service d'urgence spécialisé en psychiatrie (<i>psychiatric emergency service</i> (PES)) (juillet 2006) en remplacement du service de consultation en psychiatrie offert précédemment au département d'urgence</p> <p>Dans le modèle PES, évaluation psychiatrique immédiate et environnement thérapeutique où les patients en crise peuvent recevoir le soutien psychiatrique, médical et social approprié</p> <p>Évaluation générale des patients menée en collaboration avec département d'urgence, mais triage et soins par des professionnels en santé mentale</p>	<p><u>Source de données :</u> Dossiers médicaux de 2006</p> <p>2 groupes : avant juillet 2006/ après juillet 2006</p> <p><u>Mesures :</u> Rapidité de l'évaluation psychiatrique : intervalle de temps entre le moment où le patient se présente à l'urgence (heure au triage) et l'heure de fin de l'évaluation par les psychiatres</p> <p>Rapidité de l'évaluation générale : intervalle de temps entre le moment où le patient se présente à l'urgence (heure au triage) et l'heure de fin de l'évaluation générale</p>	<p><u>Rapidité de l'évaluation psychiatrique (en minutes)</u> Modèle de consultation : 639 minutes Modèle d'urgence spécialisé en psychiatrie : 330 minutes p<0,01</p> <p><u>Rapidité de l'évaluation générale (en minutes)</u> Modèle de consultation : 328 minutes Modèle d'urgence spécialisé en psychiatrie : 377 minutes p=0,29 (ns)</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> Modèle de consultation : 47 % Modèle d'urgence spécialisé en psychiatrie : 52 % p=0,48 (ns)</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
				Taux d'hospitalisation <u>Analyses :</u> Comparaisons de taux et de temps (moyen ou médian=non-mentionné) de 2 groupes appariés par test t et test du khi carré	
Zeitz et Watson (2017) Australie	<u>Objectif :</u> Décrire l'implantation de principes de gestion de la capacité qui ont été appliqués dans un milieu de santé mentale et qui a mené à la réduction significative du temps passé dans deux urgences et à l'amélioration du flux des patients de cette cohorte <u>Devis/ qualité :</u> Série chronologique interrompue/ 32 %	Patients qui se présentent à l'urgence pour des soins psychiatriques (raison principale) Urgences hospitalières urbaines	Implantation de principes de gestion de la capacité Phase I : <ul style="list-style-type: none"> • Attribution du leadership et de la responsabilité de la fluidité quotidienne entre tous les services à un gestionnaire sénior (quart de jour/semaine); • Processus d'escalade basé sur le temps d'attente des patients à l'urgence avec des actions claires et des seuils à respecter; • Réorganisation du parc de lits et attribution de lits dans la communauté à accès direct à l'admission hospitalière (sans passer par l'urgence) pour la clientèle connue; • Réduction de la production de rapports de flux de patients à 3x/jour et avec les données appropriées; • Plan de soins pour les utilisateurs fréquents. Phase II : <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de suivi et caucus réguliers dans toutes les unités de soins aigus; • Gestion de cas chroniques et complexes incluant une surveillance hebdomadaire de la planification de sortie pour les patients avec ou à risque d'une durée de séjour >14 jours; • Modèle d'analyse pour gérer la sortie 	<u>Source de données :</u> Système de données électroniques <u>Mesures :</u> % de patients ayant séjourné plus de 24 h à l'urgence Durée moyenne de séjour à l'urgence Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence <u>Analyses :</u> Statistiques descriptives	<u>% de patients ayant séjourné >24 h à l'urgence</u> Juillet 2014 : 26 % Décembre 2015 : 7,5 %  <p>Fig. 3. Number and percentage of mental health (MH)-related presentations for which the emergency department (ED) stay was >24h between July 2014 and December 2015. The thin solid line indicates the linear trend over time. Phase 1, implementation of a suite of fundamentals led by the service and clinical director; Phase 2, Winter Demand project; Phase 3, sustainability phase.</p> <u>Durée moyenne de séjour à l'urgence (en minutes)</u> Juillet 2014 : 1 235 minutes (≈20,6 heures) Décembre 2015 : 514 minutes (≈8,6 heures)

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
			<p>moyenne journalière requise pour les unités d'hospitalisation afin de combler les demandes des départements d'urgence.</p> <p>Phase III :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création de la « semaine parfaite » pour mobiliser les meilleures pratiques appliquées jusqu'à présent et gérer les opérations quotidiennes intensivement; • Amélioration du processus d'admission directe pour éviter les évaluations non nécessaires à l'urgence; • Élaboration d'un ensemble de règles relatives à la gestion localisée des lits; • Implantation de modèles de soins de courte durée et fermeture des lits de soins sous-aigus. 		 <p>Fig. 4. Average length of stay (ALOS) in the emergency department (ED) of patients presenting with the primary reason being a mental health (MH)-related issue.</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> Juillet 2014 : 30 % Décembre 2015 : 33 %</p>
Zeller et al. (2014) États-Unis	<p><u>Objectif :</u> Décrire les résultats d'une étude portant sur une nouvelle trajectoire de services pour les patients en situation de crise psychiatrique qui sont transférés d'une urgence hospitalière vers une urgence psychiatrique spécialisée. Le temps d'attente moyen entre la demande de transfert et le départ du patient de l'urgence (<i>boarding time</i>) est mesuré,</p> <p>de même que les taux d'admission des patients ayant séjourné à cette urgence psychiatrique spécialisée</p> <p><u>Devis/ qualité :</u> Étude de type avant-</p>	<p>Tous les patients : arrivés directement par ambulance, transférés directement d'une autre circonscription administrative ou se rendant à pied par eux-mêmes</p> <p>Les patients amenés contre leur gré dans les urgences des autres circonscriptions administratives sont stabilisés, transférés au Service d'urgence psychiatrique spécialisé de l'hôpital psychiatrique John George à partir d'un des 5 hôpitaux.</p> <p>Participants entre le</p>	<p>« Alameda model »</p> <p>Service d'urgence psychiatrique spécialisé (<i>Psychiatric Emergency Service</i> (PES)).</p> <p>Une fois médicalement stables, les patients qui nécessitent des soins psychiatriques sont transférés de l'urgence hospitalière à l'urgence spécialisée de l'hôpital psychiatrique John George. Les ambulanciers qui identifient des patients dans la rue par exemple peuvent également, après examen sommaire du patient, le conduire directement à l'urgence spécialisée.</p> <p>Les patients peuvent aussi s'y rendre par eux-mêmes.</p> <p>Période de traitements intensifs d'une durée maximale de 24 heures par des psychiatres, des infirmières et autre personnel. Objectifs de rapidement stabiliser la crise aiguë et d'éviter, dans</p>	<p><u>Source de données :</u> Dossiers médicaux</p> <p><u>Mesures :</u> Temps d'attente entre la minute où le médecin de l'urgence appelle le PES (moment où le patient est considéré comme étant médicalement stable et le moment où ce dernier quitte le département d'urgence pour être transféré vers le PES (<i>Boarding time</i>))</p> <p>Taux d'admission : nombre de patients admis/ nombre de patients transférés au PES</p>	<p><u>Temps d'attente moyen entre la minute où le médecin de l'urgence appelle le service d'urgence psychiatrique spécialisé pour y transférer un patient et le moment où ce dernier quitte le département d'urgence pour s'y rendre (<i>Boarding time</i>) (en heures et en minutes)</u></p> <p>Avant : 10 heures 3 minutes Après : 1 heure 48 minutes</p> <p><u>Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence</u> 24,8 %</p>

Auteur(s) Année Pays	Objectif(s) Devis/Qualité	Participants	Modèle ou intervention	Source(s) de données Mesures Analyses	Résultats d'intérêt
	après/ 45 %	15 janvier 2013 (10 h) et le 14 février 2013 (10 h) (période de 30 jours) (n=144)	la mesure du possible, l'hospitalisation des patients.	<u>Analyses</u> : Temps d'attente moyen Taux d'admission Comparaison avec données de 2012 <u>Avant</u> : Modèle de consultation sur place/ <u>Après</u> : Transfert vers le service d'urgence spécialisé	

Annexe 5 : Analyse des niveaux de preuve

Analyse du niveau de preuve pour les durées de séjour à l'urgence mesurées à l'aide de moyennes ou de médianes

Type d'intervention	Étude (auteur, année)	Devis	Nombre de participants	Score de qualité
Service d'urgence psychiatrique spécialisé	Woo et al. (2007)	Étude quantitative de type avant-après	200 patients	64 %
Ajout de personnel	Chepenik et Pinker (2017)	Étude quantitative de cohorte rétrospective	Estimé à 1 020 patients	59 %
Tournée du personnel de psychiatrie	Blumstein et al. (2013)	Étude quantitative de type avant-après	867 patients	77 %
Traitement des états d'agitation aiguë	Gomez et Dopheide (2016)	Étude quantitative de cohorte rétrospective	388 patients	82 %
Unités d'interventions brèves	Alarcon Manchego et al. (2015)	Étude quantitative de type avant-après	8 457 patients	82 %
	Parwani et al. (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	7 299 patients	82 %
Service de liaison	Reeve, Butler et coll. (2014; 2016)	Étude cas-témoins	1 101 patients	91 %
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques	Vocalan Jr et Hegarty (2012)	Étude quantitative de type avant-après	9 262 patients	64 %
Services de télépsychiatrie	Rachal et al. (2017)	Étude quantitative de type avant-après	Non disponible	14 %
	Southard et al. (2014)	Étude quantitative de type avant-après	67 patients	77 %
Modèle de cogestion	Polevoi et al. (2013)	Étude quantitative de type avant-après	1 884 patients	91 %
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i>	Balfour et al. (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	20 899 patients	82 %
Stratégie de fluidité des patients	Bost et al. (2015)	Étude quantitative de type avant-après	1 000 patients	91 %
Initiative multiphases	Hefflefinger (2014)	Étude quantitative de type avant-après	Non disponible	27 %
Service interdisciplinaire de gestion de crise	Lester et al. (2017)	Étude quantitative de type avant-après	4 598 patients	86 %
Principes de gestion de la capacité	Zeitz et Watson (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	Non disponible	32 %

Analyse du niveau de preuve pour les durées de séjour mesurées à l'aide des limites inférieures et supérieures

Type d'intervention	Étude (auteur, année)	Devis	Nombre de participants	Score de qualité
Ouverture d'un centre psychiatrique régional	Little-Upah et al. (2013)	Étude quantitative série chronologique interrompue	Non disponible	18 %

Analyse du niveau de preuve pour le pourcentage de patients ayant attendu, selon la durée de séjour à l'urgence

Type d'intervention	Étude (auteur, année)	Devis	Nombre de participants	Score de qualité
Unité d'interventions brèves	Alarcon Manchego et al. (2015)	Étude quantitative de type avant-après	8 457 patients	82 %
Stratégie de fluidité des patients	Bost et al. (2015)	Étude quantitative de type avant-après	1 000 patients	91 %
Principes de gestion de la capacité	Zeitz et Watson (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	Non disponible	32 %
Centre de soins psychiatriques d'urgence	Anderson (2012)	Étude quantitative transversale	23 869 patients	27 %

Analyse du niveau de preuve pour les temps d'attente et les intervalles de temps passés à l'urgence

Type d'intervention	Étude (auteur, année)	Devis	Nombre de participants	Score de qualité
Service d'urgence psychiatrique spécialisé	Woo et al. (2007)	Étude quantitative de type avant-après	200 patients	64 %
Outil de triage spécialisé	Downey et al. (2014)	Étude quantitative transversale	100 patients	64 %
	Downey et al. (2015)	Étude quantitative transversale	105 patients	68 %
Prolongation des heures de service	Opmeer et al. (2017)	Étude quantitative de type avant-après	616 patients	82 %
Traitement des agitations aiguës	Winokur et al. (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	Non disponible	36 %
Cible nationale d'accès aux services d'urgence	Donley et Sheehan (2015)	Étude quantitative transversale	78 cliniciens	56 %
Modèle d'améliorations rapides par cycle	Stover et Harpin (2015)	Étude quantitative série chronologique interrompue	2017 patients	77 %
Unité d'interventions brèves	Alarcon Manchego et al. (2015)	Étude quantitative de type avant-après	8 457 patients	82 %
	Parwani et al. (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	7 299 patients	82 %
Services de liaison	Wand, d'Abrew et coll. (2015; 2016)	Étude mixte : cohorte rétrospective et sondage	1 923 patients	41 %
Régionalisation des services d'urgences psychiatriques	Zeller et al. (2014)	Étude quantitative de type avant-après	144 patients	45 %
Services de télépsychiatrie	Southard et al. (2014)	Étude quantitative de type avant-après	67 patients	77 %
Transformation d'opérations cliniques à la suite de l'application de principes de <i>Lean management</i>	Balfour et al. (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	20 899 patients	77 %
Stratégie de fluidité des patients	Bost et al. (2015)	Étude quantitative de type avant-après	1 000 patients	91 %
Intégration des services d'urgence médicale et psychiatrique	Okafor et al. (2016)	Étude quantitative de type avant-après	9 196 patients	59 %
Principes de gestion de la capacité	Zeitz et Watson (2017)	Étude quantitative série chronologique interrompue	Non disponible	32 %

Références bibliographiques

Note : Les références précédées d'un astérisque (*) sont incluses dans la revue systématique de la littérature.

- ACEP (2011). *Definition of Boarded Patient*. Repéré à <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Definition-of-Boarded-Patient-2147416349/>
- ACMTS (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>
- *Alarcon Manchego, P., Knott, J., Graudins, A., Bartley, B. et Mitra, B. (2015). Management of mental health patients in Victorian emergency departments: A 10 year follow-up study. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 27(6), 529-536. doi: 10.1111/1742-6723.12500
- AMPQ (2015). *Plan d'action pour les services psychiatriques*. Repéré à <http://ampq.org/wp-content/uploads/2015/04/pasfinal22-sept.pdf>
- *Anderson, J. A. (2012). External Review of Psychiatric Emergency Care Centres in NSW. Repéré à https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0018/273501/pecc-review-final-report-endorsed-by-mhdao.pdf
- *Balfour, M. E., Tanner, K., Jurica, P. J., Llewellyn, D., Williamson, R. G. et Carson, C. A. (2017). Using Lean to Rapidly and Sustainably Transform a Behavioral Health Crisis Program: Impact on Throughput and Safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 43(6), 275-283. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.03.008
- *Blumstein, H., Singleton, A. H., Suttentfield, C. W. et Hiestand, B. C. (2013). Weekday psychiatry faculty rounds on emergency department psychiatric patients reduces length of stay. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 20(5), 498-502. doi: 10.1111/acem.12131
- Boisvert, A., Bouffard, A, Paquet, K. . (2016). Le traitement intensif bref à domicile. *Santé mentale France*, 01, 68-72.
- *Bost, N., Crilly, J. et Wallen, K. (2015). The impact of a flow strategy for patients who presented to an Australian emergency department with a mental health illness. *International emergency nursing*, 23(4), 265-273. doi: 10.1016/j.ienj.2015.01.005
- 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. *Ann Emerg Med*, 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>
- *Chepenik, L. et Pinker, E. (2017). The Impact of Increasing Staff Resources on Patient Flow in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(5), 470-475. doi: 10.1176/appi.ps.201600202
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44(3), Suppl:166-206.
- 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
- *Donley, E. R. et Sheehan, R. J. (2015). Impact of national emergency access targets (NEAT) on psychiatric risk assessment in hospital emergency departments. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17(4), 688-693.

- *Downey, L. A., Zun, L. S. et Burke, T. (2014). Comparison of emergency nurses association Emergency Severity Triage and Australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients. *The Journal of ambulatory care management*, 37(1), 11-19. doi: 10.1097/JAC.0000000000000001
- *Downey, L. V., Zun, L. S. et Burke, T. (2015). Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *International emergency nursing*, 23(2), 138-143. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.006
- 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 & S. L. Zeller (dir.), *Emergency Psychiatry: Principles and Practice* (p. 9-23). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- 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. Repéré à https://www.ciussc.ca/capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/plan_de_realisation_urg_psych_mars_2018_final.pdf
- *Gomez, S. et Dopheide, J. (2016). Antipsychotic Selection for Acute Agitation and Time to Repeat Use in a Psychiatric Emergency Department. *Journal of psychiatric practice*, 22(6), 450-458. doi: 10.1097/PRA.0000000000000186
- 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
- GRADE Working Group. (2016). Criteria for applying or using GRADE. Repéré à http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf
- 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.
- *Hefflefinger, L. (2014). Transforming psychiatric care delivery in the emergency department: one hospital's journey. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*, 40(4), 365-370. doi: 10.1016/j.jen.2013.08.001
- Horizon Santé-Nord. (2014). Document d'information : Comprendre les temps d'attente au Service des urgences (SU). Repéré à <https://www.hsnudbury.ca/portalfp/Portals/0/NewsEvents/Understanding%20ED%20Wait%20Times-fr.pdf>
- 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. Repéré à <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>
- *Lester, N. A., Thompson, L. R., Herget, K., Stephens, J. A., Campo, J. V., Adkins, E. J., . . . Moffatt-Bruce, S. (2017). CALM Interventions: Behavioral Health Crisis Assessment, Linkage, and Management Improve Patient Care. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 1062860617696154. doi: 10.1177/1062860617696154
- *Little-Upah, P., Carson, C., Williamson, R., Williams, T., Cimino, M., Mehta, N., . . . Kisiel, S. (2013). The Banner psychiatric center: a model for providing psychiatric crisis care to the community while easing behavioral health holds in emergency departments. *The Permanente journal*, 17(1), 45-49. doi: 10.7812/TPP/12-016
- 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. *Acad Emerg Med*, 21(10), 1092-1100. doi: 10.1111/acem.12480

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2015a). 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 (MSSS). (2015b). 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 (MSSS). (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 (MSSS). (2015c). *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 (MSSS). (2015d). *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>
- 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
- *Okafor, M., Wrenn, G., Ede, V., Wilson, N., Custer, W., Risby, E., . . . Satcher, D. (2016). Improving Quality of Emergency Care Through Integration of Mental Health. *Community mental health journal*, 52(3), 332-342. doi: 10.1007/s10597-015-9978-x
- *Opmeer, B. C., Hollingworth, W., Marques, E. M. R., Margelyte, R. et Gunnell, D. (2017). Extending the liaison psychiatry service in a large hospital in the UK: a before and after evaluation of the economic impact and patient care following ED attendances for self-harm. *BMJ open*, 7(8), e016906. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016906
- *Parwani, V., Tinloy, B., Ulrich, A., D'Onofrio, G., Goldenberg, M., Rothenberg, C., . . . Venkatesh, A. K. (2017). Opening of Psychiatric Observation Unit Eases Boarding Crisis. *Acad Emerg Med*. doi: 10.1111/acem.13369
- *Polevoi, S. K., Jewel Shim, J., McCulloch, C. E., Grimes, B. et Govindarajan, P. (2013). Marked reduction in length of stay for patients with psychiatric emergencies after implementation of a comanagement model. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 20(4), 338-343. doi: 10.1111/acem.12105
- Queen's University. (2017). Consultation-Liaison Psychiatry. Repéré à http://psychiatry.queensu.ca/home/about_us/consultation_liaison
- *Rachal, J., Sparks, W., Zazzaro, C. et Blackwell, T. (2017). Highlight in Telepsychiatry and Behavioral Health Emergencies. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(3), 585-596. doi: 10.1016/j.psc.2017.05.014
- *Reeve, R., Arora, S., Butler, K., Viney, R., Burns, L., Goodall, S. et van Gool, K. (2016). Evaluating the impact of hospital based drug and alcohol consultation liaison services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 36-45. doi: 10.1016/j.jsat.2016.05.008
- *Reeve, R., Butler, K., Arora, S., Viney, R., Goodall, S., van Gool, K., . . . Burns, L. (2014). Evaluation of NSW Health Drug and Alcohol Consultation Liaison Services. Repéré à <http://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Documents/rpt-eval-nswda-cl-serv.pdf>
- RRASMQ (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. *J Gen Intern Med*, 27 Suppl 1, S11-19. doi: 10.1007/s11606-012-2007-7
- 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>

- *Southard, E. P., Neufeld, J. D. et Laws, S. (2014). Telemental health evaluations enhance access and efficiency in a critical access hospital emergency department. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 20(7), 664-668. doi: 10.1089/tmj.2013.0257
- SSVMS (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
- *Stover, P. R. et Harpin, S. (2015). Decreasing Psychiatric Admission Wait Time in the Emergency Department by Facilitating Psychiatric Discharges. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 53(12), 20-27. doi: 10.3928/02793695-20151020-02
- Thibodeau, L., Rahme, E., Lachaud, J., Pelletier, É., Rochette, L., John, A., . . . A., L. (2018). Prévenir la mortalité par suicide grâce à des indicateurs individuels, programmatiques et systémiques de la qualité des soins en santé mentale élaborés à l'aide de grandes bases de données administratives sur la santé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Recherche, politiques et pratiques*, 38(7/8), 295-304. doi: 10.24095/hpcdp.38.7/8.04
- *Vocalan Jr, L. et Hegarty, J. (2012). Creation of a Dedicated Psychiatric Hospital Shortens ER Length of Stay for Mental Health Patients Referred from Regional Hospitals. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 7(1), 17-22. Repéré à http://www.jlgh.org/JLGH/media/Journal-LGH-Media-Library/Past%20Issues/Volume%207%20-%20Issue%201/7_1vocalan.pdf
- *Wand, T., D'Abrew, N., Acret, L. et White, K. (2016). Evaluating a new model of nurse-led emergency department mental health care in Australia; perspectives of key informants. *International emergency nursing*, 24, 16-21. doi: 10.1016/j.ienj.2015.05.003
- *Wand, T., D'Abrew, N., Barnett, C., Acret, L. et White, K. (2015). Evaluation of a nurse practitioner-led extended hours mental health liaison nurse service based in the emergency department. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 39(1), 1-8. doi: 10.1071/AH14100
- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., . . . Johnson, S. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC psychiatry* (Vol. 15).
- *Winokur, E. J., Loucks, J. et Raup, G. H. (2017). Use of a Standardized Procedure to Improve Behavioral Health Patients' Care: A Quality Improvement Initiative. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. doi: 10.1016/j.jen.2017.07.008
- Woo, B. K., Chan, V. T., Ghobrial, N. et Sevilla, C. C. (2007). Comparison of two models for delivery of services in psychiatric emergencies. *Gen Hosp Psychiatry*, 29(6), 489-491. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.07.004
- *Zeitz, K. et Watson, D. (2017). Principles of capacity management, applied in the mental health context. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. doi: 10.1071/AH17007
- *Zeller, S., Calma, N. et Stone, A. (2014). Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments. *The western journal of emergency medicine*, 15(1), 1-6. doi: 10.5811/westjem.2013.6.17848

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

Québec

