



UNITÉ D'INTERVENTION BRÈVE EN PSYCHIATRIE (UIBP)

Une alternative à l'hospitalisation du
Plateau de services intégrés spécialisés
en santé mentale

GUIDE D'APPLICATION

Édition

La Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec.

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Ce document a été rédigé en suivant les principes généralement acceptés de rédaction épicène, qui donnent une place équivalente au féminin et au masculin, genres envisagés comme des pôles opposés, mais non absolus, dans le continuum du genre.

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-02944-6 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Santé Québec, 2025

Nous reconnaissons l'engagement et l'expertise du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal dans la conduite des travaux de rédaction ayant mené à ce document. Sa contribution se distingue par sa collaboration, son rôle actif et son expertise.



Par respect pour l'environnement, privilégiez la consultation de ce document en version numérique.

LISTE DES COLLABORATEURS

DIRECTION

Tung Tran, directeur général santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique, Santé Québec

Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Fortin, directrice adjointe des services de santé mentale adulte, de la psychiatrie légale et des services en milieux carcéraux, Santé Québec

Amine Saadi, B. Sc. inf., infirmier, directeur des programmes de santé mentale et dépendances, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

COORDINATION DES TRAVAUX

Marc Lecourtois, psychologue, chargé de projet des Unités d'intervention brève en psychiatrie (UIBP), Institut de la pertinence des actes médicaux, direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

RÉDACTION (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Célia Bocchi, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes de santé mentale et dépendances, Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marc Lecourtois, psychologue, chargé de projet des Unités d'intervention brève en psychiatrie (UIBP), Institut de la pertinence des actes médicaux, direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Régis Villeneuve, conseiller cadre à l'application du protocole de mise sous garde en établissement des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

ÉQUIPE DE PROJET IPAM-UIBP DE L'INSTITUT EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

Marc Boutin, adjoint au directeur, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Johan Cohen, chef associé du département de psychiatrie, chef des urgences psychiatriques au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, chef de la psychiatrie, de l'urgence et de l'UIBP à l'IUSMD

Laurence Côté, travailleuse sociale, urgence, UIBP et soins intensifs, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Nicolas Dupont, infirmier clinicien, chef de service Urgence/ Unité d'intervention brève, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Veronica Escobar, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Carly Kalichman, directrice adjointe, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Habiba Manzoor, infirmière clinicienne, cheffe des services ambulatoires alternatifs à l'hospitalisation, équipes Accompagnement bref dans la communauté (ABC) – Module d'intervention rapide (MIR) – Relance –

Traitement intensif bref à domicile (TIBD), Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Charles-Albert Morin, patient partenaire, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Stéphanie Pharand, technicienne en administration, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Catherine Pinet, infirmière clinicienne, liaison évaluation et suivi interne en dépendance, urgence, UIBP, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Monique Rezende, conseillère cadre à l'élaboration des programmes (jusqu'en juillet 2024), Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Aldanie Rho, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Kamel Saka, coordonnateur de la fluidité et de la gestion intégrée des lits, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

AVEC LA COLLABORATION

Comité consultatif de rédaction du guide d'application

Alexandre St-Germain, coordonnateur de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, Santé Québec

Amélie Bellehumeur, cheffe d'unité équipe 4 sud et Unité d'intervention brève (UIB), Direction des programmes mentale et dépendances, CIUSSS de l'Outaouais

Moana Desbiens, conseillère en santé mentale – Alternatives à l'hospitalisation, Santé Québec

Dre Géraldine Godmaire-Duhaime, M.D., LL. B., associée du Collège royal des médecins du Canada (Division de médecine, [FRCP]), psychiatre, cheffe intérimaire du Service des urgences et des soins intensifs psychiatriques, département de psychiatrie, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie-Claude Harvey, conseillère cadre projet Hôpital Saint-François d'Assise et Institut de la pertinence des actes médicaux, Direction des programmes Santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Nathalie Lefrançois, cheffe d'administration de programmes – Alternatives aux hospitalisations, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Julie Lesage, conseillère stratégique, coordonnatrice de la mise en œuvre des plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale (jusqu'à juin 2024), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Comité de la programmation clinique UIBP

Annie Harvey, infirmière clinicienne, assistante en soins infirmiers spécialisés (ASI), Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Martin Barolet, infirmier, conseiller cadre – Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique, Direction santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Karine Cloutier, cheffe des unités de la psychiatrie générale (L6300) et de traitement bref (L5300), Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Christine Couture-Bradette, cheffe d'unités de psychiatrie 1^{er} et 2^e étages, liaison santé mentale et dépendance, Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), Secteur Hôtel-Dieu de Lévis, CISSS de Chaudière-Appalaches

Caroline Duclos, cheffe des services spécialisés et alternatifs à l'hospitalisation en santé mentale, réseau local de services (RLS) Charles-Le Moyne, CISSS de la Montérégie-Centre

Jessyca Fleurant, cheffe des services spécialisés en santé mentale – zone sud, Direction adjointe de l'hébergement et des services spécialisés en santé mentale, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Sarah Paquin Le Bouar, infirmière, UIBP, Direction des programmes santé mentale et dépendances, IUSMD, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Hervé Rolland Tchambo Kouejou, M.D., associé du Collège royal des médecins du Canada (Division de médecine, [FRCP]), médecin-psychiatre, CISSS de l'Outaouais

Dr Fouad Saher, M.D., licencié du Conseil médical du Canada (LCMC), associé du Collège royal des médecins du Canada (Division de médecine, [FRCP]), professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, chef du département de psychiatrie, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Laval

Nadia Saïdi, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM), Direction des soins infirmiers, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Ève Simard, conseillère cadre volet Alternatives à l'hospitalisation en santé mentale, Direction santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Laurence Fortier, cheffe de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital de jour des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Élizabeth Godin, travailleuse sociale de liaison et de la fluidité au sein du Plateau de services de l'axe 6 (TIBD, ABC, UIBP), Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Laval

Émilie Jomphe, assistante au supérieur immédiat par intérim (L5300), Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Ève Lacroix, agente de planification, de programmation et de recherche, projet santé mentale et mesures alternatives à l'hospitalisation, Direction du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Frédérique Larouche, travailleuse sociale – zone sud, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Annie Leblanc, travailleuse sociale au TIBD, Direction du programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Carpy Lourde Ally, assistante au supérieur immédiat, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de l'Outaouais

Kimberly Mercier, conseillère cadre, services intégrés et spécialisés en santé mentale, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de l'Outaouais

Ryan Muscott, infirmier autorisé (R. N.), baccalauréat intégré en sciences infirmières (B. N. I.), maîtrise en sciences infirmières (M. Sc. N.), chef d'administration des programmes de l'accès fluidité du Plateau de services intégrés des alternatives à l'hospitalisation et de l'UIBP, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Philizaire, cheffe d'administration de programmes de l'accès, fluidité et du Plateau de services intégrés des alternatives à l'hospitalisation, Direction du programme santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Jennifer Russel, cheffe de service du Département de psychologie, sites adultes, Direction des services multidisciplinaires, mission en santé mentale, Centre universitaire de santé McGill

Estelle Laura Tiani, travailleuse sociale, UIBP, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de l'Outaouais

Laurence Tremblay-Chamberland, travailleuse sociale – zone sud, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Amélie Vézina, cheffe de service du Plateau de services intégrés en santé mentale (axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale [PAISM]), projet de l'Institut de la pertinence des actes médicaux, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Laval

RELECTURE

Hugues LaForce, psychologue, directeur du Centre d'intervention de crise Tracom, vice-président du Regroupement des services d'intervention de crise du Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE

Guide d'application : Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec

Médiagraphie : Plurielles et Singulières

REMERCIEMENTS

L'équipe projet de la Direction santé mentale et dépendances de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) souhaite exprimer toute sa reconnaissance à l'ensemble des partenaires ayant contribué à la mise en œuvre des Unités d'intervention brève en psychiatrie (UIBP). Qu'il s'agisse d'un soutien humain ou financier, votre apport à la conceptualisation, au déploiement des UIBP ainsi qu'à l'élaboration du présent guide d'application a été essentiel pour faire rayonner cette nouvelle alternative aux soins hospitaliers psychiatriques offerte à la population. Nous remercions tout particulièrement :

- l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM);
- les directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et celles de Santé Québec, ainsi que leurs gestionnaires et conseillers, pour leur soutien continu dans le développement et le déploiement du modèle;
- les établissements vitrines du projet de l'IPAM et les établissements ayant déployé le modèle préliminaire de l'UIBP;
- les participantes et participants aux consultations initiales pour l'élaboration du modèle clinique des UIBP;
- le comité consultatif d'élaboration de ce guide et le comité de coconstruction de la programmation clinique;
- les personnes ayant relu et commenté le présent guide d'application.

Ce guide d'application est le fruit de l'engagement et de l'expertise partagés tout au long du projet. Nous exprimons également notre reconnaissance aux psychiatres, au personnel clinique et aux gestionnaires dont l'engagement a été fondamental pour l'élaboration de ce guide. Un remerciement tout particulier à celles et ceux qui ont pris part aux différentes consultations et échanges, enrichissant la réflexion par la pertinence de leurs idées.

TABLE DES MATIÈRES

1. MANDAT, OBJECTIFS, RETOMBÉES ATTENDUES ET POPULATION VISÉE1	
1.1 Mandat	1
1.2 Objectifs.....	2
1.3 Retombées attendues	3
1.4 Population visée	3
2. GOUVERNANCE	4
3. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES .. 5	
3.1 Modalités d'accès	5
3.1.1 En provenance de l'urgence.....	6
3.1.2 En provenance du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale	7
3.2 Coordination, fluidité et planification précoce du congé au sein de l'UIBP.....	8
3.3 Durée du séjour.....	8
3.4 Composition de l'équipe.....	8
3.5 Soutien clinique	10
3.6 Plan de maintien et de rehaussement des compétences.....	10
3.7 Emplacement, accessibilité et aménagement des UIBP.....	12
3.8 Partenariats et collaborations.....	12
4. MODALITÉS CLINIQUES	14
4.1 L'admission à l'UIBP.....	14
4.2 Considérer, intégrer et outiller les proches ..	16
4.3 Programmation clinique basée sur l'approche S.E.T.U.P.	18
4.3.1 Stabilisation.....	19
4.3.2 Évaluation.....	20
4.3.3 Enseignement et éducation psychologique	21
4.3.4 Consolidation et planification du congé	22
5. IMPLANTATION.....	23
5.1 Étapes et suivi d'implantation	23
5.2 Conditions gagnantes à l'implantation et au fonctionnement des UIBP	23
5.3 Plan de gestion humaine de changement et de communication.....	24
6. MODALITÉS POUR LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION.....	25
7. PRATIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	26
8. SUIVI DE LA QUALITÉ, DE LA PERFORMANCE ET AMÉLIORATION CONTINUE	27
9. CONSIDÉRATIONS FUTURES	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale	1
Figure 2. Principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale	2
Figure 3. Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale en complémentarité de l'offre de services existante	6
Figure 4. Illustration représentant les quatre étapes de l'approche S.E.T.U.P.....	18

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABC	Accompagnement bref dans la communauté	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	ODIM	Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
DMS	Durée moyenne de séjour	PSC	Personne assurant un soutien clinique
ETC	Équivalent temps complet	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
ETMI	Évaluation des technologies et des moyens d'intervention	TIBD	Traitement intensif bref à domicile
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux	UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé en santé mentale	UHB	Unité d'hospitalisation brève
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas	UIB	Unité d'intervention brève
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec	UIBP	Unité d'intervention brève en psychiatrie
LPP	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001)	USR	Unité de stabilisation rapide
		UTB	Unité transitoire brève/unité de traitement bref

AVANT-PROPOS

Les unités d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) sont une des actions du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif](#) (PAISM) (8) pour offrir des soins et services diversifiés, accessibles et mieux adaptés aux besoins de la population. Ce guide d'application des UIBP fait partie des documents structurants élaborés dans la démarche du cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (9) (ci-après nommé *Plateau*) et de l'élaboration des guides d'application de l'accompagnement bref dans la communauté (ABC) (10) et du traitement intensif bref à domicile (TIBD) (11). Il s'inspire également de certaines orientations des unités d'hospitalisation brève (UHB) (12), volet santé mentale et dépendance, et du *Guide de gestion des urgences* (13). En considérant tous ces documents d'orientation, il clarifie des éléments spécifiques aux UIBP dans le continuum des soins et services spécialisés en santé mentale et en dépendance.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE D'APPLICATION

Ce document s'adresse :

- aux gestionnaires, aux médecins et aux équipes cliniques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui sont impliqués dans le déploiement de l'offre de soins et services :
 - des UIBP;
 - du Plateau (9);
- aux partenaires du RSSS, qu'ils soient du secteur public ou communautaire;
- aux différentes instances de recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux susceptibles de s'intéresser au fonctionnement, au parcours de soins et aux trajectoires cliniques impliquant les UIBP du Québec.

COMMENT CE GUIDE A ÉTÉ DÉVELOPPÉ

Ce guide d'application a été produit grâce à un projet de réinvestissement de l'IPAM, dont le mandat consiste à définir et à mettre en œuvre des mesures pérennes pour améliorer la pertinence des actes médicaux en réduisant les pratiques inappropriées, réalisées à une fréquence excessive ou non conformes aux bonnes pratiques médicales.

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), affilié au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM), détient une expertise en UIBP. C'est pourquoi le MSSS l'a mandaté pour élaborer ce guide d'application et soutenir le déploiement des UIBP dans les établissements vitrines. Le processus de déploiement s'est d'abord amorcé par l'élaboration d'un modèle clinique préliminaire, appuyé par une recension des écrits et les travaux de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) (14). Pilotée par l'IUSMD, en collaboration avec le MSSS et Santé Québec, l'implantation progressive s'est prioritairement effectuée dans les sept établissements vitrines du projet IPAM-UIBP, soit :

- CIUSSS de la Capitale-Nationale
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CISSS de Laval
- CISSS de l'Outaouais

Le développement de ce guide repose sur une démarche itérative de coconstruction impliquant activement ces établissements et soutenue par le comité consultatif provincial des UIBP ainsi que le comité de réflexion sur la programmation clinique. Cette approche collaborative a permis de tenir compte des réalités des différents établissements du RSSS, tout en affinant le modèle. Ainsi, ce document propose des orientations pour le déploiement des UIBP et fournit les éléments pertinents à leur mise en œuvre.

INTRODUCTION

L'accroissement des consultations dans les services d'urgence est un phénomène en constante progression (15-17). Pour les personnes présentant une instabilité marquée de leur état mental et ayant besoin de soins aigus d'intensité élevée, ces consultations aux urgences ont doublé, voire triplé dans certains territoires au cours des dernières années (18-20). Cet achalandage augmente les délais d'accès, perturbe la fluidité du parcours de soins hospitaliers et nuit à l'expérience de soins pour la personne utilisatrice de services et ses proches. Les répercussions néfastes de cette situation touchent également le personnel clinique, les gestionnaires, les psychiatres et le système de santé dans son ensemble (21-27).

Au Québec comme ailleurs, des unités d'hospitalisation de crise et des équipes d'intervention de relais post-hospitalisation brève ont émergé au fil des années. Elles visent à répondre aux besoins des personnes qui fréquentent souvent les urgences psychiatriques. Elles offrent des soins et services assurant la sécurité de la personne en amorçant un suivi étroit, tout en demeurant centrées sur le rétablissement et en favorisant un retour rapide dans le milieu de vie. L'efficacité clinique et financière de ces alternatives à l'hospitalisation régulière est désormais bien établie (28-32).

Vers un nouveau modèle d'intervention clinique intensive et unique dans les UIBP

Plusieurs événements ainsi que des retours d'expériences formulés par des personnes ayant vécu un épisode d'hospitalisation psychiatrique ont contribué à des changements importants dans les modèles d'interventions (28,33,34). Cela a permis le développement d'alternatives à l'hospitalisation, telles que les centres de crise communautaires, les unités mobiles de stabilisation de la crise et les unités de décision psychiatrique (*psychiatric decision units*). Ces structures sont des précurseurs des UIBP (35,28,36-45). Leur objectif principal est de gérer la crise dans un environnement calme et sécuritaire pour les personnes présentant une instabilité marquée de leur état mental.

D'autres programmes, appelés *high intensity and high-acuity crisis programs* (35,37), sont déployés dans des unités destinées à accueillir des personnes en crise, accompagnées par la police et/ou les ambulanciers. Ils donnent accès à une équipe multidisciplinaire spécialisée comprenant des psychiatres, des infirmières et infirmiers, des travailleuses et travailleurs sociaux, des psychologues, des paires aidantes et pairs aidants, des gestionnaires de cas, des éducatrices et éducateurs et d'autre personnel professionnel. Leurs fonctions ne se limitent pas à contenir et stabiliser la crise dans le but d'un congé rapide ou dans l'attente d'une admission sur une unité régulière. Ils considèrent la crise, c'est-à-dire l'état psychologique de la personne, comme un levier pour amorcer des soins et services. Ainsi, ils permettent la mise en place d'interventions structurées et intensives offertes rapidement dans un environnement sécuritaire et thérapeutique (46), à l'écart des soins et services habituellement offerts dans les urgences.

Un rapport abrégé de l'UETMISSS (14) sur les alternatives à l'urgence hospitalière souligne que les unités d'interventions brèves (UIB) représentent une solution efficace pour réduire la durée de séjour des personnes en situation de crise reliée à des besoins de nature psychiatrique (35). Les personnes peuvent faire l'objet de davantage de stigmatisation à la suite d'une hospitalisation psychiatrique ou d'un séjour dans un hôpital général de santé physique (47). Les UIBP recensées mettent l'accent sur les interventions, les traitements et la réadaptation permettant de stabiliser les personnes se présentant à l'urgence, afin de soutenir et de favoriser leur parcours de rétablissement (32,35,36,44). Le terme UIBP reflète une approche qui transcende les limites physiques d'une unité régulière, englobant non seulement

la stabilisation de la personne, mais aussi l'intégration active de ses proches et d'une équipe soignante spécialisée, formant ainsi une unité de soins complète centrée sur les besoins de la personne et de ses proches. L'UIBP permet de réduire la stigmatisation associée à l'hospitalisation (48) et, conséquemment, les réticences ou les appréhensions des personnes en crise envers les services psychiatriques (49). Cette approche permet de favoriser un accompagnement global et personnalisé qui répond efficacement à des situations qui, autrement, nécessiteraient une hospitalisation régulière. En termes simples, l'UIBP devrait être davantage considérée comme une unité d'intervention et non d'hospitalisation.

L'UIBP est une unité spécialisée qui se différencie des autres types d'unités par sa programmation clinique qui offre des interventions ciblées permettant de maintenir le statut d'admission de la personne sans recourir à une hospitalisation régulière.

État de situation des UIBP au Québec

Selon l'organisation des soins et services propres à chaque établissement du RSSS, les unités d'hospitalisation de courte durée portent différentes appellations telles que : unité d'hospitalisation brève (UHB), unité de traitement bref (UTB), unité de stabilisation rapide (USR), UIBP, etc. Elles adoptent des programmations cliniques variées, allant d'unité de stabilisation de 24 à 48 heures à d'autres offrant des traitements de courte durée sur une période de sept à neuf jours.

Dans le *Guide de gestion des urgences* pour les établissements du RSSS (13), une UHB est définie comme une unité d'hospitalisation assurant une démarche diagnostique et des soins et services optimaux, fondés sur une approche visant à réduire les délais d'attente liés à l'investigation et à la prise de décision. Le MSSS met à jour en continu les balises transversales contenues dans le *Guide de gestion des urgences* (12) pour l'organisation et l'implantation des UHB, incluant des indications spécifiques pour la santé mentale et la dépendance. Le PAISM 2022–2026 (8) précise que des distinctions s'appliquent aux unités offrant des soins et services aux personnes présentant une instabilité marquée de l'état mental et ayant besoin de soins aigus d'intensité élevée (action 6.2). L'appellation retenue par la Direction adjointe des soins et services en santé mentale, dépendance et itinérance du MSSS est donc *Unité d'intervention brève en psychiatrie* (UIBP).

1. MANDAT, OBJECTIFS, RETOMBÉES ATTENDUES ET POPULATION VISÉE

1.1 MANDAT

L'UIBP a le mandat d'offrir des interventions brèves aux personnes nécessitant un court séjour hospitalier de 48 à 96 heures, tout en maintenant les liens avec leur milieu de vie et leur communauté. L'admission à l'UIBP permet d'assurer la sécurité, de poursuivre l'observation et les évaluations, d'offrir des interventions, traitements et réadaptation, et de planifier la continuité des soins et services après le congé.

Pour réaliser son mandat, l'UIBP s'appuie sur les assises énoncées dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* (9). Celui-ci repose sur quatre piliers (figure 1) et six principes directeurs (figure 2).



Figure 1. Piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale



Figure 2. Principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

1.2 OBJECTIFS

Objectifs organisationnels

- **Améliorer l'accès et le parcours de soins** en minimisant le temps passé à l'urgence pour les personnes ne nécessitant pas une hospitalisation régulière.
- Offrir un accès à une **équipe spécialisée, formée pour offrir des interventions et de la réadaptation psychiatrique**, dans une UIBP plutôt qu'à l'urgence ou dans une unité d'hospitalisation.
- **Prévenir l'hospitalisation ou en réduire la durée** en offrant des alternatives centrées sur les besoins des personnes, afin d'améliorer leur expérience ainsi que celle de leurs proches.
- **Optimiser les collaborations avec les partenaires intra- et intersectoriels, y compris le secteur communautaire**, pour garantir la continuité et la complémentarité des soins et services.

Objectifs cliniques

- **Éviter la rupture avec les milieux de vie et les communautés locales** en favorisant un retour rapide dans l'environnement et la continuité avec les services de proximité existants.
- **Offrir des interventions intensives et spécialisées de courte durée** adaptées aux besoins immédiats des personnes.
- **Assurer un environnement thérapeutique calme et sécuritaire**, centré sur la personne, son bien-être et son rétablissement, tout en réduisant l'utilisation des mesures de contrôle.

- **Offrir des soins et services basés sur les meilleures pratiques** et axés sur le rétablissement permettant de respecter la dignité, réduire la stigmatisation et favoriser l'engagement des personnes ainsi que de leurs proches.
- **Stabiliser les crises, sans interruption des soins et services** tout en facilitant la transition vers la communauté.
- **Considérer, intégrer et outiller les proches** en leur offrant les soins et services visant à renforcer leurs capacités, prévenir l'épuisement et les soutenir adéquatement.

1.3 RETOMBÉES ATTENDUES

- Optimiser la prise en charge des situations complexes en santé mentale grâce à des processus structurés et des protocoles adaptés pour une évaluation rapide et efficace des besoins.
- Contribuer à la réduction du phénomène de « portes tournantes » grâce à une meilleure continuité des soins et un accompagnement adapté aux besoins des personnes.

1.4 POPULATION VISÉE

Les UIBP, telles que décrites dans ce document, s'adressent aux adultes de 18 ans et plus présentant une instabilité marquée de l'état mental, ayant des besoins de soins aigus, d'intensité élevée, et nécessitant une intervention rapide et brève dans un environnement hospitalier sécuritaire. Le séjour à l'UIBP est susceptible d'éviter à la personne l'hospitalisation régulière en psychiatrie. Le requis de service d'hospitalisation, le niveau de sécurité nécessaire et les objectifs d'intervention, de traitement et de réadaptation sont à considérer pour orienter la personne vers l'UIBP.

2. GOUVERNANCE

La réussite de l'implantation d'une UIBP repose sur le respect des paramètres encadrant son offre de soins et services, pour observer les bénéfices sur la population visée. L'occupation des lits d'une UIBP peut varier selon les besoins populationnels du territoire desservi par l'établissement. Il est essentiel que des processus ou directives externes n'influencent pas les décisions d'admission à l'UIBP.

Conformément aux orientations ministérielles, l'UIBP n'est pas une unité (12) :

- d'observation prolongée de l'urgence;
- de transition;
- de débordement de l'urgence.

Ainsi, les personnes dont le profil clinique ne correspond pas à l'offre de soins et services de l'UIBP ne devraient pas y être admises. C'est notamment le cas des personnes en attente d'une hospitalisation, d'une garde provisoire ou d'un transfert vers un autre établissement. L'UIBP a une visée thérapeutique et son personnel est spécialisé dans l'intervention en situation de crise.

L'expérience de déploiement des établissements vitrines démontre qu'il est optimal qu'une UIBP relève de la Direction des services de santé mentale. Si ce n'est pas le cas, la direction responsable doit s'assurer d'administrer l'UIBP en cohérence avec les orientations de gestion des épisodes de soins présentées dans le présent guide. Un système de gestion de l'information doit être mis en place et fournir des tableaux de bord pertinents pour optimiser la gestion quotidienne de l'UIBP. À cette fin, les établissements doivent identifier distinctement les lits d'UIBP, notamment pour des analyses statistiques, de performance et d'efficacité clinique (12).

Considérant que l'UIBP est une alternative à l'hospitalisation régulière offerte par le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale, il est incontournable que la gouvernance établisse des mécanismes clairs pour la collaboration interdisciplinaire, particulièrement entre les équipes ABC et TIBD. Ces interrelations faciliteront une prise en charge intégrée, améliorant ainsi la fluidité et la continuité des soins et services. De plus, en renforçant les liens avec les partenaires du RSSS et du milieu communautaire, la gouvernance favorisera une meilleure synergie entre les différents acteurs, permettant ainsi de maximiser l'accès aux ressources disponibles et de soutenir des interventions coordonnées adaptées aux besoins des personnes utilisatrices de services.

3. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

3.1 MODALITÉS D'ACCÈS

L'accès à l'UIBP est basé sur une décision partagée qui tient compte du niveau des besoins de la personne, en respectant ses valeurs et préférences, tout comme celles de ses proches. La décision de l'admission à l'UIBP est formalisée à la suite d'une évaluation psychiatrique. Cette évaluation, réalisée en interdisciplinarité, peut être effectuée par un psychiatre, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé en santé mentale (IPSSM) ou une ou un médecin généraliste avec privilège en psychiatrie. Elle détermine le service le plus approprié pour répondre aux besoins de la personne, qu'il s'agisse du Plateau, du continuum de services en santé mentale ou d'une orientation vers d'autres services tels que ceux en dépendance.

L'UIBP opère en synergie avec l'ABC et le TIBD. Ainsi, certaines modalités privilégiées de référencement peuvent être mises en place avec les équipes du Plateau. Cette collaboration inclut également les équipes de suivi dans la communauté et autres référents partenaires, permettant d'activer des parcours de soins adaptés selon les besoins spécifiques des personnes utilisatrices de services. Ces dernières peuvent, dans un processus d'accès facilité, orienter directement une personne vers l'UIBP en évitant le processus de triage et en réduisant le délai d'attente pour l'admission. Les responsables des admissions à l'UIBP peuvent initier ce processus lorsque le référent, familier avec le mandat de l'UIBP, juge cette orientation appropriée pour :

- d'éviter une hospitalisation régulière;
- d'optimiser les soins et services déjà offerts et d'en assurer la continuité à la suite d'une courte période d'observation/stabilisation/intervention à l'UIBP.

La communication d'orientation s'effectue par les voies de communication prédéterminées entre le référent et l'UIBP, en utilisant la documentation appropriée (cette liste est non exhaustive) :

- Les formulaires de consultation et de rapports d'évaluations;
- Les notes de triage et d'admission;
- Le formulaire d'orientation, les ordonnances médicales et pharmacologiques;
- Les notes, rapports d'évaluation professionnelle ou évaluation en vue de l'orientation (p. ex. : MASM) pour les demandes et épisodes de services antérieurs;
- Le formulaire de demande de consultation en soins physiques et toute autre documentation pertinente.

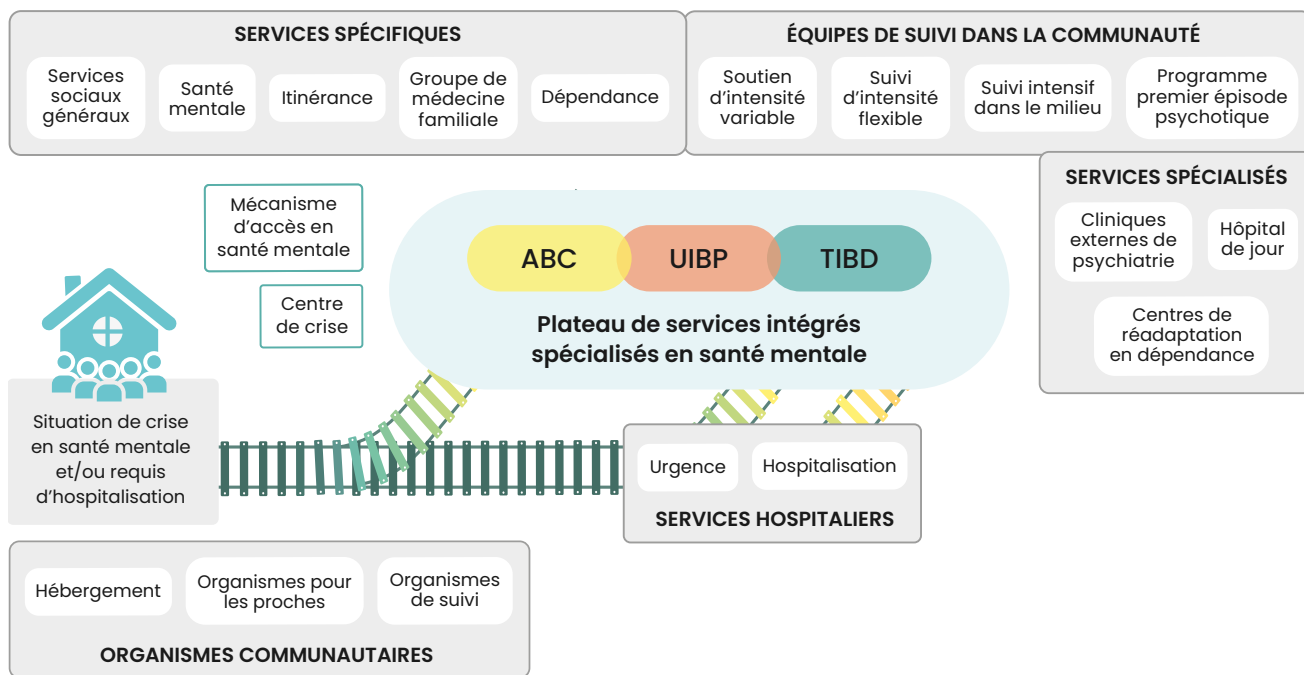


Figure 3. Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale en complémentarité de l'offre de services existante

3.1.1 En provenance de l'urgence

Selon l'organisation d'un établissement du RSSS, les services d'urgence sont offerts dans une urgence d'hôpital général ou dans une urgence psychiatrique. Ils sont la voie principale d'accès à l'UIBP. Ainsi, l'UIBP joue un rôle central dans le continuum de soins et services en santé mentale dans les établissements où elle est implantée. Elle reçoit principalement des demandes d'admission provenant de l'urgence, ce qui en fait un maillon essentiel pour répondre rapidement aux besoins des personnes en crise nécessitant un environnement sécuritaire.

3.1.1.1 Contrôle d'accès

Dans les établissements où un Plateau est présent, l'UIBP collabore avec le rôle de contrôle d'accès, tel que décrit dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* (9). Ce dernier, situé à l'urgence ou à proximité de celle-ci, agit comme un pont entre les services d'urgence et les alternatives à l'hospitalisation offertes par le Plateau, dont l'UIBP fait partie. Il promeut les alternatives à l'hospitalisation et travaille en concertation avec le personnel de l'urgence, particulièrement au triage, pour identifier proactivement les personnes pouvant bénéficier rapidement des services du Plateau. Parmi ses responsabilités, il évalue la recevabilité des personnes repérées et assure un arrimage sécuritaire avec les équipes concernées. Il contribue à une transition fluide vers les services appropriés. Il repère précocement les personnes susceptibles de bénéficier des services de l'UIBP et facilite leur orientation vers celle-ci. Ce rôle favorise une évaluation avancée, ce qui permet de soutenir en amont le personnel clinique œuvrant à l'urgence. Ainsi, cette collaboration entre le rôle de contrôle d'accès et l'UIBP permet d'optimiser le parcours de soins des personnes en crise.

3.1.1.2 Triage

Le personnel intervenant responsable du triage et de la liaison à l'urgence psychiatrique assure un accès rapide aux services d'alternatives à l'hospitalisation du Plateau, en fonction des processus

et de la réalité de chaque établissement, en cohérence avec les orientations du MSSS (2,3). L'orientation vers les organismes communautaires, les services sociaux généraux ou les programmes spécifiques des établissements peut se faire rapidement, sans nécessiter une évaluation psychiatrique exhaustive préalable ou une prise en charge médicale, à condition que la sécurité des soins soit assurée.

L'UIBP aide le personnel clinique du triage à identifier avec précision les personnes nécessitant une intervention brève dans un milieu sécuritaire et celles pouvant être traitées en communauté. En cas de doute clinique, l'UIBP offre un accès rapide à des consultations spécialisées pour clarifier l'orientation sans retarder la prise en charge, ce qui permet de réduire au maximum la durée du séjour à l'urgence. Ce soutien structuré permet d'offrir aux personnes utilisatrices un parcours de soins cohérent, respectueux de leurs besoins et aligné sur les ressources disponibles. De plus, en soutenant le triage, l'UIBP améliore la pertinence des actes médicaux lorsqu'une évaluation psychiatrique est requise.

3.1.1.3 Liaison en dépendance

Le personnel au triage de l'urgence devrait être formé en santé mentale, ainsi qu'en dépendance (62). Le personnel des équipes de liaison spécialisé en dépendance à l'urgence (63) complète les besoins d'interdisciplinarité à cette étape, si l'offre est disponible dans l'établissement. L'identification des personnes présentant des troubles concomitants et leur orientation vers le bon niveau de service s'effectuent selon les besoins. Il devient primordial d'utiliser cette circonstance comme un levier pour inciter la personne à s'investir ou à se réinvestir dans une démarche de traitement en dépendance (63). Le jugement clinique de la ou du psychiatre et de l'équipe clinique de l'UIBP devient primordial, car une décision d'admission pourrait être prise même en présence de troubles liés à la dépendance, dans une logique de ne pas considérer cette problématique comme un critère d'exclusion. Toutefois, l'UIBP n'est pas une unité de désintoxication pour les personnes nécessitant une réponse immédiate à leurs besoins physiques. Ainsi, l'UIBP n'accueille pas les personnes dont l'état d'intoxication empêche la participation aux interventions spécialisées offertes à l'UIBP, ni celles nécessitant des soins hospitaliers pour stabilisation hémodynamique, réanimation ou soins intensifs non psychiatriques.

3.1.2 En provenance du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

En cohérence avec le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* (9), l'UIBP doit s'assurer de mettre en place des mécanismes de liaison et de coordination avec les équipes ABC et TIBD afin de faciliter la continuité de services pour les personnes utilisatrices, tout en limitant le plus possible la charge administrative. Dans ce contexte, l'UIBP doit faciliter l'accès à ses services. Les personnes utilisatrices des services de l'ABC et du TIBD peuvent être dirigées vers l'UIBP lorsqu'elles nécessitent une admission dans un environnement sécuritaire en raison d'une instabilité marquée de l'état mental et ont besoin de soins aigus d'intensité élevée. Un transfert facilité vers l'UIBP permet une intervention rapide.

Tout au long du séjour de la personne utilisatrice à l'UIBP, l'équipe s'assure de maintenir une communication fluide avec les équipes ABC et TIBD. Cela permet de planifier le congé dès l'arrivée de la personne à l'UIBP et donc le retour, si requis, vers les équipes du Plateau afin de poursuivre les services, selon les besoins de la personne. Cette interrelation entre l'UIBP, l'ABC et le TIBD vise à offrir une expérience de soins et services sécurisante et personnalisée, sans rupture au sein du Plateau.

3.2 COORDINATION, FLUIDITÉ ET PLANIFICATION PRÉCOCE DU CONGÉ AU SEIN DE L'UIBP

L'équipe clinique de l'UIBP doit maintenir des liens de collaboration efficaces avec l'ensemble des programmes offrant des soins et services, notamment les services de crise et les organismes communautaires. Elle doit s'assurer d'une réponse rapide aux références et, le cas échéant, que les partenaires soient en mesure de poursuivre l'intervention, puisque l'UIBP dirige environ 70 % des personnes vers les services de la communauté à la suite de l'épisode de soins (46). Quel que soit le service identifié, il est souhaitable que le personnel intervenant puisse amorcer les soins et services offerts directement au sein de l'UIBP, en collaboration avec l'équipe.

3.3 DURÉE DU SÉJOUR

La littérature et l'expérience de déploiement des UIBP font état d'une durée moyenne approximative de l'épisode de soins et services (durée moyenne de séjour, DMS) d'environ 48 à 96 heures. Il est démontré que cette cible de DMS serait plus efficace, comparativement à d'autres, pour prévenir les réadmissions suivant le congé. Elle serait aussi optimale pour favoriser le maintien du lien avec la communauté (12,31,35,41,43,54).

Lorsque les tentatives de stabilisation et d'intervention de l'UIBP s'avèrent inefficaces ou qu'un congé dans les 96 heures semble improbable, l'équipe recherche un environnement mieux adapté aux besoins de la personne. Il peut s'agir d'une hospitalisation régulière en soins psychiatriques ou d'une autre action du Plateau, selon la pertinence, et en s'assurant de la sécurité des soins.

3.4 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

L'équipe clinique de l'UIBP doit miser sur la collaboration interprofessionnelle afin de répondre de façon adaptée à la complexité des conditions et des besoins exprimés par les personnes et leurs proches. Elle doit donc regrouper du personnel clinique ayant des compétences variées et complémentaires et la répartition des rôles et responsabilités doit être bien définie. La taille de l'équipe en équivalents temps complet (ETC) varie en fonction du nombre de lits de l'UIBP de chaque établissement.

En plus des interventions offertes, chaque membre de l'équipe contribue à la démarche évaluative multidisciplinaire des besoins de la personne et de ses proches ainsi qu'au diagnostic, le cas échéant. Elle permet d'apporter une réponse multimodale et adaptée aux personnes admises à l'UIBP. La dotation adéquate des équipes est nécessaire pour répondre aux besoins complexes de cette clientèle présentant des enjeux liés aux traitements pharmacologiques et thérapeutiques ainsi que des défis psychosociaux associés.

Les données probantes internationales (31,35,37,50-53), combinées aux retours d'expérience des établissements vitrines du projet IPAM-UIBP, permettent d'envisager une balise de référence d'environ 4,4 lits par 100 000 habitants. Ainsi, il est crucial d'ajuster la composition de l'équipe pour maintenir la qualité des soins, en veillant à ce que le ratio de personnel reste adapté à la charge de travail et aux

besoins des personnes utilisatrices. Ce double ajustement permet d'assurer des services sécuritaires, humains et efficaces.

Personnel de santé

Le personnel infirmier et médical joue un rôle clé dans les soins et services offerts au sein de l'UIBP en assurant le bon déroulement au quotidien (24 heures sur 24, sept jours sur sept). Il évalue les besoins cliniques, ajuste les traitements en fonction des observations et veille au bien-être physique et psychologique des personnes. Le personnel de santé comprend des infirmières et infirmiers, des pharmaciennes et pharmaciens qui collaborent avec la ou le psychiatre et l'IPSSM, le cas échéant, pour assurer une coordination et un suivi clinique efficaces.

Il est reconnu que le ratio minimal de personnel infirmier pour une UIBP (en ETC) est généralement de 1 pour 4 à 5 personnes utilisatrices. Néanmoins, les personnes préposées aux bénéficiaires et agentes d'intervention sont des incontournables en appui au personnel infirmier.

Personnel psychosocial

Le personnel psychosocial est composé de travailleuses sociales et travailleurs sociaux, de psychologues, de psychoéducatrices et psychoéducateurs, d'ergothérapeutes, d'éducatrices et d'éducateurs spécialisés, de paires aidantes et pairs aidants ainsi que de paires aidantes et pairs aidants famille. Il joue un rôle clé dans l'intervention brève et intensive auprès des personnes pour surmonter leurs difficultés émotionnelles, comportementales, relationnelles, familiales et sociales, tout en tenant compte de leurs besoins en dépendance, le cas échéant. Certains membres du personnel psychosocial assurent, en plus de leurs fonctions habituelles, le rôle de liaison en favorisant le retour des personnes dans leur milieu de vie. Le personnel psychosocial travaille en étroite collaboration avec le personnel médical et infirmier pour planifier, coordonner et offrir les soins et services. Le ratio minimal pour les UIBP est de 1 personne intervenante psychosociale (en ETC) pour 4 à 6 personnes utilisatrices.

Fonctionnement de l'équipe, rôles et responsabilités

Les équipes des UIBP fonctionnent selon des modèles de pratiques collaboratives et interprofessionnelles qui permettent une répartition efficace des responsabilités. Le suivi intensif à l'UIBP nécessite un travail en interdisciplinarité permettant au personnel clinique d'adapter ses traitements, interventions et la réadaptation aux besoins spécifiques de chaque personne. Les gestionnaires, en collaboration avec les directions-conseils, s'assurent que les membres de ces équipes sont autorisés, conformément aux lois 21 (55) et 67 (56), à fournir les soins et services nécessaires tout en maintenant un niveau d'expertise adéquat pour garantir leur qualité et efficacité.

La responsabilité de fournir des soins et services est partagée entre les membres de l'équipe. Par exemple, toute l'équipe peut réaliser les interventions d'éducation psychologique sur la maladie ainsi que les bonnes habitudes de vie et l'établissement de mécanismes de coordination/liaison avec des partenaires communautaires.

La collaboration interprofessionnelle repose sur des pratiques de communication structurées et des rencontres régulières. Chaque membre de l'équipe doit communiquer ses observations et tenir compte de celles des autres afin d'ajuster et de mettre à jour le plan d'intervention de la personne et de ses proches. Pour offrir une prise en charge globale, il est donc essentiel que l'équipe intègre à la fois les rôles de santé et les rôles psychosociaux.

3.5 SOUTIEN CLINIQUE

La littérature et l'expérience de déploiement de nombreux programmes en santé mentale au Québec démontrent les bénéfices d'une personne assurant un soutien clinique (PSC) auprès des équipes. Le soutien clinique favorise l'intégration et l'efficacité des soins et services, l'optimisation de la complémentarité des compétences, des connaissances et des expériences acquises dans un modèle d'équipe multidisciplinaire (35,45,57). Il joue un rôle de facilitateur pour l'acquisition de nouvelles compétences, d'habiletés communes ou transversales dans l'objectif d'harmoniser et d'optimiser les interventions offertes à l'UIBP.

Ainsi, les activités suivantes doivent être organisées par le soutien clinique :

- Identification ou création d'outils d'analyse des pratiques
- Animation de rencontres d'intervention de soutien-conseil
- Mobilisation orientée vers la formation continue
- Offre de formations initiales aux nouveaux membres de l'équipe
- Exercices réflexifs sur les interventions et situations complexes vécues
- Jumelage/pairage d'intervenantes et intervenants
- Accompagnement individuel par les membres seniors de l'équipe, favorisant le partage expérientiel

Le soutien clinique offert à l'équipe de l'UIBP doit être spécifiquement prévu pour répondre à la diversité des besoins cliniques de l'équipe, tant sur le plan de la santé que sur le plan psychosocial. Il vise en priorité le soutien aux différentes activités professionnelles de développement des compétences et de respect des contours cliniques des UIBP, ainsi que le renforcement des habiletés propres à chaque membre de l'équipe. Les PSC de l'UIBP font appel, au besoin, aux partenaires responsables de l'encadrement des pratiques ou de l'exercice de certaines activités réservées pour assurer la complémentarité de leurs rôles et fonctions.

3.6 PLAN DE MAINTIEN ET DE REHAUSSEMENT DES COMPÉTENCES

Activités de transfert de connaissances et appropriation du modèle par les équipes cliniques

La planification du renforcement des compétences cliniques, en continu, des membres des équipes œuvrant en UIBP fait partie des bonnes pratiques. Elle a pour objectif de transmettre une compréhension claire du mandat des UIBP, de ses principes, des rôles des intervenantes et intervenants et des meilleures pratiques cliniques recommandées. Cela inclut :

- **des activités de transfert de connaissances** : un exemple de proposition de plan de maintien et de rehaussement des compétences pour l'UIBP, est mis à disposition (boîte à outils);
- **l'harmonisation des pratiques cliniques** : des activités réflexives favorisant le développement du cadre clinique de l'UIBP et de fiches descriptives permettent de développer une vision commune de l'équipe et le partage de celle-ci aux partenaires directs et indirects. Ces activités permettent d'harmoniser

la compréhension de tous, d'améliorer les connaissances et de favoriser l'appropriation des rôles de chacun dans l'actualisation des interventions basées sur les meilleures pratiques;

- **le soutien clinique** : il facilite l'intégration progressive de tous les éléments du modèle clinique par les équipes UIBP.

3.7 EMPLACEMENT, ACCESSIBILITÉ ET AMÉNAGEMENT DES UIBP

Un aménagement optimal des UIBP combine les éléments incontournables de sécurité des soins et des services, tout en favorisant une expérience de soins positive et une programmation clinique de qualité. Il vise à améliorer la qualité des soins et à créer un environnement sécuritaire et bienveillant, tant pour les personnes utilisatrices que pour le personnel clinique.

Des travaux sont actuellement en cours avec les parties prenantes impliquées afin de répondre aux besoins exprimés par les établissements et de formuler des propositions et des recommandations en matière d'aménagements physiques des UIBP. Ils permettront, à terme, de communiquer aux partenaires intéressés des balises claires à l'intention des établissements souhaitant prioriser un aménagement aligné sur les objectifs de qualité, de sécurité et de performance clinique de l'UIBP.

3.8 PARTENARIATS ET COLLABORATIONS

La collaboration interprofessionnelle, intersectorielle et partenariale est indispensable à l'organisation et au fonctionnement des UIBP, en plus de celle qui existe au sein de l'équipe clinique. Dès l'admission, en raison de la courte durée du séjour, l'équipe clinique planifie la collaboration avec les différents acteurs. En effet, les interventions, la réadaptation ainsi que les traitements amorcés à l'UIBP devraient pouvoir se poursuivre après le congé et être ancrés dans l'offre de soins et services de l'établissement tout comme celle des organismes de la communauté.

La collaboration et les partenariats visent à :

- assurer la continuité et la fluidité des soins et services en tenant compte des suivis et traitements antérieurs, tout en prévoyant le parcours après le congé;
- prévenir les réadmissions évitables en favorisant, à la suite du congé, le maintien du sentiment de sécurité et d'autonomie acquis à l'UIBP;
- offrir un accompagnement adapté jusqu'à la fin de l'épisode de soins;
- établir, lorsque requis, un filet de sécurité dans la communauté (p. ex. : suivi étroit, plan de crise conjoint).

En lien avec les principes directeurs du Plateau, l'UIBP favorise l'accès et l'efficacité des trajectoires cliniques, notamment dans ses collaborations avec divers services dont :

- **équipes ABC et TIBD** : parties intégrantes du Plateau (9);
- **urgences** : principal point d'entrée et de référence pour l'UIBP;
- **unités de soins psychiatriques et de dépendances** : collaboration étroite pour les personnes ayant des besoins plus complexes;
- **unités de soins physiques** : intégration des soins de santé physique, accès aux examens complémentaires et diagnostiques ainsi qu'aux trajectoires de services particuliers pour les problématiques à symptomatologie somatique.

Ces collaborations s'inscrivent dans une logique de complémentarité des services, en s'appuyant sur des acteurs clés du RSSS et du réseau communautaire, notamment :

- **équipes de suivi dans la communauté** : soutien intensif et variable dans la communauté selon les besoins de la personne utilisatrice des services;
- **cliniques externes** : soins ambulatoires pour troubles spécifiques (p. ex. : troubles de la personnalité, de l'humeur);
- **centres de crise** : soutien immédiat en situation de crise, hébergement de crise;
- **ressources d'hébergement** : intégration des personnes utilisatrices des services dans des milieux adaptés (ressources intermédiaires et de type familial [RI-RTF], milieux supervisés);
- **organismes communautaires** : partenaires clés du réseau local de services pour l'intégration communautaire qui propose des services variés d'aide et de soutien dans la communauté (p. ex. : services d'hébergement);
- **services en dépendance** : offre de services spécifique ou spécialisée pour les problématiques liées à la dépendance;
- **services de police** : collaboration renforcée pour favoriser l'accès aux services, une meilleure gestion des crises et des mesures de contrôle, dans le respect des règles de confidentialité;
- **centres de réadaptation** : services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale pour les personnes utilisatrices présentant des déficiences physiques ou intellectuelles, des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou toute autre dépendance;
- **services en itinérance** : services spécifiques ou spécialisés pour personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Les rétroactions des personnes utilisatrices, des proches et des partenaires mettent en évidence la nécessité d'améliorer la communication et les processus de transfert d'informations, pour notamment :

- améliorer l'arrimage avec l'urgence et les unités de soins connexes;
- renforcer les partenariats locaux, adaptés aux réalités régionales, pour garantir un accompagnement fluide des personnes lors de leur retour dans leur milieu de vie et leur communauté.

Une communication claire, une coordination efficace et une reconnaissance mutuelle des rôles et des expertises de chaque partenaire sont donc essentielles pour consolider ces collaborations et soutenir un processus de rétablissement des personnes utilisatrices de services (2).

4. MODALITÉS CLINIQUES

4.1 L'ADMISSION À L'UIBP

L'offre de soins et services offerts à l'UIBP s'inscrit dans la continuité des progrès réalisés dans les modèles de traitement, d'intervention et de réadaptation en psychiatrie. L'admission à l'UIBP vise à permettre à la personne de retrouver rapidement un niveau de stabilité et de fonctionnement qui lui permettront de recevoir des soins et services à l'extérieur du milieu hospitalier.

L'UIBP priorise essentiellement les personnes susceptibles de bénéficier d'une intervention (traitement et/ou réadaptation) intensive sur une période moyenne de 48 à 96 heures. Les actions cliniques de l'UIBP seront principalement les suivantes :

- Créer un lien thérapeutique positif avec la personne.
- Stabiliser rapidement les besoins de soins aigus afin de réduire l'instabilité marquée de l'état mental.
- Assurer la prestation sécuritaire des soins et services, notamment en évaluant le risque suicidaire et hétéroagressif.
- Offrir un environnement thérapeutique et des interventions permettant d'éviter ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle (64,65).
- Réaliser une évaluation psychiatrique et des évaluations professionnelles contributives à la compréhension clinique globale de la personne. Ces évaluations permettront d'exclure d'éventuelles conditions médicales, physiques ou psychologiques pouvant expliquer les besoins de la personne et d'élaborer un plan d'intervention.
- Mettre en place ou poursuivre des interventions, des traitements et la réadaptation psychiatrique.
- Procéder, dès la décision d'admission, à une planification globale des soins et services en prévision du congé et de l'orientation vers les services offerts par les établissements de Santé Québec.

Dans certaines situations, l'admission à l'UIBP se fait en continuité avec les services offerts par l'ABC ou le TIBD. Cela se produit lorsqu'une intervention rapide de stabilisation/évaluation, souvent de quelques heures, est nécessaire pour optimiser la réponse aux soins et services offerts par le Plateau ainsi que par toutes les équipes cliniques extrahospitalières.

Vignette du cheminement clinique de l'UIBP

Marie, 32 ans, vit chez son cousin, Fred, depuis quelques mois. Ce dernier l'a retrouvée dans son lit, en pleurs, recroquevillée sur elle-même, le regard livide avec de profondes blessures au bras qu'elle venait tout juste de s'infliger. Son cousin a alors immédiatement appelé le 911. À l'arrivée des ambulanciers, Marie se montre non coopérative, hurle, menace ces derniers, répète qu'elle préférerait mourir et qu'elle est écœurée de sa vie. Les policiers sont contactés en soutien. À la suite d'une évaluation avec les services d'aide en situation de crise pour assurer sa sécurité dans le cadre de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, c. P-38.001) (LPP), Marie est conduite à l'urgence pour une évaluation psychiatrique.

À son arrivée, Marie est vue au triage et installée sur une civière, sous surveillance continue, dans une section réservée pour les personnes présentant des besoins psychiatriques et un risque élevé sur le plan de la sécurité. Elle refuse de consentir aux soins et désire quitter l'établissement. On lui explique sommairement que l'équipe a besoin de parler à son cousin pour mieux comprendre sa situation et elle accepte. Fred raconte que Marie vit chez lui depuis deux mois, après une séparation houleuse d'avec un mari violent. Depuis deux semaines, il observe un fonctionnement étrange. Elle lui a demandé de l'argent et il pense qu'elle s'est procuré des drogues et de l'alcool auprès d'un revendeur du coin. Depuis, Marie semble absente, distante et fuit les conversations avec lui. La nuit, il l'entend hurler dans la chambre d'à côté et l'a surprise à plusieurs reprises en pleurs dans le salon.

Une demande de consultation au psychiatre de l'urgence est faite. L'infirmière du triage s'interroge sur la possibilité d'une orientation vers l'UIBP, qui permettrait d'éviter une hospitalisation. Pour le psychiatre, l'état mental de Marie et le niveau de dangerosité justifient une garde préventive pour permettre une évaluation approfondie, lorsqu'elle sera plus calme. Comme Marie refuse de collaborer à l'examen et aux démarches juridiques; le psychiatre demande une garde provisoire et elle est tout de même admise à l'UIBP. Il n'est pas envisageable pour le moment de l'orienter vers les services d'ABC ou du TIBD.

Elle est dirigée vers une chambre où on lui remet des documents sur le mandat de l'UIBP, le code de vie et la garde préventive. Elle accepte graduellement de collaborer avec l'équipe clinique. Elle mentionne avoir eu de nombreux épisodes de suivi en première ligne dans la trajectoire des troubles de la personnalité et avoir séjourné dans une ressource d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, il y a 2 ans. D'après les notes de suivi à son dossier et l'histoire qu'elle rapporte, son état d'instabilité mentale semble récent, selon le psychiatre et l'équipe clinique. Marie a eu des difficultés à transférer ses prescriptions vers la pharmacie située près de chez son cousin, entraînant l'arrêt de son traitement depuis quelques semaines. L'équipe apprend aussi que Marie a récemment reçu un appel de son ex-conjoint violent, avec qui elle s'est disputée. Il aurait été menaçant et aurait insisté pour qu'elle lui donne une autre chance. Ne sachant pas comment gérer ses émotions sur le coup, elle a consommé de la drogue, pour se relaxer.

Dans un premier temps, Marie refuse catégoriquement d'être hospitalisée, affirmant qu'elle se connaît, qu'elle reprendra ses médicaments et qu'elle ira mieux. Toutefois, son risque suicidaire est évalué à un niveau élevé. Marie est informée de ses droits et de la garde en établissement et on répond à ses questionnements sur l'UIBP et sa programmation clinique. Elle accepte finalement de rester quelques jours, mais seulement le temps de reprendre son traitement pharmacologique et de possiblement rassurer son cousin ainsi que sa famille sur ses idées suicidaires. Marie reçoit un accompagnement continu des intervenants et intervenantes, et son état se stabilise. Après quelques heures, elle dit prendre conscience du fil des événements des dernières semaines et de son grand besoin d'aide à court terme. Le lendemain, elle accepte de consentir à l'aide offerte. Le psychiatre lève la garde après 36 heures d'admission et annule la requête de garde provisoire. Le traitement pharmacologique est repris, accompagné d'une médication à court terme visant à contenir la crise et qui sera réévaluée, au besoin, par le médecin de son GMF.

Avec le consentement de Marie, l'équipe de l'UIBP contacte l'équipe ABC de l'établissement pour y orienter Marie. Elle communique l'information concernant le séjour et les besoins identifiés afin de planifier l'arrimage des services en prévision du congé. À la demande de Marie, une rencontre familiale est organisée le lendemain. Des outils d'autogestion et d'adhésion aux traitements lui sont offerts en présence de sa famille. Une proche aidante est également présente à cette rencontre pour offrir du soutien et proposer des outils adaptés à la situation actuelle et à son évolution. Une planification du congé est amorcée avec ses proches qui sont sensibilisés aux interventions à privilégier si son état se détériore. L'intervenante ABC vient rencontrer Marie dans les locaux de l'UIBP avant la fin de son séjour pour lui présenter les services et obtenir son consentement. Marie verbalise à l'intervenante ABC qu'une fois la crise passée, elle souhaite pouvoir obtenir de l'aide pour ne plus faire de cauchemars et ne plus avoir de moments de dissociation comme elle vit chaque fois que son ex-conjoint la contacte. La veille de son départ, un plan de congé est formalisé en présence des proches et de l'intervenante ABC. Marie quitte l'UIBP après 86 heures. Elle a un rendez-vous le lendemain avec son intervenante ABC et la semaine suivante avec son médecin de famille, qui aura reçu les informations relatives à son séjour ainsi que les recommandations psychiatriques.

4.2 CONSIDÉRER, INTÉGRER ET OUTILLER LES PROCHES

Le *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale* (61) encourage les gestionnaires et les équipes de l'UIBP à renforcer la collaboration avec ces derniers. Les piliers transversaux inscrits également dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* (9) guident les pratiques permettant d'intégrer les proches, de les impliquer activement et de leur offrir des ressources adaptées. Cette démarche, qui relève d'une responsabilité collective au sein de l'équipe clinique, peut se concrétiser par des actions telles que :

Considérer les proches

Considérer les proches comme des partenaires clés du rétablissement, depuis l'étape du triage à l'urgence psychiatrique jusqu'à la rencontre de congé à l'UIBP. Cela implique de :

- reconnaître leur rôle essentiel en les accueillant et en tenant compte de leurs observations et de leur expérience unique avec la personne;
- favoriser des échanges continus pour comprendre leurs besoins spécifiques;
- clarifier les limites de leur implication afin de maintenir leur rôle en tant que soutien, sans les positionner en tant qu'intervenantes et intervenants;
- respecter la confidentialité tout en leur permettant de contribuer activement à l'offre de soins et services de l'UIBP.

Intégrer les proches

L'intégration des proches repose sur leur participation active et complémentaire, ce qui suppose de :

- les consulter régulièrement pour élaborer le plan d'intervention de la personne et pour favoriser la prise de décisions partagées;
- clarifier les rôles et responsabilités de chacun afin d'assurer une collaboration harmonieuse entre les proches, le personnel clinique et la personne;
- leur expliquer les droits liés au consentement et à la communication d'informations, et réviser ce processus régulièrement, particulièrement lors de changements dans l'état de la personne;
- maintenir une communication constante entre l'équipe clinique et les proches pour partager des informations pertinentes au maintien de leur engagement.

Outils des proches

Outils des proches permet de les soutenir efficacement dans leur rôle. Cela consiste à :

- offrir des ressources pratiques, de l'enseignement et de l'éducation psychologique pour mieux comprendre les troubles mentaux et développer de meilleures stratégies d'adaptation;
- proposer un soutien direct et continu par des rencontres professionnelles et des groupes de soutien;
- élaborer des plans de crise avec la personne et ses proches, incluant les signes précurseurs et les actions à entreprendre en cas de crise;
- adapter les outils et autres ressources utilisés aux besoins spécifiques des proches.

L'importance du consentement pour échanger de l'information

Le consentement en santé mentale est un processus fondamental qui doit être libre, éclairé et actualisé. Il est essentiel que la personne soit pleinement informée sur la nature des informations partagées, les traitements, interventions et la réadaptation proposés, ainsi que sur les risques et bénéfices, afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée. Dans la plupart des cas, un consentement verbal peut suffire mais parfois, comme pour certaines interventions médicales, il doit être formalisé par

écrit. Dans le cas où le consentement est obtenu verbalement, une note précise doit être écrite au dossier de l'usagère ou de l'usager (date, heure, résumé de la discussion), pour qu'il soit valide.

Le consentement n'est pas un acte ponctuel, mais un processus continu qui peut être modifié ou retiré à tout moment. Il doit être régulièrement revalidé, notamment lorsque l'état de santé de la personne évolue de manière significative. En situation de crise, cette revalidation est primordiale, car l'état de la personne est plus susceptible de changer rapidement et, conséquemment, son opinion à l'égard de ce à quoi elle avait consenti précédemment.

Il est également important de faire la distinction entre l'information générale, qui peut être divulguée sans consentement, et l'information confidentielle, qui nécessite le consentement de la personne concernée ou des proches pour être divulguée (61). Cette distinction est essentielle pour préserver les droits et la dignité des personnes tout en assurant une communication respectueuse et efficace entre tous les acteurs.

4.3 PROGRAMMATION CLINIQUE BASÉE SUR L'APPROCHE S.E.T.U.P.

En anglais, S.E.T.U.P. signifie *stabilisation, évaluation, teaching and universal planning*. L'approche S.E.T.U.P. s'actualise à travers quatre étapes, illustrées à la figure 4, qui peuvent se chevaucher et être adaptées à chaque situation clinique, sans être nécessairement successives et consécutives.

Les 4 étapes de l'approche S.E.T.U.P.



Figure 4. Illustration représentant les quatre étapes de l'approche S.E.T.U.P.

L'approche S.E.T.U.P. (66) est recommandée pour amener les changements nécessaires dans les pratiques des UIBP. Elle permet d'aller au-delà du traitement des problèmes immédiats liés à la situation vécue par la personne et les proches pour permettre un fonctionnement plus stable à moyen et à long terme. Elle préconise un plan d'intervention qui est mis en place dès l'admission et prévoit les conditions du congé ainsi que la poursuite du suivi après celui-ci, y compris les arrimages nécessaires. Ce plan s'inscrit dans un processus de décisions partagées. Il est centré sur les besoins de la personne et de ses proches, axé sur le rétablissement, l'autonomie et l'amélioration de la qualité de vie. Cette approche d'intervention, de réadaptation et de traitement des problèmes plus complexes vise un effet durable et reconnaît l'interrelation entre les besoins émotionnels, physiques et psychosociaux dans la réussite thérapeutique. Le séjour à l'UIBP doit être considéré comme un épisode d'un processus global de rétablissement de la personne dans une trajectoire de soins et services spécialisés en santé mentale et en dépendance (66).

Les objectifs de cette approche sont les suivants :

- consolider la motivation et favoriser la disponibilité de la personne tout en misant sur l'autonomie et la reprise de pouvoir dans le processus de rétablissement;
- assurer la continuité des soins et services initiés à l'UIBP en considérant le séjour comme un levier vers un objectif plus global, si nécessaire;
- offrir des soins et services intégrant les interventions, de la réadaptation et des traitements psychiatriques, basés sur les meilleures pratiques;
- soutenir la transition des soins en favorisant la collaboration entre les équipes traitantes et leur participation avant le congé, afin de bien préparer la prochaine étape de la trajectoire de soins et services;
- fournir un suivi personnalisé, pouvant inclure des contacts directs d'une équipe de l'établissement, d'un gestionnaire de cas, d'un service spécifique chargé de fournir un filet de sécurité ou assurer le suivi étroit à la suite du congé ou encore d'offrir des visites à domicile.

4.3.1 Stabilisation

Sécurité, apaisement et reconnaissance



Toute intervention à l'UIBP vise, en premier lieu, à assurer la sécurité des soins et services qui sont offerts et celle du personnel qui y travaille. Parfois, les premières interventions doivent se concentrer sur la reconnaissance et l'acceptation de la nécessité d'être admis à l'UIBP. Si cette étape n'est pas nécessaire, l'engagement doit demeurer au centre des interventions afin de s'assurer que la personne demeure engagée et centrée sur son processus de rétablissement. Ces interventions débutent généralement dans les 24 premières heures et l'intensité diminue ensuite au fil du séjour. L'équipe clinique, en collaboration avec la ou le psychiatre, met en place les mesures de contrôle, ou des alternatives à celles-ci (64,65,67,68), pour garantir la sécurité de la personne et du personnel. Elle informe la personne et lui fournit les explications nécessaires à la compréhension du mandat et du contexte d'intervention de l'UIBP, dont la durée de séjour. Elle valide le vécu relatif à la situation, la difficulté de demander de l'aide et explique, lorsque pertinent, les effets potentiellement indésirables d'une hospitalisation régulière non nécessaire. C'est lors de cette étape que les premiers contacts avec les proches sont habituellement

effectués. Cela permet de les intégrer dès le début dans le processus clinique offert à la personne, afin de prendre en compte leurs expériences et leurs besoins de soutien.

Des plans de gestion de l'agitation, du risque suicidaire et des risques associés au sevrage sont mis en place. C'est également le moment idéal pour renforcer certains comportements, tels que la prise de médication. Parallèlement, les activités spécifiques sont réalisées en fonction des besoins, notamment la collecte des paramètres vitaux, les examens de laboratoire et les rencontres d'intervention avec le personnel clinique (p. ex. : psychiatres, infirmières et infirmiers, travailleuses et travailleurs sociaux). L'intervention de stabilisation, bien qu'elle implique une période d'observation pour évaluer l'efficacité de la médication administrée, doit permettre à la personne de rester activement engagée dans son rétablissement et son plan d'intervention. Dès l'étape initiale de stabilisation, il est essentiel d'informer la personne du processus clinique qui lui sera proposé afin d'encourager son adhésion, qu'elle soit partielle ou complète.

4.3.2 Évaluation

Diagnostiques et compréhension



Le repérage et la démarche évaluative rigoureuse faits à l'UIBP sont réalisés selon les meilleures pratiques cliniques. L'accès à une équipe interdisciplinaire constitue un atout majeur pour effectuer une analyse globale menant à une compréhension du niveau de besoins de la personne et de ses proches (35,40,66,69,70). Au-delà de l'identification du trouble mental ou de la problématique principale ayant mené à l'admission à l'UIBP, l'évaluation de la personne s'effectue de manière continue, au minimum quotidiennement, tout au long du séjour. Elle a pour objectif de déterminer l'évolution des besoins de la personne et de ses proches, ainsi que leur capacité à les reconnaître.

Dans le modèle S.E.T.U.P., les difficultés exprimées par la personne servent de point de départ et de levier d'intervention (62). Le contexte particulier de l'UIBP permet au personnel clinique d'observer la personne, de l'évaluer ainsi que de poser des diagnostics parfois plus rapidement. Elle amène une compréhension et des explications de problèmes vécus par la personne et ses proches, favorisant ainsi une prise en charge globale.

Le niveau de collaboration de la personne et de ses proches permet de déterminer les interventions offertes à l'UIBP et facilite une planification précoce du congé, amorcée dès l'admission. Ainsi l'équipe, en collaboration avec la personne et ses proches, poursuit l'élaboration du plan d'intervention de l'UIBP. Elle contribue à susciter leur engagement tout en établissant le niveau de surveillance requis pour prévenir et gérer les risques plus imminents, tels que le risque suicidaire, hétéro- et autoagressif ou de fugue.

L'évaluation des besoins des proches est une étape incontournable dès le début du processus. Elle nécessite d'appliquer les meilleures pratiques en regard du consentement, comme mentionné précédemment. Elle implique également une prise de conscience rapide des conséquences possibles, de l'acceptation ou du refus, de cette démarche sur le processus thérapeutique, de réadaptation et de rétablissement.



4.3.3 Enseignement et éducation psychologique

Engagement, apprentissage, outils et soutien au rétablissement

Dans le modèle S.E.T.U.P., favoriser les soins et services centrés sur la personne et axés sur son rétablissement implique de donner à la personne utilisatrice de services et à ses proches toutes les informations nécessaires à la compréhension de sa condition clinique et de ses besoins. Les interventions d'éducation psychologique, reconnues efficaces à tous les niveaux de soins, peuvent être offertes individuellement ou de manière combinée, selon la complexité. Les personnes et leurs proches doivent participer activement au processus de décision partagée dans le choix des services qui leur sont offerts. Cela inclut les options d'orientation clinique envisagées pendant le séjour à l'unité et au moment du congé. L'éducation psychologique devrait donc être intégrée de manière systématique dans la programmation clinique de l'UIBP. L'équipe clinique collabore avec la personne pour explorer diverses stratégies de gestion des affects et des comportements dans différents contextes au quotidien. Elle lui offre des interventions psychosociales, de réadaptation ou de la psychothérapie (court terme) à travers des activités planifiées, telles que :

- des interventions d'éducation psychologique sur la reconnaissance et la compréhension des symptômes (p. ex. : psychose, dépression, anxiété, stress, toxicomanie);
- des ateliers sur la gestion des émotions et des relations interpersonnelles;
- des interventions basées sur l'approche motivationnelle;
- l'activation comportementale;
- des activités physiques;
- des interventions inspirées de la thérapie cognitive comportementale (TCC) ou de la psychothérapie, notamment :
 - des interventions basées sur les meilleures pratiques pour les troubles mentaux fréquents (p. ex. : relaxation, autosoins, éducation psychologique);
 - des interventions ou de la psychothérapie TCC de troisième vague (p. ex. : thérapie d'acceptation et d'engagement [ACT], méditation pleine conscience);
 - d'autres interventions ou psychothérapie TCC utilisant des techniques issues de la thérapie comportementale dialectique (TCD) ou de la thérapie centrée sur les traumatismes.

À ce stade, la personne :

- retrouve une confiance et un sentiment d'espoir favorisant l'engagement et l'activation dans la recherche de solutions à des situations stressantes;
- adopte et intègre des stratégies liées à une hygiène de vie saine;
- développe sa confiance en elle (estime de soi) et envers les autres;
- s'engage dans les diverses modalités de traitement médical, psychosocial et de réadaptation requises par sa condition, y compris les traitements pharmacologiques;
- s'implique activement dans les interventions et traitements de nature psychosociale ou psychothérapeutique qui lui sont proposés;
- participe activement à la programmation clinique;
- initie des démarches qui viseront à mieux répondre à ses besoins après le congé.

Ainsi, l'accompagnement de la personne repose sur l'évaluation de ses besoins, la compréhension de son parcours de soins, l'implication dans les offres d'intervention brève à l'unité et le traitement pharmacologique ainsi que l'identification des acteurs impliqués après le congé. Dans cette même logique, l'UIBP favorise l'engagement de la personne dans une démarche de réadaptation précoce qui s'inscrit dans le processus de rétablissement. Ainsi, des ressources appropriées sont proposées lors du séjour afin que la personne puisse également poursuivre ses démarches de réadaptation psychosociale à la suite du congé.



4.3.4 Consolidation et planification du congé

Continuité, partenariat et accompagnement

Établir un plan de congé dès l'admission ou le plus tôt possible pendant le séjour à l'unité est une pratique efficace dans l'objectif d'assurer la continuité des services. La personne peut être orientée vers des services communautaires, des programmes spécifiques ou spécialisés, en fonction de ses besoins, dans une volonté de diminuer le recours à une hospitalisation non nécessaire (35,46). Le séjour de la personne à l'UIBP ne vise pas nécessairement à résoudre la situation qui a mené à l'admission ni à atteindre un rétablissement complet. Il est une étape clé dans le continuum de soins et services en santé mentale et dépendance.

L'objectif, à cette étape, est que les personnes utilisatrices et leurs proches :

- maintiennent après le congé le sentiment de sécurité et l'apaisement développés à l'UIBP;
- développent la capacité à chercher du soutien auprès des ressources du RSSS ou de la communauté, ou à utiliser celles déjà présentes avant son admission;
- adoptent des habitudes plus favorables au maintien de leur santé mentale;
- développent des stratégies et habiletés pour faire face aux situations de crise, favorisant ainsi la prévention des rechutes qui, potentiellement, mèneraient à des réadmissions;
- développent un sentiment d'autodétermination et établissent des objectifs personnels;
- puissent obtenir un congé garantissant le niveau de sécurité des soins et services (p. ex. : suivi étroit, plan de crise conjoint, plan de non-réponse, informations sur les centres de crises).

Enfin, les évaluations psychiatriques, autres évaluations contributives, ainsi que les observations réalisées au cours du séjour à l'UIBP, servent à fournir aux équipes cliniques de la communauté les informations nécessaires pour amorcer, ajuster ou poursuivre leurs interventions lorsque la personne obtient son congé de l'unité. Ainsi, cette étape doit permettre à la personne d'être accompagnée dans la mise en place des démarches nécessaires à la poursuite de ses objectifs cliniques après le congé, y compris l'élaboration de son plan de crise et l'identification des personnes responsables du suivi étroit, le cas échéant.

Les proches ne devraient pas être sollicités uniquement en fin de processus ou lors du congé. Ils détiennent souvent des informations essentielles qui améliorent la compréhension des besoins de la personne par l'équipe clinique. Ils accompagnent la personne, favorisent la transition ainsi que la continuité après le congé.

5. IMPLANTATION

Les établissements qui souhaitent implanter l'UIBP doivent préalablement s'arrimer avec la Direction adjointe des services en santé mentale adulte, en psychiatrie légale et en milieu carcéral de Santé Québec et interpeller le CIUSSS-de-l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, mandaté pour les accompagner dans le déploiement de cette action. Ce dernier offre un soutien tout au long du processus afin d'assurer une implantation en conformité avec le présent guide et en considération des spécificités régionales.

La mise en œuvre des UIBP repose sur une planification rigoureuse et une collaboration étroite entre les établissements du RSSS, les gestionnaires, les équipes cliniques et les partenaires. Les unités doivent être intégrées dans tous les établissements hospitaliers, afin de garantir un accès équitable à cette offre de soins et services.

5.1 ÉTAPES ET SUIVI D'IMPLANTATION

La réussite de l'intégration des UIBP repose sur une planification détaillée et une mobilisation des ressources adaptées. Les principales étapes incluent :

- **l'identification des infrastructures nécessaires** : cela comprend l'aménagement des espaces pour accueillir l'UIBP (p. ex. : environnement calme et sécuritaire, chambre individuelle, salle d'apaisement);
- **la constitution d'équipes qualifiées** : chaque unité doit s'appuyer sur un personnel formé, multidisciplinaire et apte à répondre aux besoins complexes des personnes;
- **la coordination avec les partenaires internes et externes** : une collaboration renforcée entre les équipes cliniques, les gestionnaires et les partenaires communautaires est essentielle pour garantir des trajectoires de soins efficaces.

5.2 CONDITIONS GAGNANTES À L'IMPLANTATION ET AU FONCTIONNEMENT DES UIBP

Au-delà des éléments déjà abordés dans le *Document de soutien à l'implantation* du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale pour maximiser le succès des UIBP, l'implantation devrait réunir certaines conditions, dont les suivantes :

- **Gouvernance collaborative et vision intégrée** : L'identification d'une ou un psychiatre responsable et d'une personne gestionnaire assumant le rôle de coordination de l'accès à l'UIBP, aux autres actions du Plateau, aux unités hospitalières régulières et aux soins et services offerts dans la communauté, est essentielle pour la gestion de la fluidité. Également, la désignation d'un membre de l'équipe chargé d'identifier des personnes pouvant être admises à l'UIBP constitue une stratégie opérationnelle qui contribue aussi à la fluidité (p. ex. : l'assistante ou l'assistant de la supérieure immédiate ou du supérieur immédiat de l'UIBP qui participe aux réunions ou aux rapports de l'urgence).

- **Gestion de projet** : L'établissement devrait se doter d'une structure de projet, d'une gouvernance collaborative solide et d'une vision du rôle de l'UIBP dans la trajectoire de soins et services. Cela implique la mise en place d'une équipe projet qui appuie les gestionnaires dans l'implantation de l'UIBP.
- **Respect du mandat** : Les UIBP devraient rester centrées sur leur mission spécifique et ne pas être détournées pour répondre à d'autres besoins du réseau. L'expérience du volet UIBP des projets IPAM a mis en lumière de nombreux enjeux délétères causés par les pressions externes, nuisant à l'efficacité des UIBP et au développement du sens clinique des rôles des UIBP par les équipes.
- **Cadre clinique et programmation basés sur les meilleures pratiques** : Le déploiement du modèle de l'UIBP implique la mise en place des meilleures pratiques cliniques nécessaires à l'accomplissement du mandat et à l'atteinte de ses objectifs. Impliquer l'équipe clinique dans une démarche réflexive d'élaboration du cadre et de la programmation de l'UIBP renforce leur sentiment d'efficacité personnelle et la qualité de leur collaboration.
- **Partenariats et collaborations formalisés et continus** : L'UIBP ne peut fonctionner sans maintenir des liens en continu avec ses partenaires pour garantir des trajectoires de soins et services fluides et coordonnées.
- **Implantation progressive** : Amorcer les transformations nécessaires des pratiques cliniques en mobilisant d'abord les membres de l'équipe les plus disponibles et motivés à les appliquer. L'intégration graduelle de ces nouvelles pratiques auprès d'un nombre restreint de personnes présentant des enjeux, problématiques ou troubles ciblés permettra aux équipes de s'approprier le modèle clinique et d'ajuster leurs pratiques.

5.3 PLAN DE GESTION HUMAINE DE CHANGEMENT ET DE COMMUNICATION

Une planification structurée et stratégique est nécessaire pour accompagner les transformations organisationnelles. Voici quelques exemples d'actions ayant pour fonction de les favoriser :

- Élaborer des messages clés adaptés aux différentes parties prenantes du projet et une structure de communication continue efficiente (personnel clinique, collaborateurs intersectoriels de l'établissement, partenaires communautaires, personnes utilisatrices des services et ses proches, proches aidantes et aidants et paires aidantes et pairs aidants famille).
- Détailler les étapes d'implantation pour garantir une transparence dans la détermination des objectifs et des attentes.
- Mettre en place une structure de gouvernance collaborative qui assure la gestion du changement dans l'adoption de nouvelles pratiques de soins et services offerts à l'UIBP (p. ex. : diminution des mesures de contrôle, approches proactives favorisant l'engagement et la mobilisation des personnes et de leurs proches, environnement thérapeutique sécurisant et interventions basées sur les meilleures pratiques) :
 - Préparer les équipes aux changements.
 - Anticiper et gérer les réactions potentielles.
 - Assurer un suivi régulier des transformations et appliquer en continu les ajustements nécessaires dans l'accompagnement pour faciliter l'adhésion aux nouvelles pratiques ainsi que leur adoption.

Afin d'outiller les établissements dans le déploiement des UIBP, un plan de communication et de gestion du changement, pouvant être adaptés selon les réalités des établissements, sont mis à leur disposition.

6. MODALITÉS POUR LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION

Les personnes vivant en milieu rural ou éloigné des centres hospitaliers peuvent être particulièrement réticentes à une hospitalisation régulière par crainte de stigmatisation et d'être déracinées de leur milieu de vie pendant une longue période. Les hospitalisations psychiatriques peuvent être redoutées des personnes utilisatrices pour diverses raisons (40), notamment :

- des expériences d'hospitalisations antérieures négatives;
- des craintes relatives à la durée inconnue de l'hospitalisation;
- l'impossibilité ou la difficulté de maintenir les liens avec les proches et la communauté lors de l'hospitalisation;
- des inquiétudes face à la gestion des rôles et responsabilités (p. ex. : emploi, famille, domicile).

L'UIBP joue un rôle clé, par son mandat et sa programmation clinique axés sur le court terme, en permettant d'atténuer ces inquiétudes potentielles chez la personne et ses proches. Dans les cas où l'accès à l'UIBP est nécessaire pour donner une réponse globale à des besoins par les services de proximité, il importe que l'établissement assure une intégration optimale des soins et services. Cela implique que l'équipe clinique de l'UIBP, malgré les distances physiques et organisationnelles qui peuvent exister, assure la liaison/coordination avec les parties prenantes dans les processus cliniques. En plus de diversifier les services offerts, l'UIBP atteint plusieurs de ses objectifs organisationnels et cliniques qui seraient plus difficiles à réaliser lors d'une hospitalisation régulière.

7. PRATIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le plan d'action de développement durable 2023–2028 du MSSS (PADD) (71) offre un cadre permettant l'intégration des 16 principes définis par la *Loi sur le développement durable* (RLRQ, c. D-8.1.1) (72,73). Ces principes doivent guider la conception et la mise en œuvre des UIBP afin de respecter les valeurs fondamentales de développement durable tout en maintenant les standards d'excellence de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Les processus entourant l'aménagement des espaces physiques, les pratiques cliniques, ainsi que les activités opérationnelles des UIBP doivent tenir compte des enjeux sociaux, environnementaux et économiques liés au développement durable. Ces considérations contribuent à assurer une utilisation efficace des ressources, à minimiser les répercussions environnementales des opérations et à promouvoir des pratiques responsables.

Le développement durable est une responsabilité partagée impliquant tous les acteurs, des gestionnaires aux membres des équipes cliniques. Ces derniers doivent intégrer des réflexions sur le développement durable dans leurs pratiques quotidiennes et lors des rencontres d'équipe, afin d'identifier et de mettre en place les actions prioritaires de l'établissement.

Le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* (9) fait la démonstration qu'il existe des liens entre les principes de développement durable du MSSS et les actions pouvant être déployées pour aligner ces objectifs à l'UIBP. Ensemble, ces efforts visent non seulement à offrir des soins de qualité, mais aussi à contribuer à un avenir durable pour les générations futures.

8. SUIVI DE LA QUALITÉ, DE LA PERFORMANCE ET AMÉLIORATION CONTINUE

L'amélioration continue, le suivi de la qualité et la performance des UIBP sont essentiels pour garantir l'efficacité des soins et services au sein du Plateau. Ce processus repose sur la collecte continue de données cliniques et administratives, permettant d'ajuster les interventions, les plans d'action et d'en mesurer les résultats.

L'amélioration continue permet d'identifier les domaines à optimiser, de fixer des objectifs clairs et de mettre en place des mesures correctives. Santé Québec, en collaboration avec les établissements du RSSS, assure le suivi de la qualité et de la performance du Plateau (9) pour les trois actions : ABC, TIBD et UIBP. Bien que l'UIBP soit partie intégrante de ce Plateau, elle se distingue des autres services par les paramètres spécifiques présentés dans le présent document. Un processus d'évaluation continue doit être mis en place par l'établissement pour guider l'application des meilleures pratiques et ajuster les actions en fonction des besoins spécifiques. Un suivi régulier du fonctionnement de l'UIBP permet d'optimiser les processus et de formuler des pistes de solutions basées sur l'analyse des pratiques actuelles, des données recueillies et des indicateurs de performance du Plateau (9).

9. CONSIDÉRATIONS FUTURES

L'expérience du déploiement des établissements vitrines de l'IPAM a mis en évidence les avantages d'une UIBP pour les soins et services en santé mentale et de dépendance. La poursuite du déploiement des UIBP, à l'aide de ce guide d'application, permettra d'identifier des occasions d'amélioration du modèle proposé. L'équipe projet de l'USMD estime que la poursuite du déploiement devrait porter une attention particulière à ces éléments :

- Les conséquences de la localisation des UIBP dans les grands centres sur les personnes vivant en milieu à faible densité populationnelle :
 - L'accessibilité aux UIBP, souvent situées en milieu urbain, devra faire l'objet d'une attention particulière pour les personnes qui vivent en région éloignée des grands centres, afin d'appuyer la pertinence et l'efficacité clinique, notamment en ce qui concerne l'intégration avec les actions du Plateau.
- L'amélioration des pratiques des équipes cliniques des UIBP :
 - L'amélioration et l'harmonisation de modalités d'intervention basées sur les meilleures pratiques permettront d'accroître l'efficacité des UIBP. L'expérience du déploiement des dernières années a montré que les équipes cliniques gagneraient à renforcer davantage leurs compétences en intervention. Les obstacles identifiés par les gestionnaires et les équipes cliniques incluent la dotation et le roulement du personnel clinique, la disponibilité de certains professionnels spécialisés, le manque de temps ainsi que l'accès limité à des formations spécifiques sur les interventions reconnues efficaces auprès de certaines clientèles.
 - L'amélioration des pratiques cliniques implique également une plus grande participation des proches dans les processus d'évaluation et dans l'élaboration des plans d'intervention. Une sensibilisation aux meilleures pratiques du domaine est incontournable. La systématisation de l'implication des proches améliorera l'expérience globale des soins et renforcera les retombées positives pour les personnes utilisatrices des services.
- L'amélioration des outils technologiques :
 - Dans l'organisation actuelle des établissements, l'information concernant la personne est collectée dans plusieurs plateformes numériques et parfois uniquement sous forme manuscrite. L'efficacité des équipes UIBP repose, en partie, sur leur capacité à identifier rapidement les différentes problématiques des personnes et à maintenir un lien étroit avec les services disponibles dans la communauté. L'accès à des technologies de pointe devient ainsi essentiel pour un fonctionnement efficace des UIBP, notamment l'accès aux bases de données où sont colligées les informations relatives aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale et dépendance.

CONCLUSION

L'**Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)** constitue une alternative efficace et essentielle pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale et répondre à l'augmentation constante des consultations aux urgences. Elle permet une prise en charge rapide et intensive des personnes en situation de grande instabilité psychologique en offrant des interventions spécialisées basées sur les meilleures pratiques.

Loin de se limiter à une simple alternative à l'hospitalisation régulière, l'UIBP s'inscrit dans une trajectoire de soins intégrée favorisant un continuum harmonieux entre les services hospitaliers spécialisés et les ressources externes spécialisées et communautaires, y compris les soins à domicile. En assurant une transition fluide entre les différentes options de traitement, elle contribue à la réduction des hospitalisations inutiles et au maintien des personnes dans leur milieu de vie, en collaboration avec leurs proches et les partenaires du réseau.

Ce guide d'application s'inscrit dans une vision de transformation des soins en psychiatrie, où l'UIBP agit comme un levier structurant au sein du RSSS. Son implantation progressive s'intègre à un **Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale**, dont l'un des objectifs est de proposer des alternatives aux hospitalisations dans les unités de courte durée. L'UIBP vise ainsi à renforcer l'approche de proximité et à favoriser une meilleure complémentarité avec les services d'**Accompagnement bref dans la communauté (ABC)**, de **Traitement intensif bref à domicile (TIBD)** et d'autres services externes, afin de mieux répondre aux besoins des populations les plus vulnérables. En intégrant pleinement l'UIBP aux alternatives à l'hospitalisation, le réseau de la santé se dote d'un outil supplémentaire pour optimiser la qualité des soins et assurer une réponse adaptée aux enjeux contemporains en santé mentale.

MÉDIAGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2010. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec. Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2022. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services. Guide de pratique clinique [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2021. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-11W.pdf>
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2023. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Services sociaux généraux. Offre de service. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2013 [cité le 18 févr 2025]. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>
6. Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie [en ligne];s. d. [cité le 18 févr 2025]. Disponible : <https://www.orientation.qc.ca/medias/iw/Frontiere-interventions-professionnelles-et-psychotherapie-Document-integral.pdf>
7. Équipe Accès et trajectoire de soins, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. La gestion par trajectoire de soins et de services. Guide à l'intention des usagers partenaires : Comprendre le modèle pour contribuer à l'amélioration des trajectoires [en ligne]. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal; 2019. Disponible : https://cdn.ciusssordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Gestion_clinique/Guide_gestion_par_trajectoire_de_soins_services_usagers_partenaires.pdf
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. S'unir pour un mieux-être collectif [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2022. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
9. Santé Québec. Cadre conceptuel : Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale - Plateau de services intégrés spécialisés. Québec : Santé Québec; 2025.

10. Santé Québec. Guide d'application : Accompagnement bref dans la communauté (ABC) – Une alternative à l'hospitalisation du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale. Québec : Santé Québec; 2025.
11. Santé Québec. Guide d'application : Traitement intensif bref à domicile (TIBD) – Une alternative à l'hospitalisation du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale. Québec : Santé Québec; 2025.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles. Organisation et implantation d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2021. Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_UHB.pdf
13. Guide de gestion des urgences – Professionnels de la santé – MSSS [en ligne]; [cité le 15 janv 2025]. Disponible : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-de-gestion-des-urgences/>
14. Dussault J, Giguère K. 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 [en ligne]. Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; 2019. Disponible : https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/ETMISSS/rapport_urgences_psych_vf_18_juin_2019-jd_0.pdf
15. Levesque P, Perron PA. Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024 [en ligne]. Québec : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2024. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-02/3451-comportements-suicidaires-au-Qu%C3%A9bec-portrait-2024.pdf>
16. Saunders NR, Gill PJ, Holder L, Vigod S, Kurdyak P, Gandhi S, et al. Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: a population-based study. *CMAJ*. 9 oct 2018;190(40):E1183–E1191. DOI : 10.1503/cmaj.180277
17. Fleury MJ, Grenier G, Farand L, Ferland F. Use of Emergency Rooms for Mental Health Reasons in Quebec: Barriers and Facilitators. *Adm Policy Ment Health*. jan 2019;46(1):18–33. DOI: 10.1007/s10488-018-0889-3
18. Smith JG, Anderson K, Clarke G, Crowe C, Goldsmith LP, Jarman H, et al. The effect of psychiatric decision unit services on inpatient admissions and mental health presentations in emergency departments: an interrupted time series analysis from two cities and one rural area in England. *Epidemiol Psychiatr Sci*. mars 2024;33:e15. DOI: 10.1017/S2045796024000209
19. Nam E, Lee E, Kim H. 10-Year Trends of Emergency Department Visits, Wait Time, and Length of Stay among Adults with Mental Health and Substance use Disorders in the United States. *Psychiatr Q*. sept 2021;92(3):1159–1174. DOI: 10.1007/s11126-021-09894-y
20. Theriault KM, Rosenheck RA, Rhee TG. Increasing Emergency Department Visits for Mental Health Conditions in the United States. *J Clin Psychiatry*. 28 juil 2020 [cité le 15 jan 2025];81(5):20m13241. DOI: 10.4088/JCP.20m13241
21. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 1 juin 2011;342:d 2983–d2983. DOI: 10.1136/bmj.d2983

22. Bond K, Ospina M, Blitz S, Afilalo M, Campbell S, Bullard M, et al. Frequency, Determinants and Impact of Overcrowding in Emergency Departments in Canada: A National Survey. *Health Q.* 2007;10(4):32–40. DOI: 10.12927/hcq.2007.19312
23. Medley DB, Morris JE, Stone CK, Song J, Delmas T, Thakrar K. An Association Between Occupancy Rates in the Emergency Department and Rates of Violence Toward Staff. *J Emerg Med.* oct 2012;43(4):736–744. DOI: 10.1016/j.jemermed.2011.06.131
24. Reznek MA, Murray E, Youngren MN, Durham NT, Michael SS. Door-to-Imaging Time for Acute Stroke Patients Is Adversely Affected by Emergency Department Crowding. *Stroke.* janv 2017;48(1):49–54. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.015131
25. Aboagye-Sarfo P, Mai Q, Sanfilippo FM, Preen DB, Stewart LM, Fatovich DM. Growth in Australian emergency department demand during 2007–2013 is due to people with urgent and complex care needs. *Emerg Med Australas.* juin 2015;27(3):202–209. DOI: 10.1111/1742–6723.12396
26. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, et al. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS ONE.* 12 juin 2013;8(6):e66699. DOI: 10.1371/journal.pone.0066699
27. Knapman M, Bonner A. Overcrowding in medium-volume emergency departments: Effects of aged patients in emergency departments on wait times for non-emergent triage-level patients. *Int J Nurs Pract.* juin 2010;16(3):310–317. DOI: 10.1111/j.1440–172X.2010.01846.x
28. Zeller S, Calma N, Stone A. Effect of a Regional Dedicated Psychiatric Emergency Service on Boarding and Hospitalization of Psychiatric Patients in Area Emergency Departments. *West J Emerg Med.* fév 2014;15(1):1–6. DOI: 10.5811/westjem.2013.6.17848
29. Alakeson V, Pande N, Ludwig M. A Plan To Reduce Emergency Room 'Boarding' Of Psychiatric Patients. *Health Aff (Millwood).* sept 2010;29(9):1637–1642. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0336
30. Gillig PM, Hillard JR, Bell J, Combs HE, Martin C, Deddens JA. The psychiatric emergency service holding area: effect on utilization of inpatient resources. *Am J Psychiatry.* 1989;146(3):369–372. DOI: 10.1176/ajp.146.3.369
31. Magarey AW, Weng J, Looi JCL, Allison S, Bastiampillai T. Systematic Review of Psychiatric Observation Units and Their Impact on Emergency Department Boarding. *Prim Care Companion CNS Disord.* 7 nov 2023;25(6):22r03468. DOI: 10.4088/PCC.22r03468
32. Wolff A. Development of a Psychiatric Crisis Stabilization Unit. *J Emerg Nurs.* oct 2008;34(5):458–459. DOI: 10.1016/j.jen.2008.05.008
33. Allott P, Loganathan L, (Bill) Fulford KWM. Discovering Hope for Recovery. *Can J Commun Ment Health.* 1 sept 2002;21(2):13–33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2002-0014>
34. Séguin M, Leblanc L. *Intervention en situation de crise.* 3e édition. Montréal : Chenelière Éducation; 2021.
35. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani J, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open.* juil 2022;8(4):e144. DOI: 10.1192/bjo.2022.534
36. Zeller SL, McKay SM. Models of Emergency Psychiatric Care. *Curr Emerg Hosp Med Rep.* dec 2015;3(11):1–7. DOI:10.1007/s40138–015–0083–9

37. Zeller S. Hospital-Based Psychiatric Emergency Programs: The Missing Link for Mental Health Systems [en ligne]. *Psychiatric Times*; 2019;36(8):1. Disponible : <https://www.psychiatrictimes.com/view/hospital-based-psychiatric-emergency-programs-missing-link-mental-health-systems>
38. Saurman E, Lyle D, Kirby S, Roberts R. Use of a mental health emergency care-rural access programme in emergency departments. *J Telemed Telecare*. sept 2014;20(6):324-329. DOI: 10.1177/1357633X14544422
39. Roberts AR. *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research*. 3e éd. Oxford (NY) : Oxford University Press; 2005.
40. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. juin 2022;21(2):220-236. DOI: 10.1002/wps.20962
41. Goldsmith LP, Anderson K, Clarke G, Crowe C, Jarman H, Johnson S, et al. The psychiatric decision unit as an emerging model in mental health crisis care: a national survey in England. *Int J Ment Health Nurs*. août 2021;30(4):955-962. DOI: 10.1111/inm.12849
42. Goldsmith LP, Anderson K, Clarke G, Crowe C, Jarman H, Johnson S, et al. Service use preceding and following first referral for psychiatric emergency care at a short-stay crisis unit: A cohort study across three cities and one rural area in England. *Int J Soc Psychiatry*. juin 2023;69(4):928-941. DOI: 10.1177/00207640221142530
43. Ledet L, Chatmon BN. Treatment and Outcomes in Adult Designated Psychiatric Emergency Service Units. *Critical Care Nurs Clin North Am*. juin 2019;31(2):225-236. DOI: 10.1016/j.cnc.2019.02.008
44. Zeller S. Hospital-Level Psychiatric Emergency Department Models: Addressing the Unique Challenges of Highly Acute Patients. *Psychiatric Times*. 31 dec 2019;36(12).
45. Mukherjee D, Saxon V. "Psychological Boarding" and Community-Based Behavioral Health Crisis Stabilization. *Commun Ment Health J*. avr 2019;55(3):375-384. DOI: 10.1007/s10597-018-0237-9
46. Balfour ME, Zeller SL. Community-Based Crisis Services, Specialized Crisis Facilities, and Partnerships With Law Enforcement. *FOCUS (Am Psychiatr Publ)*. janv 2023;21(1):18-27. DOI: 10.1176/appi.focus.20220074
47. Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization in Different Mental Health Services: A Comparison of Psychiatric and General Hospitals. *J Behav Health Serv Res*. avr 2007;34(2):186-197. DOI: 10.1007/s11414-007-9056-4
48. Bil JS. Stigma and architecture of mental health facilities. *Br J Psychiatry*. mai 2016;208(5):499-500. DOI: 10.1192/bjp.208.5.499b
49. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. fév 2017;30(2):111-116. doi: 10.1177/0840470416679413
50. Pinals DA, Edwards ML. Crisis services : addressing unique needs of diverse populations. Technical assistance collaborative paper. Alexandria (VA) : National Association of State Mental Health Program Directors; 2020.
51. Mundt AP, Rozas Serri E, Irarrázaval M, O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T, et al. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Mol Psychiatry*. avr 2022;27(4):1873-1879. DOI: 10.1038/s41380-021-01435-0

52. Hudson CG. Benchmarks for Needed Psychiatric Beds for the United States: A Test of a Predictive Analytics Model. *Int J Environ Res Public Health*. 20 nov 2021;18(22):12205. doi: 10.3390/ijerph182212205
53. Substance Abuse Mental Health Services Administration. National guidelines for behavioral health crisis care. Best practice toolkit [en ligne]. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services (HHS); 2020. Disponible : <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-services-executive-summary-02242020.pdf>
54. Sveticic J, Turner K, Bethi S, Krishnaiah R, Williams L, Almeida-Crasto A, et al. Short stay unit for patients in acute mental health crisis: A case-control study of readmission rates. *Asia-Pac Psychiatry*. mars 2020;12(1):e12376. DOI : 10.1111/appy.12376
55. Gouvernement du Québec. Projet de loi no 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines [en ligne]. 2009. Disponible : https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2009/2009C28F.PDF
56. Gouvernement du Québec. Projet de loi 67, Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux [en ligne]. 2024. Disponible : <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-67-43-1.html>
57. Johansson JA, Holmes D. The use of recovery model in forensic psychiatric settings: A Foucauldian critique. *Int J Ment Health Nurs*. juin 2022;31(3):752-760. DOI : 10.1111/inm.13005
58. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Unité de réadaptation en internat (URI). Répertoire des guides de planification immobilière. Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2016. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-610-08W.pdf>
59. Unité d'évaluation des technologies et moyens d'interventions en santé mentale (UETMISM). Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence. [en ligne]. Montréal (QC) : Institut universitaire en santé mentale de Montréal; 2014. Disponible : https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssmtl/files/media/document/PDF_ETMlrapportAmenagementsSecuritaires2014_CIUSSS-EMTL.pdf
60. Carpentier D. L'utilisation de caméras en salle d'isolement vue sous l'angle de la charte des droits et libertés de la personne. Valleyfield (QC); 1999.
61. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Considérer, intégrer, outiller. Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>
62. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec. Triage à l'urgence. Lignes directrices [en ligne]. 2e éd. Montréal (QC) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2019. Disponible : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
63. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Unis dans l'action. Guide d'implantation. Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2008. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-851-01.pdf>

64. Paul FA, Ganie AUR, Dar DR, Saikia P, Banerjee I. Exploring psychiatric patient restraints : Balancing safety, ethics, and patient rights in mental healthcare. *Asian J Psychiatr.* juin 2024;96:104051. DOI: 10.1016/j.ajp.2024.104051
65. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs.* juin 2018;27(3):1162–1176. DOI: 10.1111/inm.12432
66. Clarke A, Glick ID. The Crisis in Psychiatric Hospital Care: Changing the Model to Continuous, Integrative Behavioral Health Care. *Psychiatr Serv.* 1 févr 2020;71(2):165–169. DOI: 10.1176/appi.ps.201900259
67. Lawrence D, Bagshaw R, Stubbings D, Watt A. Restrictive Practices in Adult Secure Mental Health Services: A Scoping Review. *Int J Forens Ment Health.* janv 2022;21(1):68–88. <https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1887>
68. Kyou Y, Yasui-Furukori N, Hasegawa N, Ide K, Ichihashi K, Hashimoto N, et al. The characteristics of discharge prescriptions including pro re nata psychotropic medications for patients with schizophrenia and major depressive disorder from the survey of the "Effectiveness of guidelines for dissemination and education in psychiatric treatment (EGUIDE)" project. *Ann Gen Psychiatry.* 26 déc 2022;21(1):52. DOI: 10.1186/s12991-022-00429-8
69. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Syst Rev.* 3 déc 2015 [cité le 10 janv 2025];2015(12). doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5
70. Braitberg G, Gerdtz M, Harding S, Pincus S, Thompson M, Knott J. Behavioural assessment unit improves outcomes for patients with complex psychosocial needs. *Emerg Med Australas.* juin 2018;30(3):353–358. DOI : 10.1111/1742-6723.12905
71. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Plan d'action de développement durable 2023–2028 [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-733-01W.pdf>
72. Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs. Les principes du développement durable : un guide pour l'action [en ligne]. 2025. Disponible : <https://www.environnement.gouv.qc.ca/developpement/principe.htm>
73. Gouvernement du Québec. Loi sur le développement durable, RLRQ, ch. D-8.1.1 (2024), ch. II, art. 6.

LEXIQUE

Communauté

Une communauté est un groupe de personnes qui vivent bien souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Les membres ont, dans une certaine mesure, conscience de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire (1).

Coordination des soins et services

La coordination est la capacité de mettre en lien de manière synchronisée les personnes et les services afin d'accomplir un ensemble de tâches, d'assurer une offre de services cohérente centrée sur l'usagère ou l'utilisateur tout au long de la trajectoire. Elle renvoie également à la capacité de répondre aux besoins des personnes usagères et de la population, d'améliorer leur état de santé globale (physique, mentale, sociale et environnementale) et d'atteindre les objectifs de performance de l'organisation (2).

Décision partagée

« La décision partagée est une approche de soutien à la décision avec [la personne utilisatrice] largement documentée sur le plan scientifique, notamment par la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et application des connaissances. Outre la participation de [la personne], elle nécessite celle de [sa ou de] son médecin, [d'intervenantes et] d'intervenants et de [professionnelles et] professionnels. Elle a comme point de départ une décision pour laquelle des options sont possibles, y compris celle de ne rien faire. Pour prendre cette décision, des données scientifiques valides et disponibles sont présentées pour chacune des options et sont discutées en équipe pour mettre en évidence les avantages (les bénéfices) et les inconvénients (les risques) que comporte chacune d'elles. La décision tient également compte de ce qui importe le plus pour [la personne utilisatrice]. Ainsi, ses valeurs, ses attentes et ses préférences sont au cœur de cette approche. Ce processus décisionnel répond aussi aux attentes des [personnes utilisatrices] qui se trouvent dans un contexte empreint d'incertitude, notamment lorsqu'il y a peu ou pas de preuves scientifiques pour appuyer la décision » (4).

Démarche évaluative

La démarche évaluative réfère aux évaluations réservées pouvant être réalisées par les membres du personnel professionnel dans le cadre de leur champ d'exercice, et comprend également l'évaluation du trouble mental. Les évaluations réservées doivent être réalisées par les personnes professionnelles membres de leur ordre professionnel. De plus, seules certaines personnes sont habilitées à évaluer les troubles mentaux. Il revient à chaque personne intervenante ou professionnelle de s'assurer que ces activités réservées sont effectuées dans le respect du *Code des professions* et autres lois et règlements qui les encadrent. Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le document *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif* (4).

Éducation psychologique

L'éducation psychologique se définit comme « une intervention qui vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne [ou de ses proches]. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi » (4).

Gouvernance collaborative

La gouvernance collaborative est constituée des processus et des structures de prise de décision et de gestion en matière de politiques publiques qui font participer les gens de façon constructive au-delà des frontières des organismes publics, des paliers de gouvernement ou des sphères publique, privée et civique dans un objectif qui ne pourrait autrement être atteint (3).

Intégration des soins et des services

L'intégration des soins et des services repose sur une approche de santé globale en matière d'intervention auprès des personnes et des communautés. Les parties prenantes intersectorielles se dotent d'une structure qui favorise une intégration des services de santé et des services sociaux. Cette organisation de services favorise une meilleure accessibilité et continuité des services à proximité des milieux de vie au moment opportun (4).

Orientation

L'orientation sert à explorer avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solutions selon sa situation et ses besoins, de façon à répondre à ses questions. L'orientation consiste aussi à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au sein des établissements du RSSS, dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire lorsque le recours à ces services est jugé approprié (5).

Réadaptation

La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes présentant des problèmes importants de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales (6).

Référence

Mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. La référence est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique. Elle peut également être réalisée lors d'un appel téléphonique avec une intervenante ou un intervenant en charge de l'accueil (5).

Repérage

Le repérage est un processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils autoadministrés (5).

Services de proximité

Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population (3).

Traitement

Le traitement est un ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce cadre, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions (5).

Trajectoire de soins et services

La trajectoire de soins et services est une portion du parcours d'un regroupement de personnes utilisatrices ayant une condition clinique ou un profil similaire. La trajectoire intègre de manière transversale les mécanismes d'accès, les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation/d'investigation/d'orientation, de traitement, de suivi/d'accompagnement et de soutien en fin de vie. Les étapes de la trajectoire nécessitent une coordination en interdisciplinarité par les personnes utilisatrices, le personnel intervenant et professionnel et les partenaires sur le territoire de desserte (7).

