

État des connaissances sur les effets associés aux unités de soins psychiatriques barrées

NOTE DE SYNTHÈSE

Août 2015

Auteur

Jean-François Fiset, Ph.D., conseiller en évaluation des technologies, UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS

Messages clés

- Les études traitant des unités de soins psychiatriques barrées et débarrées sont de très faible qualité;
- Cette évaluation ne permet pas de mettre en lumière avec assurance les effets associés aux unités de soins psychiatriques barrées et débarrées;
- Aucune indication n'a été recensée relativement à la clientèle qui devrait être ciblée pour les unités de soins psychiatriques débarrées.

INTRODUCTION

Depuis les dernières décennies, les établissements psychiatriques à travers le monde ont progressivement évolué vers une pratique consistant à barrer systématiquement les portes d'entrée de leurs unités de soins (Muir-Cochrane et al. 2012). À titre d'exemple, notons l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal qui comprenait seulement 7 à 8 unités de soins barrées (traitement intensif) sur un total de 33 unités en 1987 (Gheorghiu 2015). Or, actuellement, une seule unité est parfois débarrée. Plusieurs raisons sont évoquées afin de justifier cette pratique. D'abord, maintenir les portes barrées permettrait un meilleur contrôle des fugues (Haglund et al. 2007; Lang et al. 2010). Du point de vue de la sécurité des patients, restreindre leurs déplacements serait une façon de prévenir la consommation de drogues et d'alcool, ainsi que les gestes à caractères dangereux, tels que l'automutilation, l'agression d'autrui et le suicide (Haglund et al. 2007). Toutefois, certains écrits scientifiques remettent en question la fermeture à clé des unités de soins psychiatriques quant aux effets qu'elle peut réellement générer (van der Merwe et al. 2009).

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation Hôtel-Dieu, les cinq unités de soins et l'urgence psychiatrique sont barrées. Ainsi, pour toute la clientèle ayant des troubles en santé mentale, incluant les sujets qui se présentent de leur propre gré et à faible risque pour leur sécurité et celle d'autrui, il leur est impossible de quitter librement l'unité de soins. Or, cette pratique ne fait pas l'unanimité dans la communauté médicale. On constate ainsi que certains centres, dont l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et l'Hôpital Charles-Le Moyne, ont des unités de soins aigus psychiatriques débarrées. Dans ce contexte, le Dr Jean-François Trudel, directeur du département de psychiatrie et chef médical du Programme-clientèle en santé mentale et M^{me} Johanne Simard, chef clinico-administratif au Programme-clientèle en santé mentale, ont demandé à l'UETMIS de répondre aux questions suivantes : devrait-on débarrer certaines unités psychiatriques? Si oui, pour quelle clientèle en particulier?

OBJECTIF DE L'ÉVALUATION

L'objectif de cette évaluation consistait à examiner les effets associés aux unités psychiatriques barrées en comparaison avec les unités psychiatriques débarrées.

MÉTHODES

Une brève revue de littérature a été mise en œuvre dans laquelle les rapports d'autres agences d'évaluation des technologies et les revues systématiques et méta-analyses déjà existantes ont été recensés. Aucune restriction pour la période de publication n'a été appliquée. La dernière date de recension était le 5 juin 2015. Les études primaires qui n'ont pas été couvertes par la plus récente revue systématique ont aussi été recensées. Les bases de données utilisées étaient : Medline (via Pubmed), Sciencedirect et Center for Reviews and Dissemination. La bibliographie des articles retenus a été examinée afin de relever d'autres références pertinentes. Un seul chercheur a effectué la recherche et l'extraction des données. La recherche était limitée aux articles publiés en français et en anglais. Les stratégies de recherches avec mots clés sont présentées en annexe. Cette brève revue de littérature incluait tous les patients séjournant en psychiatrie dans un contexte d'unités de soins barrées ou débarrées. Les résultats d'intérêts suivants ont été extraits : la prévention des fugues, des gestes dangereux (incluant l'agression d'autrui, l'automutilation et le suicide) et de la consommation de drogues et d'alcool, ainsi que les points

de vue des patients et du personnel. Une évaluation sommaire de la qualité des études a été réalisée : aucune grille spécifique n'a toutefois été utilisée.

RÉSULTATS

Dans le cadre de cette brève revue de littérature, aucun guide de pratique ou ligne directrice canadienne ou québécoise pertinent à la pratique qui consiste à barrer les portes des unités psychiatriques n'a été recensé. Notre recherche d'écrits scientifiques nous a permis de retenir une note informative de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Gheorghiu 2015), deux revues systématiques (van der Merwe et al. 2009; Stewart and Bowers 2011), une revue narrative (Chow and Priebe 2013), deux études primaires (Lang et al. 2010; Muir-Cochrane et al. 2012) et un article combinant à la fois une revue systématique et une étude primaire (Bowers et al. 2008).

Prévention des fugues

Les résultats relatifs à l'effet des unités psychiatriques barrées sur la prévention des fugues sont contradictoires. Deux études primaires nous permettent d'en arriver à cette conclusion. Dans un premier temps, les travaux de Bowers et al., qui ont réalisé une collecte de données parmi 133 unités psychiatriques d'Angleterre, ont observé que maintenir les unités barrées permettait de réduire les fugues d'environ 10 à 40%. (Bowers et al. 2008). À l'opposé, les résultats d'une étude réalisée en Allemagne mènent à une tout autre conclusion. En effet, on rapporte que 20% des patients ont fugué lorsque les unités étaient barrées, alors que ce taux a diminué à 14% lorsque ces mêmes unités ont été débarrées (différence significative, $p=0,029$) (Lang et al. 2010). Ces résultats contradictoires sont compatibles avec ceux de la revue systématique de Bowers et al. qui n'ont répertorié aucune relation entre la prévention des fugues et le statut des unités (barrées ou débarrées) (Bowers et al. 2008).

Prévention des gestes dangereux

Au-delà de la prévention des fugues, le maintien des portes barrées sur les unités psychiatriques vise à prévenir les gestes dangereux qui peuvent s'en suivre. En particulier, il est question de restreindre les déplacements à l'extérieur de l'unité afin d'empêcher les gestes suicidaires (Stewart and Bowers 2011). De façon générale, le « *Centre for Mental Health and Safety* » indique qu'en 2009, le quart des suicides survenait parmi les patients qui étaient absents de l'unité, et ce sans autorisation d'un professionnel (National Confidential Enquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness 2009). Toutefois, les données de la littérature indiquent que les suicides n'ont pas plus de risque de survenir dans un

contexte d'unités barrées ou débarrées (Bowers et al. 2008; van der Merwe et al. 2009). À noter que ces données sont basées uniquement sur deux études primaires. Finalement, les travaux de Lang et al. ont quant à eux observé aucune différence significative relativement aux taux de suicide dans un contexte d'unités barrées ou débarrées (Lang et al. 2010). En ce qui a trait aux agressions, deux études rapportent une association positive en contexte d'unités psychiatriques barrées. D'abord, les travaux de Bowers et al. indiquent une augmentation de 7-35 % de gestes d'automutilation lorsque les unités sont barrées (Bowers et al. 2008). Finalement, une seconde étude observe davantage de gestes d'agression de la part des patients envers le personnel ou les autres patients en présence d'unités psychiatriques barrées (comparativement aux mêmes unités d'un même hôpital, mais débarrées) (Lang et al. 2010). En effet, les auteurs rapportent un taux d'agression de 23 % lorsque les unités psychiatriques étaient barrées, en comparaison avec 13 % lorsque ces mêmes unités étaient débarrées ($p=0,05$).

Prévention de la consommation de drogues et d'alcool

Le rapport de Bowers et al., incluant à la fois une revue systématique de la littérature ainsi qu'une étude primaire, n'a, d'une part, recensé aucun article récent traitant de ce sujet et, d'autre part, n'a montré aucune association entre l'état des unités psychiatriques (barrées en comparaison avec débarrées) et la consommation de drogues et d'alcool (Bowers et al. 2008).

Les résultats d'intérêts présentés précédemment sont résumés au tableau 1.

Point de vue des patients

Du côté des points positifs associés aux unités psychiatriques barrées, certains patients se sentent plus en sécurité dans ce contexte. Selon eux, cela apporterait une protection contre les visiteurs non désirés susceptibles de commettre des vols ou d'introduire de l'alcool et des drogues (Bowers et al. 2008; van der Merwe et al. 2009; Muir-Cochrane et al. 2012). Par contre, certains patients soignés dans des unités psychiatriques barrées ont le sentiment d'être emprisonnés et d'avoir moins de liberté (Bowers et al. 2008; van der Merwe et al. 2009; Stewart and Bowers 2011). Selon leurs perceptions, cet environnement de soins symbolise l'exclusion sociale et contribue à la stigmatisation des soins en psychiatrie (Bowers et al. 2008). Finalement, il est de leur avis que maintenir les unités barrées ajoute du travail au personnel, puisqu'il doit constamment barrer et débarrer les portes afin de permettre aux individus autorisés de circuler librement (Bowers et al. 2008).

Tableau 1.

Prévention des fugues

- Aucune association n'est observée lorsque les unités psychiatriques barrées sont comparées à celles débarrées

Prévention des gestes dangereux

Suicide

- Les suicides n'ont pas plus de risque de se produire dans un contexte d'unités psychiatriques barrées ou débarrées

Agression d'autrui

- Davantage d'agressions sont observées lorsque les unités psychiatriques sont barrées

Automutilation

- Davantage d'automutilations sont observées lorsque les unités psychiatriques sont barrées

Prévention de la consommation de drogues et d'alcool

- Aucune association n'est observée lorsque les unités de soins psychiatriques barrées sont comparées à celles débarrées

*Précisons que ces estimations sont de très faible qualité. Voir la discussion pour plus amples détails.

Point de vue du personnel

Plusieurs opinions recueillies de la part du personnel (infirmières et gestionnaires) de psychiatrie sont en accord avec ceux émis par les patients. En effet, on rapporte que barrer les portes des unités permet d'accroître la sécurité des lieux en limitant l'accès aux visiteurs non désirés (Bowers et al. 2008; van der Merwe et al. 2009; Muir-Cochrane et al. 2012). Du point de vue de l'organisation des soins, les opinions sont plutôt partagées. D'un côté, lorsque les portes sont barrées, le personnel estime que cela leur permet de passer plus de temps avec les patients, car la porte n'a pas à être constamment surveillée (van der Merwe et al. 2009). Par contre, une unité barrée nécessite de fermer à clé et d'ouvrir souvent la porte, ce qui accroît leur tâche (Bowers et al. 2008; van der Merwe et al. 2009; Muir-Cochrane et al. 2012). Par ailleurs, maintenir les unités barrées crée un climat de travail moins agréable, puisque les patients se sentent souvent frustrés vis-à-vis cette situation (Bowers et al. 2008). Finalement, maintenir les portes barrées contribue à la stigmatisation de la psychiatrie et au déséquilibre du pouvoir du fait que les patients se sentent parfois punis (van der Merwe et al. 2009; Muir-Cochrane et al. 2012).

DISCUSSION

Les résultats issus de cette recension indiquent que les unités barrées seraient associées à davantage de gestes dangereux, en particulier l'automutilation et l'agression

d'autrui. Pour ce qui est des fugues, des suicides et de la consommation d'alcool et de drogues, nos résultats ne montrent pas de bénéfices précis au regard des unités barrées et débarrées. Bien qu'aucune grille d'évaluation spécifique n'ait été utilisée dans le cadre de cette évaluation, il est tout de même possible de constater la faible qualité des études sur lesquelles se basent ces résultats. D'abord, peu d'études ont été publiées sur le sujet et celles-ci ont été réalisées majoritairement dans un contexte de soins européens susceptible de différer du contexte estrien. En outre, plusieurs de ces études primaires retrouvées dans les revues systématiques retenues ont été réalisées dans les années soixante, soixante-dix et quatre-vingt, et donc, les résultats obtenus sont probablement peu généralisables au contexte de soins actuels en psychiatrie. Ajoutons aussi le peu d'information sur les sujets inclus dans les études (diagnostic, âge et comorbidités): cela nous empêche ainsi d'examiner la clientèle chez qui il serait justifié de débarrer les portes. Finalement, l'absence d'effet clair lié aux unités psychiatriques barrées et débarrées pourrait être due au nombre limité de sujets inclus dans les études recensées.

Pour poursuivre, nous observons aussi une grande hétérogénéité dans les études recensées. En particulier, la définition d'une fugue varie beaucoup d'un article à l'autre : il peut s'agir d'une absence de 24 heures avant d'être considéré comme une fuite, un non-retour à l'unité avant minuit ou de façon plus large, une absence variant de 1 à 72 heures. Soulignons aussi l'absence de définition de l'automutilation dans les études recensées. Par ailleurs, les études qui ont vérifié l'effet des unités psychiatriques barrées et débarrées sur les fugues ont bien souvent mis en place des mesures de prévention des fugues qui diffèrent d'un endroit à l'autre. Ainsi, il est possible que les taux de fugues rapportés dans les études ne soient pas directement liés à l'état des unités (barrées ou débarrées), mais associés (en partie ou en totalité) à l'introduction d'un programme de prévention des fugues. Cela pourrait expliquer en partie les résultats contradictoires entre les études.

Un autre paramètre important susceptible d'influencer l'effet des unités psychiatriques barrées et débarrées sur les fugues est la connaissance des patients vis-à-vis l'état des portes. Dans l'étude de Bowers et al., il est mentionné que seuls 62 % des patients connaissaient le statut de la porte, lorsque celle-ci était débarrée, alors que 91 % de ceux-ci étaient au courant lorsque la porte était barrée (Bowers et al. 2008). À ce sujet, les auteurs soulignent que le simple fait de savoir que la porte est barrée peut avoir un effet dissuasif chez les patients en leur faisant abandonner l'idée de se sauver. Il est ainsi possible dans ce contexte que le taux de fugues « réel » fût sous-estimé lorsque les portes étaient débarrées.

Au moment de terminer la rédaction de ce document, une note informative traitant du même sujet et de questions de recherche très similaires à la présente évaluation a été publiée par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Gheorghiu 2015). En effet, cette note visait, d'une part, à déterminer les avantages et inconvénients des unités fermées à clé en psychiatrie et, d'autre part, à analyser les modalités d'aménagement des unités débarrées. Mentionnons d'abord que les résultats de ces travaux sont compatibles avec ceux rapportés dans le cadre de la présente évaluation. Ensuite, les travaux de Gheorghiu soulignent le manque de données permettant de déterminer s'il faut ou pas ouvrir les portes des unités psychiatriques. Des éléments de réflexion sont évoqués afin d'assurer un rôle similaire aux portes barrées (sécurité des patients), tels que la présence du personnel, l'organisation du travail, le protocole de soins et les pratiques cliniques (Gheorghiu 2015). Pour ce qui est de leur question relative aux modalités d'aménagement des unités débarrées, l'auteur n'a recensé aucune donnée traitant de ce sujet.

CONCLUSION

En définitive, les résultats issus de notre analyse proviennent d'études de très faible qualité et ceux-ci ne permettent pas de mettre en lumière avec assurance les effets associés à l'une ou l'autre des états (barrées ou débarrées) des unités de soins en psychiatrie. Les résultats de notre analyse sont d'ailleurs compatibles avec ceux rapportés très récemment par l'UETMISM de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Dans cette optique où la littérature scientifique ne permet pas d'apporter suffisamment de données, il serait pertinent de considérer une consultation auprès des établissements du Québec qui ont adopté une politique de portes ouvertes dans leurs unités psychiatriques. Cette collecte de données dans notre contexte de soins pourrait certes fournir davantage d'information sur la possibilité de débarrer les portes et les modalités qui y sont associées.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal d'avoir transmis leur note informative qui sera publiée de façon officielle prochainement. De plus, nous remercions M^{me} Julie Cummings de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec pour la révision de ce document.

RÉFÉRENCES

Bowers, Len, Teresa Allan, Kristina Haglund, Eimear Mir-Cochrane, Henk Nijman, Alan Simpson, and Marie Van Der Merwe. 2008. *The City-128 Extension. Locked Doors in Acute Psychiatry, Outcome and Acceptability. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).*

Chow, Winnie S, and Stefan Priebe. 2013. "Understanding Psychiatric Institutionalization: A Conceptual Review." *BMC psychiatry* 13: 169.

Gheorghiu, Ionela L. 2015. "Ouvrir Ou Pas La Porte? Avantage et Désavantage de La Porte Fermée À Clé de L'unité Psychiatrique." (*UETMISM*) *Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.*

Haglund, K, E van der Meiden, L von Knorring, and L von Essen. 2007. "Psychiatric Care behind Locked Doors. A Study Regarding the Frequency of and the Reasons for Locked Psychiatric Wards in Sweden." *Journal of psychiatric and mental health nursing* 14(1): 49–54.

Lang, Undine E., Susanne Hartmann, Sandra Schulz-Hartmann, Yehonala Gudlowski, Roland Ricken, Ingrid Munk, Dorothea von Haebler, Juergen Gallinat, and Andreas Heinz. 2010. "Do Locked Doors in Psychiatric Hospitals Prevent Patients from Absconding?" *The European Journal of Psychiatry* 24(4): 199–204.

Van der Merwe, M, L Bowers, J Jones, A Simpson, and K Haglund. 2009. "Locked Doors in Acute Inpatient Psychiatry: A Literature Review." *Journal of psychiatric and mental health nursing* 16(3): 293–99.

Muir-Cochrane, Eimear, Marie van der Merwe, Henk Nijman, Kristina Haglund, Alan Simpson, and Len Bowers. 2012. "Investigation into the Acceptability of Door Locking to Staff, Patients, and Visitors on Acute Psychiatric Wards." *International journal of mental health nursing* 21(1): 41–49.

National Confidential Enquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. 2009. *Annual Report: England and Wales.* University of Manchester.

Stewart, D, and L Bowers. 2011. "Absconding and Locking Ward Doors: Evidence from the Literature." *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18(1): 89–93.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a pour mission de soutenir et conseiller les décideurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et de contribuer à la mission universitaire du CIUSS de l'Estrie - CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats.

<http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/>

ANNEXES

Stratégie de recherche Pubmed:

(open*[Title] OR close*[Title] OR lock*[Title]) AND (door*[Title] OR ward*[Title] OR hospital*[Title]) AND (psychiatr*[Title] OR mental[Title] OR inpatient*[Title] OR asylum*[Title])

Stratégie de recherche ScienceDirect:

(TITLE ("open*") OR TITLE ("close*") OR TITLE ("lock*")) AND (TITLE ("door*") OR TITLE ("ward*") OR TITLE ("hospital*")) AND (TITLE ("psychiatr*") OR TITLE ("mental") OR TITLE ("inpatient*") OR TITLE ("asylum*")).