

Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives

Emergency Department Use in Quebec for Patients with Mental Disorders, including Substance use Disorders

Marie-Josée Fleury, Marilyn Fortin, Louis Rochette, Guy Grenier, Christophe Huÿnh, Éric Pelletier, Alain Lesage et Helen-Maria Vasiliadis

Volume 43, numéro 2, automne 2018

Les banques de données médico-administratives

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1058613ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1058613ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Fleury, M.-J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huÿnh, C., Pelletier, É., Lesage, A. & Vasiliadis, H.-M. (2018). Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 127-152. <https://doi.org/10.7202/1058613ar>

Résumé de l'article

L'urgence joue un rôle de baromètre de la qualité du système de santé. Basée sur le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une cohorte de patients avec troubles mentaux (TM) incluant les troubles liés aux substances psychoactives (TLS) est décrite quant à son utilisation de l'urgence, de l'hospitalisation, incluant sa durée, et les raisons de l'utilisation de ces services en 2014-15, selon le sexe, l'âge, et la zone d'habitation, et certains résultats comparés aux patients sans TM et à ceux d'une cohorte de 2000-01. De la population québécoise, 12 % (865 255) avaient présenté des TM, et de ceux-ci 39 % visité l'urgence en 2014-15, une diminution de 6 % depuis 2000-01. Environ deux fois plus de patients avec TM que sans TM ont visité les urgences et ont été hospitalisés. Près de 17 % des patients étaient de grands ou très grands utilisateurs (>4 visites/an) de l'urgence, et 34 % avaient été hospitalisés. L'urgence était davantage utilisée par les plus de 65 ans et en milieux ruraux. Pour les TM exclusivement (sans les TLS), 68 % des visites étaient reliées aux patients avec des troubles anxio-dépressifs ; pour un TLS exclusivement, 51 % à l'alcool. Les maladies physiques étaient la principale raison des visites à l'urgence et d'hospitalisation, mais plus les patients présentaient des TM sévères et visitaient fréquemment les urgences, plus les visites étaient reliées aux TM. Cette étude relève l'importance de l'utilisation de l'urgence et de l'hospitalisation des patients avec des TM, exposant ainsi l'intérêt d'améliorer l'accès et la continuité des services pour ces patients.

Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives

Marie-Josée Fleury^a

Marilyn Fortin^b

Louis Rochette^c

Guy Grenier^d

Christophe Huynh^e

Éric Pelletier^f

Alain Lesage^g

Helen-Maria Vasiliadis^h

-
- a. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - b. Ph. D., Stagiaire postdoctorale, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - c. M. Sc., Statisticien, Institut national de santé publique du Québec.
 - d. Ph. D., Professionnel de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - e. Ph. D., Chercheur, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; professeur associé, Département de psychiatrie et d'addictologie, École de psychoéducation, Université de Montréal.
 - f. M. Sc, Chef de secteur, Institut national de santé publique du Québec.
 - g. Professeur titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal; chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
 - h. Ph. D, Professeure agrégée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; chercheure, Centre de recherche Charles-Le Moyné – Saguenay – Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé (CR-CSIS).

RÉSUMÉ L'urgence joue un rôle de baromètre de la qualité du système de santé. Basée sur le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une cohorte de patients avec troubles mentaux (TM) incluant les troubles liés aux substances psychoactives (TLS) est décrite quant à son utilisation de l'urgence, de l'hospitalisation, incluant sa durée, et les raisons de l'utilisation de ces services en 2014-15, selon le sexe, l'âge, et la zone d'habitation, et certains résultats comparés aux patients sans TM et à ceux d'une cohorte de 2000-01. De la population québécoise, 12% (865 255) avaient présenté des TM, et de ceux-ci 39% visité l'urgence en 2014-15, une diminution de 6% depuis 2000-01. Environ deux fois plus de patients avec TM que sans TM ont visité les urgences et ont été hospitalisés. Près de 17% des patients étaient de grands ou très grands utilisateurs (>4 visites/an) de l'urgence, et 34% avaient été hospitalisés. L'urgence était davantage utilisée par les plus de 65 ans et en milieux ruraux. Pour les TM exclusivement (sans les TLS), 68% des visites étaient reliées aux patients avec des troubles anxio-dépressifs; pour un TLS exclusivement, 51% à l'alcool. Les maladies physiques étaient la principale raison des visites à l'urgence et d'hospitalisation, mais plus les patients présentaient des TM sévères et visitaient fréquemment les urgences, plus les visites étaient reliées aux TM. Cette étude relève l'importance de l'utilisation de l'urgence et de l'hospitalisation des patients avec des TM, exposant ainsi l'intérêt d'améliorer l'accès et la continuité des services pour ces patients.

MOTS CLÉS utilisation des urgences, hospitalisation, troubles mentaux (TM), troubles liés aux substances psychoactives (TLS), grands utilisateurs

Emergency Department Use in Quebec for Patients with Mental Disorders, including Substance use Disorders

ABSTRACT Objectives This study investigated emergency department (ED) use, reasons for emergency visits, hospitalization rates, and duration of hospitalization in 2014-15 for a cohort of patients with mental disorders (MDs) including substance use disorders (SUDs), regarding sex, age and residential areas. Results were compared with data from patients without MDs for 2014-15, and with another cohort from 2000-01, which marked the beginning of primary care reform in Quebec and elsewhere, with the aim of measuring ED use over time.

Methods Based on data from the Quebec Integrated Chronic Disease Surveillance System (QICDSS), participants included patients age 12 and over, diagnosed with at least one MD (or SUD) during an ED visit, hospitalization, or outpatient consultation in 2014-15 and 2000-01. Frequency distributions for ED visits and hospitalizations were produced, as well as for MDs or SUDs exclusively, or for co-occurring MDs-SUDs, and among high or very high ED users (4 to 11 visits/year, ≥12 visits/year), by gender, age (12-17, 18-24, 25-44, 45-64, and 65 and over) and residential area (Montreal, urban areas: >100,000, semi-urban areas: <100,000, and rural areas: <10,000). The age-standardized method based on the age structure of the 2014-15

population was used to compare data from 2014-15 to 2000-01. Frequency distributions for patients with and without MDs, and on ED and hospitalization rates were also produced for 2014-15.

Results For the Quebec population, 12% had MDs including SUDs, of whom 39% had visited an ED, a decrease of 6% since 2000-01. Approximately twice as many patients with MDs had ED visits or hospitalizations, compared to patients without MDs. Nearly 17% of patients were high or very high ED users; and 34% were hospitalized. ED use was higher among patients 65 years and older, and those living in rural areas. Sixty-eight percent of ED visits for MDs exclusively were made by patients affected by anxiety-depression; whereas 51% of visits for SUDs exclusively were alcohol-related. Physical illnesses were the main reason for ED visits and hospitalizations; yet patients with severe MDs, co-occurring MDs and SUDs as well as those with more frequent ED visits tended to use EDs more for MD reasons.

Conclusion This study demonstrated a very high volume of ED visits and hospitalizations among patients with MDs, including SUDs, compared to patients without MDs. Co-occurring disorders, especially physical conditions and multiple and severe MDs, contributed to frequent ED use and hospitalizations. Better care management, including more comprehensive personal care, for patients with MDs including SUDs and co-occurring disorders is needed, as well as the deployment of strategies that provide integrated mental health and medical care, particularly in Montreal where ED use by patients with predominantly severe and co-occurring MDs and physical illnesses, is more frequent.

KEYWORDS emergency department (ED) use, hospitalization, mental disorders (MDs), substance use disorders (SUDs), high users

Les services d'urgence hospitaliers jouent un rôle de baromètre de la qualité du système de santé^{1,2}. Ils sont les premiers lieux utilisés par les patients lorsqu'ils sont en état de crise et les derniers lieux lorsque les autres ressources ont été épuisées³. Les études démontrent que la plupart des pays développés ont des problèmes d'engorgement des salles d'urgence^{2,4-7}. Depuis le début des années 1990, 18 % à 23 % des adultes nord-américains visiteraient l'urgence annuellement^{8,9}. Les visites à l'urgence auraient augmenté de 9 % aux États-Unis de 2006 à 2011¹⁰, et de 6 % au Canada de 2005 à 2011⁷. Au Québec, 2,8 millions de visites auraient été effectuées à l'urgence en 2016-17, soit 1,3 % de plus de visites par rapport à 2014-15¹¹. Pour une part importante de la population, l'urgence est ainsi devenue la porte d'entrée aux services¹² et l'alternative aux soins de première ligne¹³.

Les enjeux d'accès aux soins sont particulièrement importants pour les personnes avec troubles mentaux (TM) incluant les troubles liés aux substances psychoactives (TLS), réputées être de « grands utilisateurs » de l'urgence¹⁴⁻¹⁶. Selon des études canadiennes et américaines, de 4 % à 12 % des visites à l'urgence seraient effectuées pour raison de TM¹⁷⁻¹⁹. Au Québec, ces visites s'établissent à 6 % pour 2016-17¹¹. Depuis la fin des années 2000, l'utilisation de l'urgence pour raison de TM en Amérique du Nord aurait augmenté de 4 % à 15 %^{12,20}, démontrant une difficulté croissante du système à répondre aux besoins^{21,22}.

L'utilisation de l'urgence pour TM varie en fonction de certaines caractéristiques telles que le sexe, l'âge, le diagnostic du patient et les zones d'habitations^{19,23,24}. Parmi les individus ayant exclusivement un TLS, les hommes utiliseraient l'urgence deux fois plus que les femmes ; à l'inverse, lorsque les individus ont exclusivement un TM, ce sont davantage les femmes et les personnes âgées de plus de 45 ans¹⁹. Certaines études ont relevé un achalandage à l'urgence pour TM plus important en milieux urbains comparativement aux territoires moins peuplés^{23,24}, particulièrement pour les troubles anxieux¹⁹. L'utilisation de l'urgence serait plus fréquente pour les TM sévères tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires, ou les crises suicidaires^{11,18}. Une étude portant sur la population schizophrénique du Québec avec TLS concomitants a démontré que 72 % de ceux-ci avaient utilisé l'urgence au moins une fois en 2006-07²⁵.

Les patients avec TM sont aussi souvent hospitalisés. En 2012 aux États-Unis, on estimait à 32 % la proportion de patients hospitalisés pour raison de TM²⁶; et selon une recension systématique des écrits, ce pourcentage varie de 8 % à 27 %, comparé à entre 6 % et 16 % pour l'hospitalisation de soins généraux¹⁸. Au Québec, 20 % des visites à l'urgence pour TM ont nécessité une hospitalisation en 2016-17¹¹. Les hommes seraient plus souvent hospitalisés pour des TLS, les femmes pour TM exclusivement²⁶, et les patients plus âgés pour TM incluant TLS²⁷. Les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les TLS à l'alcool nécessiteraient plus d'hospitalisations²⁶; et l'hospitalisation des patients avec TM serait 38 % plus longue que pour ceux sans TM selon une étude américaine récente²⁶.

Les patients avec TM contribuent ainsi significativement à l'engorgement de l'urgence, aux admissions hospitalières et à leur durée. Or, à notre connaissance, aucune étude n'a été conduite sur une cohorte populationnelle au Québec avec TM, considérant les visites à l'urgence, l'hospitalisation et sa durée, et distinguant les raisons de l'utilisation

de ces services. De plus, les études populationnelles incluant de grands échantillons s'intéressent peu à l'utilisation de l'urgence^{28,29}. Cette étude est ainsi originale, visant à dresser un portrait de l'utilisation de l'urgence au Québec des patients avec TM, y compris l'hospitalisation, ainsi que des raisons associées aux visites à l'urgence et à l'hospitalisation en 2014-2015, selon le sexe, l'âge, et la zone d'habitation. Certains résultats de 2014-15 seront aussi comparés à ceux des patients sans TM, ainsi qu'à ceux d'une seconde cohorte de patients avec TM, recrutés en 2000-01, année marquant le début des réformes des soins primaires au niveau international et au Québec^{30,31}, afin de cerner l'évolution de l'utilisation de l'urgence.

Méthodologie

Les données de cette étude proviennent du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), permettant le suivi de cohortes populationnelles prospectives, représentatives de la population québécoise. Du SISMACQ, les fichiers d'inscription des personnes assurées (FIPA) administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de rémunération des paiements à l'acte de la RAMQ, et des hospitalisations MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) ont été utilisés. Dans l'étude, la cohorte inclut les personnes de 12 ans et plus, ayant reçu au moins une fois un diagnostic de TM (incluant les TLS) par un médecin à l'urgence ou hors urgence, au cours de l'année financière du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, basé sur la RAMQ ou comme raison principale ou secondaire dans MED-ÉCHO. La cohorte de comparaison inclue la même définition de cas, mais est extraite en 2000-01. Les diagnostics sont codés selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies dans RAMQ, et de la dixième révision pour MED-ÉCHO. Soutenus par de précédents travaux^{25,29,30,32}, les TM correspondent aux troubles : anxio-dépressifsⁱ, de la personnalitéⁱⁱ, schizophréniquesⁱⁱⁱ, du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)^{iv} et autres

i. (296.0; 296.2; 296.9; 300; 311.9; F30.0; F32.1-F32.5; F32.9; F33.0-F32.3; F32.9; F33.0-F33.3; F33.41-F33-42; F34.1; F34.8; F39; F40-F48; F68)

ii. (301; F60; F070; F340; F488; F61)

iii. (295; 297; 298; F20-F25; F28-F29; F32.3; F33.3; F44.89)

iv. (314; F90.0)

troubles (p. ex. démence sénile forme simple, psychose non organique^v; excluant les TLS), soit d'un à cinq TM pour un même patient. Les TLS regroupent: les TLS-Alcool (TLS-A)^{vi}, les TLS-drogues^{vii} (TLS-D) et les TLS-AD à la fois. Les troubles concomitants sont reliés aux combinaisons des diagnostics reçus en 2014-15 ou en 2000-01 par un même patient: TM-TLS, TM-MP (maladie physique), TLS-MP, et TM-TLS-MP. Les raisons des visites à l'urgence et des hospitalisations sont reliées aux MP (p. ex. diabète, hypertension, asthme, maladies cardio-vasculaires), TM ou TLS exclusivement, TM-TLS concomitants, ou autres combinaisons de troubles concomitants. Les grands et très grands utilisateurs de l'urgence incluent les patients ayant effectué soit de 4 à 11 visites, soit 12 visites ou plus pour une année^{39,40}. Une seule visite à l'urgence est comptabilisée par un même patient dans une période de 48 heures. Les chirurgies d'un jour ont été exclues du dénombrement des hospitalisations, mais non les autres types d'hospitalisations comme celles de réadaptation.

Après avoir extrait et jumelé les données des fichiers du SISMACQ, la sélection des patients avec TM, pour les cohortes de 2014-15 et 2000-01, a été réalisée en se basant sur la définition de cas, citée plus haut. Des distributions de fréquence (visites et hospitalisation) ont ensuite été produites selon les diagnostics de TM et TLS exclusivement, de TM-TLS concomitants, par diagnostics de TM ou TLS et pour les grands et très grands utilisateurs de l'urgence, tenant compte du sexe (hommes, femmes), de l'âge (12-17 ans, 18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus) et des zones d'habitation (régions métropolitaines de recensement: Montréal; milieux urbains: >100 000 habitants; milieux semi-urbains: <100 000 habitants; milieux ruraux: <10 000 habitants). Les données (moyenne, fréquence cumulée) sont agrégées par patient, incluant s'il y a lieu ses divers diagnostics ou raisons de

v (290; 291; 293; 302; 307; 310; 312; 315l 317-319; 571.0-571.3; F00-F09; F17; F38; F39; F50-F59; F61-F69; F70-F79l F80-F89; F-F99)

vi (291; 303; 305; 357.5; 425.5; 535.3; 571.0-571.3; 980.0-980.1; 980.8-980.9; F10.1-F10.3; F10.9; K70.0-K70.4; K70.9; G62.1; I42.6; K29.2; K85.2; K86.0; E24.4; G31.2; G72.1; O35.5; F10.0l T51.0; T51.1; T51.8; T51.9)

vii (292; 340.0-304.9; 305.02-305.7; 305.9; 965.0; 965.8; 967.0; 967.8; 967.9; 964.4-964.9; 970.8; 982.0; 982.8; F11.1; F12.1; F13.1; F14.1; F15.1; F16.1; F18.1; F19.1; F11.2; F12.2; F13.2; F14.2; F15.2; F16.2; F18.2; F19.2; F12.3; F13.2; F14.2; F15.2; F16.2; F18.2; F19.2; F11.3-F11.9, F12.3-F12.9, F13.3-F13.9, F14.3-F14.9, F15.3-F15.9, F16.3-F16.9, F18.3-F18.9, F19.3-F19.9; F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F18.0, F19.0, T40, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.5, T43.7-T43.9, T50.9, T52.8, T52.9)

visite lors de plusieurs utilisation de l'urgence ou hospitalisation dans une même année. Les différences relatives^{viii}, visant à comparer les résultats de 2014-15 à 2000-01, tiennent compte du vieillissement de la population. Elles sont effectuées à partir de la méthode de standardisation directe selon l'âge; les données de 2000-01 sont ainsi pondérées selon la structure d'âge de la cohorte de 2014-15. Des distributions de fréquence chez les utilisateurs de l'urgence avec TM versus sans TM ainsi qu'hospitalisés en 2014-15 ont enfin été réalisées, afin de comparer ces deux groupes de patients quant à leur utilisation de l'urgence.

Résultats

Utilisation de l'urgence

Au total, 865 255 patients ont présenté un TM en 2014-15, ce qui représente un peu plus de 12 % des patients inscrits à la RAMQ. Parmi eux, 39 % ont visité l'urgence (diminution de 6 % depuis 2000-01), soit près de deux fois plus que les patients sans TM (22 %) (**Tableau 1**). La fréquence des visites à l'urgence des patients avec TM était de 2,3 contre 1,7 chez les patients sans TM. Les patients de 65 ans et plus sont ceux ayant le plus visité l'urgence (51 %), suivi des 18-24 ans (45 %). Plus de 16 % des patients avec TM ayant visité les urgences étaient de grands utilisateurs (6,0 visites en moyenne), représentant 43 % des visites à l'urgence (données non rapportées [DNR]), et près de 1 % de très grands utilisateurs (16,7 visites en moyenne), représentant 6 % des visites à l'urgence (DNR).

Les patients avec TM exclusivement représentaient 79 % de l'ensemble des visites à l'urgence pour TM ou TLS en 2014-15, avec une fréquence moyenne de 2,1 visites (**Tableau 2**). Près de 70 % des visites avec TM exclusivement étaient attribuables aux patients avec des troubles anxio-dépressifs. La fréquence des visites à l'urgence était néanmoins plus élevée chez les patients diagnostiqués avec un trouble de la personnalité ou la schizophrénie (plus de 3 visites). Les patients ayant deux diagnostics de TM (excluant les TLS) représentaient 60 % des visites à l'urgence. Parmi l'ensemble des visites à l'urgence pour TM ou TLS, les patients avec TLS exclusivement ne représentaient que 3 % des visites avec une fréquence de 2,6 consultations. Les visites à

viii. Les différences relatives correspondent aux valeurs de l'année 2014-15 moins les valeurs de l'année 2000-01 divisées par les valeurs de 2000-01, et multipliées par 100 pour obtenir la valeur en %.

TABLEAU 1

Utilisation de l'urgence chez les patients de 12 ans et plus avec des troubles mentaux (TM) en 2014-15, grands et très grands utilisateurs parmi les utilisateurs de l'urgence et comparaison avec l'année 2000-01

	N (ind.) (dénom.)	% (ind.) (IC 95 %)	Freq. moy. (IC 95 %)	Différence relative 2014-2015 avec 2000-01 (%) ^{c,d}
Patients sans TM	1 545 490 (7 092 657)	21,79 (21,72-21,86)	1,65 (1,65-1,65)	-1,00
Patients avec TM	341 030 (865 255)	39,41 (39,25-39,58)	2,27 (2,26-2,28)	-6,00
Femmes	198 715 (509 765)	38,98 (38,77-39,17)	2,24 (2,23-2,25)	4,00
Hommes	142 320 (355 490)	40,03 (39,78-40,29)	2,31 (2,30-2,32)	-3,00
12-17 ans	19 535 (65 150)	29,98 (29,34-30,63)	1,77 (1,74-1,79)	-1,00
18-24 ans	30 280 (67 825)	44,64 (44,08-45,20)	2,21 (2,19-2,24)	-28,00
25-44 ans	89 495 (240 335)	37,24 (36,92-37,56)	2,19 (2,17-2,20)	-7,00
45-64 ans	98 690 (288 415)	34,22 (33,92-34,52)	2,21 (2,19-2,22)	-1,00
65 ans et plus	103 040 (203 530)	50,63 (50,32-50,93)	2,51 (2,50-2,53)	2,00
Grands utilisateurs ^a	55 129 (341 030)	16,17 (15,86-16,48)	6,01 (5,98-6,04)	-1,00
Femmes	31 522 (198 715)	15,86 (15,46-16,48)	5,93 (5,89-5,96)	4,00
Hommes	23 607 (142 320)	16,59 (16,11-17,07)	6,12 (6,07-6,17)	1,00
12-17 ans	1 633 (19 535)	8,36 (7,06-9,80)	5,45 (5,33-5,58)	-35,00
18-24 ans	4 524 (30 280)	14,94 (13,91-16,01)	6,05 (5,94-6,16)	-12,00
25-44 ans	12 965 (89 495)	14,49 (13,89-15,10)	6,18 (6,11-6,24)	-7,00
45-64 ans	14 565 (98 690)	14,76 (14,19-15,34)	6,23 (6,17-6,30)	4,00
65 ans et plus	21 442 (103 040)	20,81 (20,27-21,36)	5,79 (5,75-5,83)	14,00

Très grands utilisateurs ^b	2 759 (341 030)	0,81 (0,37-1,32)	16,72 (16,44-16,99)	-15,00
Femmes	1 471 (198 715)	0,74 (0,46-1,59)	16,33 (16,00-16,67)	-21,28
Hommes	1 288 (142 320)	0,91 (0,46-1,59)	17,16 (16,71-17,60)	-12,50
12-17 ans	48 (19 535)	0,24 (0,18-0,32)	15,93 (14,24-17,64)	-47,82
18-24 ans	230 (30 280)	0,76 (0,07-2,93)	17,38 (16,28-18,48)	-21,65
25-44 ans	790 (89 495)	0,88 (0,35-1,81)	17,20 (16,66-17,74)	-25,42
45-64 ans	937 (98 690)	0,95 (0,43-1,80)	17,05 (16,56-17,53)	-2,06
65 ans et plus	754 (103 040)	0,73 (0,25-1,64)	15,62 (15,19-16,11)	-6,41

^a Entre quatre et onze visites dans l'année.

^b Douze visites ou plus aux urgences dans l'année.

^c Données pondérées selon l'âge.

^d Les différences relatives correspondent aux valeurs finales (années 2014-15) moins les valeurs initiales (années 2000-01) divisées par les valeurs initiales (années 2000-01), et multipliées par 100 pour obtenir la valeur en %.

l'urgence étaient plus élevées pour les TLS-A (51 %), mais la fréquence des visites était plus élevée pour les TLS-AD (5,4 visites). Les TM-TLS concomitants ont impliqué 18 % des visites à l'urgence pour une moyenne de 3,3 consultations. La plupart des diagnostics de TM ou TLS exclusivement ont impliqué une hausse d'utilisation des urgences en 2014-15, comparativement à 2000-01, mais surtout pour le TDAH (471 %)^{ix}.

ix. L'augmentation relative de l'utilisation de l'urgence chez les patients avec TDAH est particulièrement élevée entre les années 2000-01 et 2014-15, mais diminue à travers les années. Par exemple, l'augmentation relative entre 2003-04 et 2014-15 est de 280 %, de 205 % entre 2005-06 et 2014-15, mais de seulement 29 % entre 2012-13 et 2014-15 (données pondérées selon l'âge).

TABLEAU 2

Utilisation de l'urgence chez les patients avec des troubles mentaux (TM) ou troubles liés aux substances psychoactives (TLS) exclusivement, TM-TLS concomitants, par diagnostics et selon le nombre de TM exclusivement en 2014-15 et comparaison avec l'année 2000-01

	N (ind.) ^f	N (visites) (dénom.)	% des visites (IC 95 %) ^g	Freq moy (IC 95 %)	Différence relative 2014-2015 avec 2000-01(%) ^g
TM exclusivement	290 998	614 677 (773 716)	79,44 (79,34-79,55)	2,11 (2,11-2,12)	-2,00
TLS exclusivement	8 351	22 051 (773 716)	2,85 (2,63-3,08)	2,64 (2,59-2,69)	37,00
TM-TLS concomitants	41 555	136 988 (773 716)	17,70 (17,50-17,91)	3,30 (3,26-3,34)	19,00
Diagnostics TM exclusivement ^a					
Schizophrénie	17 087	53 118 (700 778)	7,58 (7,36-7,81)	3,10 (3,05-3,16)	7,00
TP ^b	19 863	69 908 (700 778)	9,98 (9,75-10,20)	3,52 (3,46-3,58)	20,00
TDAH ^c	14 390	25 206 (700 778)	3,60 (3,37-3,83)	1,75 (1,73-1,78)	471,00
Anxio-dépressif	207 887	473 720 (700 778)	67,60 (67,47-67,73)	2,28 (2,27-2,29)	-15,00
Autres troubles ^d	80 277	175 905 (700 778)	25,10 (24,90-25,30)	2,19 (2,28-2,20)	28,00
Diagnostics TLS					
Alcool – TLS-A	28 252	82 086 (159 583)	51,44 (51,10-51,78)	2,91 (2,87-2,94)	-7,00
Drogues – TLS-D	16 601	49 448 (159 583)	30,98 (30,58-31,40)	2,98 (2,93-3,02)	2,00
Alcool et drogues concomitants – TLS-AD	5 179	28 049 (159 583)	17,58 (17,13-18,03)	5,41 (5,25-5,58)	26,00
Nombre de TM exclusivement ^e					
1	95 388	225 349 (700 778)	32,16 (31,96-32,35)	2,36 (2,35-2,38)	33,00
2	200 050	419 686 (700 778)	59,89 (59,74-60,03)	2,10 (2,09-2,11)	-11,00
3	16 740	51 165 (700 778)	7,30 (7,08-7,53)	3,06 (3,00-3,11)	-5,00
4 et 5	1 124	4 578 (700 778)	0,65 (0,44-0,93)	4,07 (3,84-4,30)	-15,00

^a Les TM correspondent à des groupes non exclusifs. Les individus peuvent donc être dans plus d'une catégorie. Les TM excluent ici les troubles liés aux substances psychoactives (TLS).

^b Trouble de la personnalité.

^c Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

^d TM sans les troubles liés aux substances psychoactives (TLS), p. ex. démence sénile, forme simple, de psychose non organique, forme dépressive, de réaction dépressive brève, et de symptômes spéciaux ou syndrome, non classés ailleurs.

^e Nombre de diagnostics de TM, et excluant les TLS.

^f Données pondérées selon l'âge.

^g Les différences relatives correspondent aux valeurs finales (années 2014-15) moins les valeurs initiales (années 2000-01) divisées par les valeurs initiales (années 2000-01), et multipliées par 100 pour obtenir la valeur en %.

Hospitalisations et durée des hospitalisations

Parmi les patients avec TM ayant visité l'urgence en 2014-15 (**Tableau 3a**), 34 % ont été hospitalisés (diminution de 7 % depuis 2000-01 – DNR) pour une durée moyenne de 16 jours. Chez les patients sans TM, 20 % ont été hospitalisés pour une durée d'hospitalisation deux fois moindre. Près de 37 % des hommes avec TM ont été hospitalisés, et 34 % des femmes. Des patients avec TM, c'est parmi le groupe d'âge des 65 ans et plus que l'hospitalisation était la plus importante (57 %) ainsi que la durée de l'hospitalisation, soit de 19 jours. Le deuxième groupe d'âge le plus hospitalisé était les 44-65 ans (30 %, 14 jours); les 12-17 ans présentaient le taux le plus bas d'hospitalisation (18 %, 10 jours) (DNR). Parmi les grands utilisateurs de l'urgence, 58 % ont été hospitalisés au moins une fois (hommes: 63 %; femmes: 56 %), pour une durée d'hospitalisation de 12 jours. Chez les très grands utilisateurs, 73 % ont été hospitalisés au moins une fois (hommes: 76 %; femmes: 70 %), pour une durée d'hospitalisation de 8 jours. Au total, chez les patients avec TM, les grands utilisateurs ont contribué à 25 %, et les très grands utilisateurs à 21 % des hospitalisations de la cohorte en 2014-15 (DNR).

Des patients avec TM exclusivement (**Tableau 3b**), 20 % ont été hospitalisés pour une durée moyenne de 15 jours. Des patients avec

TABLEAU 3A

Taux d'hospitalisation et durée moyenne des séjours pour l'ensemble des patients sans troubles mentaux (TM), l'ensemble des patients avec TM, grands et très grands utilisateurs avec TM, et selon le sexe en 2014-15

	Total des participants			Femmes			Hommes		
	N (ind. hosp.) ^a	% (ind. hosp.) (IC 95 %) ^b	Durée de l'hosp.	N (ind. hosp.) ^a	% (ind. hosp.) (IC 95 %)	Durée de l'hosp.	N (ind. hosp.) ^a	% (ind. hosp.) (IC 95 %)	Durée de l'hosp.
Patients sans TM	240 285	18,21 (18,13-18,28)	8,42	133 885	21,19 (20,97-21,41)	8,33	106 405	18,50 (18,26-18,73)	8,52
Patients avec TM	119 745	31,65 (31,46-31,83)	16,89	65 865	33,15 (32,79-33,51)	16,43	5 3880	37,85 (37,44-38,26)	17,44
Grands utilisateurs avec TM	32 560	52,11 (51,49-52,75)	12,38	17 569	55,74 (55,01-56,48)	12,38	14 731	63,49 (62,71-64,26)	12,37
Très grands utilisateurs avec TM	2 019	71,62 (68,27-76,45)	8,23	1 032	70,16 (67,26-72,94)	8,33	987	75,93 (73,86-79,24)	8,12

^a Nombre d'individus hospitalisés dans la catégorie au moins une fois dans l'année parmi l'ensemble des patients ayant visité les urgences.

^b Données pondérées selon l'âge en utilisant la structure d'âge du Québec en 2014.

TABLEAU 3B

Taux d'hospitalisation et durée moyenne des séjours chez les patients ayant des troubles mentaux (TM) exclusivement, des troubles liés aux substances psychoactives (TLS) exclusivement, des TM-TLS concomitants, et par diagnostics selon le sexe en 2014-15

	Total des participants			Femmes			Hommes		
	N (hosp.) ^f	% hosp. (IC 95 %) ^a	Durée de l'hosp.	N (hosp.) ^f	% hosp. (IC 95 %) ^a	Durée de l'hosp.	N (hosp.) ^f	% hosp. (IC 95 %) ^a	Durée de l'hosp.
TM exclusivement	122 835	19,98 (19,76-20,21)	14,95	73 423	19,12 (18,83-19,40)	14,65	49 412	21,43 (21,07-21,79)	15,44
TLS exclusivement	12 196	55,31 (54,42-56,19)	9,75	3 279	53,65 (51,92-55,37)	10,30	8 917	55,94 (54,91-56,98)	9,54
TM-TLS concomitants	45 266	32,91 (32,47-33,34)	14,44	18 853	34,03 (33,35-34,71)	14,43	26 413	32,15 (31,59-32,72)	14,44
Diagnostics TM ^a									
Schizophrénie	18 678	35,16 (34,48-35,85)	19,87	7 955	34,60 (33,55-35,66)	19,65	10 723	35,59 (34,69-36,51)	20,04
Tp ^b	17 453	24,97 (24,32-25,61)	12,73	9 853	23,84 (23,00-24,70)	12,25	7 600	26,59 (25,60-27,60)	13,35
TDAH ^c	2 091	8,29 (7,15-9,56)	7,78	991	8,04 (6,42-9,91)	7,79	1 100	8,55 (6,96-10,36)	7,76
Anxio-dépressif	83 110	17,54 (17,29-17,80)	12,48	47 587	16,26 (15,93-16,59)	12,15	35 523	19,63 (19,22-20,05)	12,91
Autres troubles ^d	52 195	29,67 (29,28-30,07)	16,06	30 571	29,30 (28,79-29,82)	16,43	21 624	30,21 (29,60-30,83)	15,54
Diagnostics TLS ^e									
Alcool – TLS-A	32 575	39,68 (39,15-40,22)	13,79	11 935	38,76 (37,88-39,64)	14,99	20 640	40,24 (39,82-40,66)	13,10
Drogues – TLS-D	14 569	29,46 (28,72-30,21)	12,05	6 679	30,37 (29,27-31,49)	11,43	7 890	28,74 (28,20-29,27)	12,57
Alcool et drogues concomitants – TLS-AD	8 479	30,22 (29,25-31,22)	10,44	2 756	31,54 (29,81-33,32)	10,22	5 723	29,63 (28,99-30,27)	10,55

^a Maladies physiques exclusivement.

^b Troubles mentaux exclusivement.

^c Troubles liés aux substances psychoactives exclusivement.

^d Les dénominateurs sont le nombre de visites totales à l'urgence chez les patients avec troubles mentaux (865 255), les grands utilisateurs (331 375) et les très grands utilisateurs (46 126). Pour les pourcentages d'hospitalisation, les dénominateurs sont les individus avec les diagnostics au total, hommes et femmes, grands et très grands utilisateurs.

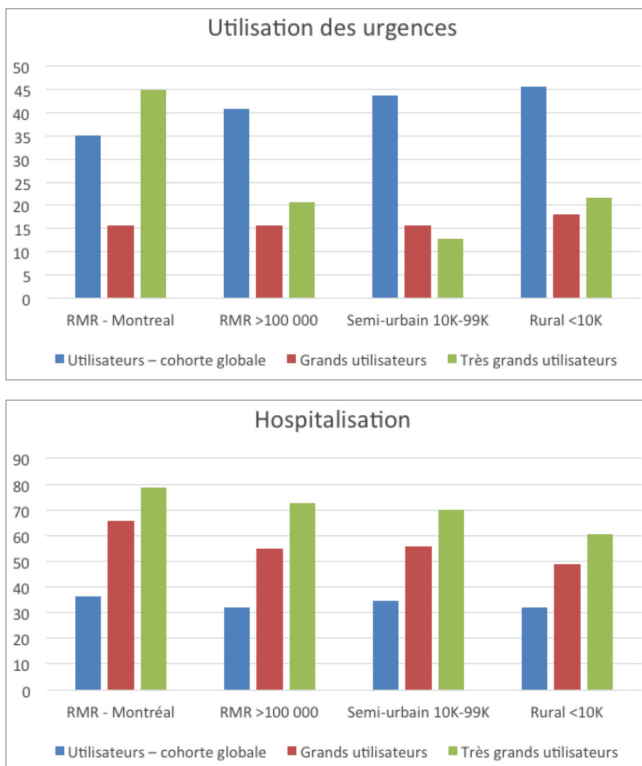
TLS exclusivement et des TM-TLS concomitants, les taux d'hospitalisation étaient respectivement de 53 % et 33 %, pour une durée d'hospitalisation de 10 et 14 jours. La schizophrénie et les TLS-A ont impliqué plus d'hospitalisations (35 % et 40 %), pour une durée de séjour plus longue que les autres diagnostics (20 et 14 jours).

Utilisation de l'urgence et hospitalisations selon les zones d'habitation

Des patients avec TM en 2014-15, l'utilisation de l'urgence était plus élevée dans les milieux ruraux (46 %) et plus basse à Montréal (35 %) (**Figure 1**). La fréquence d'utilisation était également plus élevée en

FIGURE 1

Taux d'utilisation de l'urgence et d'hospitalisations chez les patients avec des troubles mentaux (TM), grands (4 à 11 services/année) et très grands utilisateurs des urgences (12 services et plus/année) selon la zone d'habitation en 2014-15 (N = 865 255)



K = 1 000 habitants.

milieux ruraux qu'à Montréal, soit de 2,4 visites contre 2,2 (DNR). Une plus grande proportion de grands utilisateurs se retrouvait dans les milieux ruraux (18 %) qu'à Montréal (16 %), tandis que les très grands utilisateurs se trouvaient principalement à Montréal (45 %). C'est aussi à Montréal que le taux d'hospitalisation chez les patients avec TM était le plus élevé avec 36 %, ainsi que le nombre moyen de jours d'hospitalisation, soit de 18 jours, contre 13 jours dans les milieux ruraux (DNR). Chez les grands utilisateurs, le taux d'hospitalisation était aussi plus élevé à Montréal (66 %), et plus bas dans les milieux ruraux (49 %). Le taux d'hospitalisation était toujours plus élevé à Montréal (79 %) chez les très grands utilisateurs, et plus bas dans les milieux ruraux (61 %).

Raisons des visites à l'urgence et des hospitalisations

Les maladies physiques (MP) étaient la principale raison des visites à l'urgence chez les patients avec TM (77 %), la seconde étant pour TM exclusivement (12 %) et la troisième pour MP-TM exclusivement (7 %) (**Tableau 4**). Lorsqu'un patient effectuait deux visites en moyenne à l'urgence dans l'année, les raisons des visites étaient pour MP dans 64 % des cas et pour MP-TM exclusivement dans 26 %. Pour une fréquence moyenne de trois visites par année, les raisons des visites étaient pour MP dans 48 % des cas et 37 % pour MP-TM exclusivement (DNR). Le taux d'hospitalisation était plus élevé lorsqu'associé à des raisons à la fois de MP-TLS (47 %). Chez les grands utilisateurs, les MP représentaient aussi la première raison des visites à l'urgence (77 %), suivies des TM exclusivement (11 %) et des MP-TM exclusivement (7 %); chez les très grands utilisateurs, les principales raisons étaient les MP-TM-TLS (40 %) et les MP-TLS (39 %). Chez les grands et très grands utilisateurs, le taux d'hospitalisation était plus élevé pour les MP-TLS (42 % et 31 % respectivement).

TABLEAU 4

Raisons des visites à l'urgence et des hospitalisations chez les patients avec des troubles mentaux (TM), selon le sexe, et selon le fait d'être grands et très grands utilisateurs des urgences en 2014-15^d

			Femmes		Hommes		Grands utilisateurs		Très grands utilisateurs	
	% (IC 95 %) (N visites)	Hosp, (%) (IC 95 %)	% (IC 95 %) (N visites)	Hosp,(%) (IC 95 %)	% (IC 95 %) (N visites)	Hosp, (%)	% (IC 95 %) (N visites)	Hosp, (%) (IC 95 %)	%(IC 95 %) (N visites)	Hosp, (%) (IC 95 %)
MP ^a	77,31 (77,20-77,41) (624 823)	20,97 (20,75-21,19)	79,71 (79,52-79,84) (634 517)	19,34 (19,04-19,63)	74,17 (74,00-74,34) (260 306)	23,27 (22,93-23,60)	76,53 (76,37-76,70) (253 610)	24,36 (24,02-24,70)	18,99 (18,17-19,83) (8 760)	25,96 (24,1727,81)
TM ^b	11,73 (11,53-11,94) (948 25)	22,42 (21,86-22,99)	11,09 (10,8211,37) (50 732)	21,54 (20,77-22,32)	12,57 (12,26-12,88) (44 093)	23,43 (22,62-24,26)	11,41 (11,09-11,74) (37 820)	25,39 (24,53-26,28)	0,22 (0-3,98) (102)	- (<5)
TLS ^c	0,33 (0,15-0,63) (2 665)	29,91 (26,74-33,22)	0,24 (0,04-0,74) (1 087)	29,62 (24,69-34,94)	0,45 (0,18-0,92) (1 578)	30,10 (26,01-34,45)	0,44 (0,17-0,93) (1 462)	27,15 (22,84-31,82)	0 (0)	- (0)
MP-TM concomitants	6,60 (6,39-6,81) (53 346)	39,19 (38,52-39,85)	6,34 (6,10-6,63) (29 027)	38,67 (37,78-39,59)	6,93 (6,43-7,26) (24 319)	39,79 (38,81-40,78)	6,75 (6,43-7,09) (22 379)	37,21 (36,17-38,26)	38,91 (38,20-39,63) (17 949)	19,35 (18,05- 20,70)
MP-TLS concomitants	0,46 (0,27-0,73) (3 691)	47,46 (45,11-49,84)	0,33 (0,11-0,77) (1 514)	45,64 (41,88-49,44)	0,62 (0,33-1,05) (2 177)	48,74 (45,69-51,79)	0,61 (0,32-1,05) (2 009)	41,76 (38,40-45,18)	2,15 (1,34-3,25) (990)	31,41 (26,29- 36,89)
TM-TLS concomitants	2,02 (1,81-2,25) (16 322)	19,7 5 (18,40-21,18)	1,24 (0,97-1,56) (5 657)	21,14 (18,86-23,57)	3,04 (2,72-3,38) (10 665)	19,02 (17,34-20,80)	2,34 (2,01-2,70) (7 749)	20,74 (18,78-22,80)	0,03 (0-0,04) (12)	-- (<5)
MP-TM-TLS concomitants	1,55 (1,35-1,79) (12 565)	31,46 (30,02-32,94)	1,04 (0,77-1,37) (4 751)	34,47 (32,17-36,84)	2,23 (1,91-2,57) (7 814)	29,64 (27,78-31,55)	1,92 (1,59-2,28) (6 346)	28,54 (28,47-30,68)	39,70 (38,99-40,42) (18 313)	20,67 (19,39- 21,99)

^a Maladies physiques exclusivement.

^b Troubles mentaux exclusivement.

^c Troubles liés aux substances psychoactives exclusivement.

^d Les dénominateurs sont le nombre de visites totales à l'urgence chez les patients avec troubles mentaux (865 255), les grands utilisateurs (331 375) et les très grands utilisateurs (46 126). Pour les pourcentages d'hospitalisation, les dénominateurs sont les individus avec les diagnostics au total, hommes et femmes, grands et très grands utilisateurs.

Discussion

Cette étude a décrit l'utilisation de l'urgence au Québec des patients avec TM, y compris l'hospitalisation et les raisons associées aux visites et à l'hospitalisation selon le sexe, l'âge et la zone d'habitation. La prévalence des TM pour l'année 2014-15 rapportée dans l'étude concorde avec la littérature, ayant établi des taux allant de 12 % à 18 %^{33,34}. Cette étude démontre une utilisation très élevée des urgences au Québec, y compris l'hospitalisation, des patients avec TM, comparativement aux patients sans TM, soit quasiment le double de visites à l'urgence, d'hospitalisation et de sa durée. Des études internationales traitant de cohortes cliniques de patients avec TM ont rapporté des taux d'utilisation de l'urgence similaires à nos résultats, soit de 37 % à 40 %³⁵⁻³⁷. Une étude américaine récente a aussi identifié un taux d'hospitalisation relié aux TM similaire à nos résultats, soit de 32 %²⁶. Contrairement à la plupart des études s'intéressant à l'utilisation des urgences pour raison de TM où des taux entre 4 % et 12 % des visites globales à l'urgence en Amérique du Nord sont rapportés^{12,17-19}, et 6 % au Québec¹¹, cette étude s'est intéressée à l'utilisation des services d'urgence pour toutes raisons, incluant les MP, d'une cohorte diagnostiquée avec TM. Les études se rapportant essentiellement à l'utilisation des services pour raison de TM, quoique fort pertinentes, ne distinguent pas ainsi les personnes ayant préalablement un diagnostic de TM et celles qui n'en ont pas, ou l'utilisation globale de l'urgence des patients avec TM, peu importe les raisons des visites. L'étude de cohorte, telle que conduite ici, contribue ainsi à mieux cerner l'impact global des visites à l'urgence et de l'hospitalisation chez les patients avec TM.

La fréquence d'utilisation des urgences s'est également avérée plus importante chez les patients avec TM que chez les patients sans TM comme l'ont montré des études antérieures^{10,38}. Le manque de services dans la communauté, le peu de services offerts les soirs et les fins de semaine, le renouvellement de la médication et le manque de soutien social sont les principales raisons qui incitent les patients avec TM à fréquemment utiliser l'urgence^{39,40}. La stigmatisation de la population envers les TM, principalement les TM sévères et les TLS contribue aussi à sous-utiliser les autres services^{41,42}, entraînant un recours à l'urgence lorsque la santé se détériore. Tel que l'indiquent la littérature et notre étude, les patients souffrant d'anxiété et de dépression majeure sont les plus nombreux parmi les patients avec TM à utiliser les urgences^{43,44}. Cependant, les TM sévères ou complexes (p. ex.

schizophrénie, trouble de la personnalité, TM-TLS concomitants) impliquent une fréquence plus élevée de visites à l'urgence^{16,45,46} comme le rapporte notre étude.

En contrepartie, les tendances générales d'utilisation de l'urgence et d'hospitalisation ont diminué en 2014-15 comparativement à 2000-01. Ces résultats sont surprenants puisque la littérature rapporte plutôt des tendances à la hausse au cours des dernières années^{10,17,19,20}. Nos données montrent que la fréquence d'utilisation n'a diminué que chez les patients ayant des troubles anxio-dépressifs, et aussi particulièrement chez les groupes d'âges les plus jeunes (spécialement les 18-24 ans). Il est possible que cette diminution résulte d'une plus grande prise en charge de ces TM par les soins primaires, et de l'emphase mise au cours des dernières années sur la santé mentale des jeunes, tant au Canada qu'au Québec⁴⁷⁻⁴⁹. Notre étude souligne cependant des hausses chez certains patients avec des profils plus complexes : chez les plus âgés (65 et plus), avec TM-TLS concomitants, TLS exclusivement, TLS-AD, et TADH. L'augmentation drastique du TDAH peut se justifier par un dépistage systématique de ce TM au cours des dernières années^{50,51}. Enfin, l'augmentation chez les autres types de patients s'explique probablement par les problèmes d'accès aux services plus difficiles pour ces profils plus complexes, particulièrement en première ligne. Il existe par ailleurs une pénurie importante de services spécialisés pour les patients avec TLS ou TM-TLS concomitants^{52,53}. La principale raison des visites à l'urgence des patients avec TM n'était pas les TM exclusivement, mais majoritairement les MP. Les patients avec TM sont beaucoup plus souvent aux prises avec des MP que les patients sans TM⁵⁴. Le diabète, les maladies cardio-vasculaires et du foie, ou certaines maladies virales (p. ex. sida) sont plus prévalents chez les personnes avec TM, y compris les TLS^{10,55}, impliquant un recours fréquent à l'urgence. Les études soulignent également que le fait d'avoir des TM exacerbe les symptômes des MP^{10,56,57}, expliquant qu'elles soient la principale cause des visites à l'urgence. D'ailleurs, plus un patient effectuait de visites aux urgences dans une année, plus la raison impliquait un TM concomitant aux MP.

La littérature confirme nos résultats obtenus sur les taux d'hospitalisation plus élevés et la durée plus longue du séjour chez les patients avec TM, en particulier pour la schizophrénie ou autres troubles sévères^{27,58,59}, à cause notamment des problèmes métaboliques ou endocriniens dus à la prise d'antipsychotiques, ou à des MP nécessitant des soins de longue durée à l'hôpital⁶⁰. Les taux rapportés de séjour

hospitalier par type de TM sont similaires à nos résultats, soit autour de 20-22 jours pour la schizophrénie ou de 12 jours pour les troubles anxio-dépressifs et les troubles de la personnalité^{59,61,62,63}. Nos taux d'hospitalisation plus élevés lorsque la visite impliquait un MP avec TLS concordent également avec de précédentes études^{29,60}.

Le nombre substantiel de grands ou de très grands utilisateurs de l'urgence rapporté dans notre étude, engorgeant l'urgence et l'hospitalisation, confirme de précédents résultats^{45,64}. Ceux-ci étaient environ deux fois plus hospitalisés que les patients sans TM. Leurs fréquentes hospitalisations s'expliquent par la vulnérabilité importante, les conditions socioéconomiques précaires et l'isolement social de ces personnes^{65,66}, ainsi que par leurs problèmes psychosociaux élevés et associés à des MP. Une mauvaise coordination des services hors urgence et une continuité des soins déficiente expliquent également leurs taux élevés d'utilisation des urgences¹⁵.

Concernant le sexe, certaines études ont démontré un taux d'utilisation de l'urgence plus important chez les hommes que chez les femmes avec TM^{19,26,38}. Nos résultats confirment ces tendances, mais surtout pour les taux d'hospitalisation, nettement plus élevés chez les hommes. L'hospitalisation est souvent plus élevée chez les patients avec TM sévères, ou chez les utilisateurs fréquents de l'urgence, dont les hommes seraient sur-représentés^{16,38}. Nos résultats concernant l'hospitalisation pourraient s'expliquer par la surreprésentation d'hommes pour la schizophrénie et les grands utilisateurs. Cependant, contrairement à la littérature²⁶, les hommes n'étaient pas plus hospitalisés que les femmes pour l'ensemble des TLS, mais seulement pour les TLS-A. Ces troubles sont plus importants chez les hommes que chez les femmes⁶⁷, tandis que la différence entre les sexes pour les autres TLS est beaucoup moins marquée⁶⁷.

Concernant l'âge, nos résultats ont confirmé que les visites à l'urgence étaient plus fréquentes chez les patients plus âgés^{36,68}. Les MP sont particulièrement prévalentes chez les personnes de 65 ans et plus⁶⁹ et, combinées à des TM sévères, conduisent à une plus grande utilisation de l'urgence^{14,15,70}. Cette clientèle est aussi plus fortement à risque d'être affectée par la maladie d'Alzheimer et autres types de démence. Également, tel que rapporté dans la littérature^{27,71}, les patients âgés étaient plus souvent hospitalisés, ceci étant certainement justifié par la sévérité de leurs problèmes^{27,60,71}. En contrepartie, les très grands utilisateurs des urgences ont été surtout identifiés dans notre étude parmi les 45 à 64 ans, ce qui a été reporté antérieurement^{16,72,73}. Le très

grand nombre de visites à l'urgence dans ce groupe d'âge est souvent expliqué par des TLS ou des troubles concomitants avec TM et MP^{10,16}. La plus faible utilisation de l'urgence, incluant l'hospitalisation, chez les moins de 17 ans s'explique dans le contexte global d'une sous-utilisation des services de santé chez les jeunes en raison de la stigmatisation⁷⁴. Ces jeunes sont aussi plus aptes à recevoir du soutien via le milieu scolaire en partenariat avec le réseau public. Le recours à l'urgence chez les jeunes a lieu généralement à une période plus tardive (18-24 ans) lors de l'émergence des TM incluant les TLS⁷⁵⁻⁷⁷.

Concernant la zone d'habitation, contrairement à plusieurs études^{19,78,79}, l'utilisation de l'urgence chez les patients avec TM s'est avérée être plus élevée dans les milieux ruraux qu'urbains ou métropolitains. En raison d'une couverture moindre des services de santé mentale en milieux ruraux, incluant les services spécialisés et surspécialisés, l'urgence peut représenter une voie d'accès privilégiée aux soins⁸⁰, jouant ainsi le rôle de cliniques sans rendez-vous. En contrepartie, la défavorisation socioéconomique et la mobilité résidentielle plus prévalentes en milieux urbains^{23,81}, associées à une plus grande sévérité des TM⁷², peuvent justifier l'utilisation de l'urgence et l'hospitalisation plus élevées pour les TM-TLS concomitants et les grands (essentiellement ici l'hospitalisation) et très grands utilisateurs à Montréal⁸².

Bien que notre étude intègre 98 % de la population québécoise, elle comporte certaines limites. Le SISMACQ utilise des banques de données administratives non conçues pour les fins d'études épidémiologiques. Il n'inclut pas les médecins payés autrement qu'à l'acte, notamment en CLSC, qui suivent beaucoup la clientèle vulnérable. Il comporte aussi 15 % de données manquantes sur les diagnostics rapportés à l'urgence, patients qui n'ont pu ainsi être intégrés à l'étude. Malgré ces lacunes, les données présentées dans cette étude montrent que le SISMACQ peut servir de base ou de complément à de futures recherches épidémiologiques.

Conclusion

L'étude démontre l'importance des visites à l'urgence et des hospitalisations des patients avec TM incluant les TLS au Québec, quasiment deux fois plus élevées comparativement aux patients sans TM, incluant une fréquence d'utilisation de l'urgence et une durée d'hospitalisation aussi substantiellement plus élevées chez les TM. Ces patients utilisent

grandement l'urgence pour leurs MP concomitantes, soulignant les lacunes dans la prise en charge globale de cette population. Par contre, plus les patients avec TM visitent l'urgence, et plus les raisons des consultations sont reliées aux TM. Les grands et très grands utilisateurs de même que les 65 ans et plus sont surreprésentés à l'urgence et dans les unités d'hospitalisation, représentant environ la moitié du volume des services d'urgence ou d'hospitalisation de la cohorte avec TM. Ces derniers et les patients avec TM plus sévères et concomitants utilisent particulièrement les urgences à Montréal, quoique globalement, l'utilisation des urgences soit plus élevée en milieux ruraux. Ainsi, notre étude souligne le manque d'accès aux services et de continuité des soins ambulatoires pour les patients avec TM, et la pertinence pour de futures recherches d'identifier les déterminants de l'utilisation de l'urgence chez ces patients, y compris les grands utilisateurs. Une meilleure prise en charge globale et personnalisée des patients avec TM, TLS et troubles concomitants associés à des MP est recommandée, ainsi que le déploiement d'alternatives à l'urgence telle que le suivi intensif ou d'intensité variable, et particulièrement à Montréal, puisque cette région présente une proportion élevée de patients avec TM sévères et concomitants utilisant régulièrement l'urgence.

REMERCIEMENTS Cette étude a été subventionnée par le Fonds de recherche du Québec (FRQS). Nous aimerions remercier cet organisme pour son soutien à nos travaux. Nous remercions également les professionnels de l'Institut national de santé publique pour leur soutien.

RÉFÉRENCES

- ¹ Sorup, C. M., Jacobsen, P. et Forberg, J. L. (2013). Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21(1), 62.
- ² Schull, M. J., Slaughter, P. M. et Redelmeier, D. A. (2002). Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. *CJEM*, 4(2), 76-83.
- ³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Rapport annuel de gestion 2010 - 2011*. 2011, Québec: Gouvernement du Québec.
- ⁴ Roberge, D., Pineault, R., Larouche, D. et Poirier, L.-R. (2010). The continuing Saga of Emergency Room Overcrowding: Are We Aiming the Right Target? *HealthCare Policy*, 5(3), 27-39.

- 5 Chan, H. Y., et coll. (2014). Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. *World Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 24-28.
- 6 Fergus, T. A., Bardeen, J. R., Gratz, K. L., Fulton, J. J. et Tull, M. T. (2015). The contribution of health anxiety to retrospectively-recalled emergency department visits within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 1-8.
- 7 Pines, J. M., et coll. (2011). International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358-70.
- 8 Hunt, K. A., Weber, E. J., Showstack, J. A., Colby, D. C. et Callahan, M. L. (2006). Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 48(1), 1-8.
- 9 Chan, B., Schull, M. J. et Schultz, S., *Atlas of Emergency Department Services in Ontario 1992/1993 to 1999/2000*. 2001, Toronto, Canada: Institute for Clinical Evaluative Sciences. ICES Atlas Report Series.
- 10 Capp, R., Hardy, R., Lindrooth, R. et Wiler, J. (2016). National Trends in Emergency Department Visits by Adults With Mental Health Disorders. *Journal of Emergency Medicine*, 51(2), 131-135 e1.
- 11 Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- 12 Raymond, L. et Pelletier, M. (2014). *Bilan de la situation des services d'urgence période 13 de l'année 2013-2014*. Montréal, Canada: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).
- 13 Dubé-Linteau, A., Lecours, C., Tremblay, M.-E., Pineault, R. et Levesque, J.-F. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins: regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- 14 Schmidt, M. (2018). Frequent visitors at the psychiatric emergency room – A literature review. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 11-32.
- 15 Krieg, C., Hudon, C., Chouinard, M. C. et Dufour, I. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 594.
- 16 Doupe, M. B. et coll. (2012). Frequent Users of Emergency Departments: Developing Standard Definitions and Defining Prominent Risk Factors. *Annals of Emergency Medicine*, 60(1), 24-32.
- 17 Matsumoto, C. L. et coll. (2017). A 5 year retrospective study of emergency department use in Northwest Ontario: a measure of mental health and addictions needs. *CJEM*, 19(5), 381-385.
- 18 Barratt, H. et coll. (2016). Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 11(4), e0154449.

- 19 Weiss, A. J., Barrett, M. L., Heslin, K. C. et Stocks, C. (2016). *Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006-2013. Statistical Brief 216*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- 20 Agency for Healthcare Research and Quality (2015). *Chartbook on Care Coordination. Measures of Care Coordination: Preventable Emergency Department Visits*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/2014chartbooks/carecoordination/carecoord-measures2.html>.
- 21 Urbanoski, K. A., Cairney, J., Bassani, D. G. et Rush, B. R. (2008). Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric services*, 59(3), 283-289.
- 22 Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Perreault, M. et Caron, J. (2016). Variables Associated With Perceived Unmet Need for Mental Health Care in a Canadian Epidemiologic Catchment Area. *Psychiatric Services*, 67(1), 78-85.
- 23 Ngamini Ngui, A., Perreault, M., Fleury, M.-J. et Caron, J. (2012). A multi-level study of the determinants of mental health service utilization. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 60(2), 85-93.
- 24 Tulloch, A. D., Fearon, P. et David, A.S. (2011). Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(3), 155-168.
- 25 Ngamini-Ngui, A. et coll. (2014). High users of emergency departments in Quebec among patients with both schizophrenia and a substance use disorder. *Psychiatric Services*, 65(11), 1389-1391.
- 26 Heslin, K. C., Elixhauser, A. et Steiner, C. (2012). *Hospitalizations Involving Mental and Substance Use Disorders Among Adults. Statistical Brief 191. Healthcare Cost and Utilization Project*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- 27 Hamilton, J. E. et coll. (2016). Factors Associated With the Likelihood of Hospitalization Following Emergency Department Visits for Behavioral Health Conditions. *Academic Emergency Medicine*, 23(11), 1257-1266.
- 28 Statistiques Canada. (2017). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC).
- 29 Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, in *Surveillance des maladies chroniques*. Québec, Canada: Institut national de santé publique.
- 30 Fleury, M.-J. (2014). La réforme des soins primaires en santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. *Santé Mentale au Québec*, 39(1), 25-45.
- 31 Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- 32 Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et Tremblay, J. (2013). Typology of persons with severe mental disorders. *BMC Psychiatry*, 13, 137.

- 33 National Institute of Mental Health. (2016). Any Mental Illness (AMI) Among U.S. Adults. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>
- 34 Kisely, S. et coll. (2009). Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(571-575).
- 35 Cherpitel, C. J. et Ye, Y. (2008). Trends in alcohol- and drug-related ED and primary care visits: data from three US National Surveys (1995-2005). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(5), 576-583.
- 36 Hackman, A. L. et coll. (2006). Use of emergency department services for somatic reasons by people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 563-566.
- 37 Baillargeon, J. et coll. (2008). Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 59(7), 808-811.
- 38 Minassian, A., Vilke, G. M. et Wilson, M. P. (2013). Frequent emergency department visits are more prevalent in psychiatric, alcohol abuse, and dual diagnosis conditions than in chronic viral illnesses such as hepatitis and human immunodeficiency virus. *Journal of Emergency Medicine*, 45(4), 520-525.
- 39 Poremski, D. et coll. (2017). Lost Keys: Understanding Service Providers' Impressions of Frequent Visitors to Psychiatric Emergency Services in Singapore. *Psychiatric Services*, 68(4), 390-395.
- 40 Clarke, D. E., Dusome, D. et Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131.
- 41 Fleury, M.-J. et coll. (2012). Comprehensive determinants of health service utilisation for mental health reasons in a Canadian catchment area. *International Journal for Equity in Health*, 11, 20.
- 42 Knaak, S., Mantler, E. et Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116.
- 43 Wooden, M. D., Air, T. M., Schrader, G. D., Wieland, B. et Goldney, R. D. (2009). Frequent attenders with mental disorders at a general hospital emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 21(3), 191-195.
- 44 Mehl-Madrona, L. E. (2008). Prevalence of psychiatric diagnoses among frequent users of rural emergency medical services. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 13(1), 22-30.
- 45 Doran, K. M., Raven, M. C. et Rosenheck, R. A. (2013). What drives frequent emergency department use in an integrated health system? National data from the Veterans Health Administration. *Annals of Emergency Medicine*, 62(2), 151-159.
- 46 Chaput, Y. J. A. et Lebel, M.-J. (2007). Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 58(3), 335-341.

- ⁴⁷ Kutcher, S. et McLuckie, A. (2010). *Evergreen: A child and youth mental health framework for Canada*. Calgary: Mental Health Commission of Canada.
- ⁴⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- ⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- ⁵⁰ Masi, L. et Gignac, M. (2007). TDAH et comorbidités en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatriques, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination. *Annales Médico-Psychologiques*, 175, 422-429.
- ⁵¹ Parens, E. et Johnston, J. (2009). Facts, values, and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 1.
- ⁵² Fleury, M.-J., Perreault, M., Grenier, G., Imboua, A. et Brochu, S. (2016). Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 7.
- ⁵³ Sacks, S. et coll. (2013). Improving the capability to provide integrated mental health and substance abuse services in a state system of outpatient care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 488-493.
- ⁵⁴ Sprah, L., Dernovsek, M. Z., Wahlbeck, K. et Haaramo, P. (2017). Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 2.
- ⁵⁵ Kendall, C. E. et coll. (2017). A cohort study examining emergency department visits and hospital admissions among people who use drugs in Ottawa, Canada. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 16.
- ⁵⁶ Sandoval, E. et coll. (2010). A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 115-121.
- ⁵⁷ Choi, N. G., Marti, C. N., Bruce, M. L. et Kunik, M. E. (2012). Relationship between depressive symptom severity and emergency department use among low-income, depressed homebound older adults aged 50 years and older. *BMC Psychiatry*, 12, 233.
- ⁵⁸ Smith, M. W., Stocks, C. et Santora, P. B. (2015). Hospital readmission rates and emergency department visits for mental health and substance abuse conditions. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 190-197.
- ⁵⁹ Pauselli, L., Verdolini, N., Bernardini, F., Compton, M. T. et Quartesan, R. (2017). Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 129-140.
- ⁶⁰ Douzenis, A. et coll. (2012). Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. *BMC Health Services Research*, 12, 166.

- 61 Masters, G. A., Baldessarini, R. J., Ongur, D. et Centorrino, F. (2014). Factors associated with length of psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 681-687.
- 62 Rocca, P. et coll. (2010). Outcome and length of stay in psychiatric hospitalization, the experience of the University Clinic of Turin. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 603-610.
- 63 Compton, M. T., Craw, J. et Rudisch, B. E. (2006). Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *Psychiatric Quarterly*, 77(2), 173-188.
- 64 Brunero, S., Fairbrother, G., Lee, S. et Davis, M. (2007). Clinical characteristics of people with mental health problems who frequently attend an Australian emergency department. *Australian Health Review*, 31(3), 462-470.
- 65 Boyer, L. et coll. (2011). Frequent visits to a French psychiatric emergency service: diagnostic variability in psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 62(8), 966-970.
- 66 Pasic, J., Russo, J. et Roy-Byrne, P. (2005). High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56(6), 678-684.
- 67 Rush, B. et coll. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-809.
- 68 Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, Canada: auteur.
- 69 Blanchet, C. et coll. (2015). *Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois. Collection Vieillesse et santé*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- 70 Buus, N. (2011). Categorizing "frequent visitors" in the psychiatric emergency room: a semistructured interview study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 101-108.
- 71 Shinjo, D. et coll. (2017). Factors affecting prolonged length of stay in psychiatric patients in Japan: A retrospective observational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(8), 542-553.
- 72 Mandelberg, J. H., Kuhn, R. E. et Kohn, M. A. (2000). Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Academic emergency Medicine*, 7(6), 637-646.
- 73 Shiber, J. R., Longley, M. B. et Brewer, K. L. (2009). Hyper-use of the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 27(5), 588-594.
- 74 Heflinger, C. A. et Hinshaw, S. P. (2010). Stigma in child and adolescent mental health services research: understanding professional and institutional stigmatization of youth with mental health problems and their families. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(1-2), 61-70.
- 75 Mapelli, E., Black, T. et Doan, Q. (2015). Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. *Journal of Pediatrics*, 167(4), 905-910.

- ⁷⁶ Newton, A. S., Rosychuk, R. J., Niu, X., Radomski, A. D. et McGrath, P. J. (2016). Emergency Department Use and Postvisit Care for Anxiety and Stress Disorders Among Children: A Population-Based Cohort Study in Alberta, Canada. *Pediatric Emergency Care*, 32(10), 658-663.
- ⁷⁷ Diallo, F. B. et coll. (2018). Prevalence and Correlates of Autism Spectrum Disorders in Quebec: Prevalence et corrélats des troubles du spectre de l'autisme au Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 231-239.
- ⁷⁸ Schroeder, S. M. et Peterson, M. L. (2017). Identifying Variability in Patient Characteristics and Prevalence of Emergency Department Utilization for Mental Health Diagnoses in Rural and Urban Communities. *Journal of Rural Health*.
- ⁷⁹ Hartley, D., Bird, D. C., Lambert, D. B. et Coffin, J., *The role of community mental health centers as rural safety net providers*. 2002, Portland: University of Southern Maine, Edmund S. Muskie School of Public Service, Institute for Health Policy, Maine Rural Health Research Center; Working Paper #30.
- ⁸⁰ Haggerty, J. et coll. (2004). *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec: barrières et facteurs facilitants*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).
- ⁸¹ Lix, L. M. et coll. (2007). Residential mobility of individuals with diagnosed schizophrenia: a comparison of single and multiple movers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 221-228.
- ⁸² Ngamini Ngui, A. et coll. (2013). Does elapsed time between first diagnosis of schizophrenia and migration between health territories vary by place of residence? A survival analysis approach. *Health & Place*, 20, 66-74.