

Facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence pour des raisons de santé mentale par les patients grands utilisateurs de ces services

Factors encouraging or limiting the use of emergency departments for mental health reasons by frequent users of these services

Firas Gaida, Francine Ferland, Lambert Farand et Marie-Josée Fleury

Volume 48, numéro 2, automne 2023

La qualité des services en santé mentale au Québec

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1109838ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1109838ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gaida, F., Ferland, F., Farand, L. & Fleury, M.-J. (2023). Facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence pour des raisons de santé mentale par les patients grands utilisateurs de ces services. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 179–208. <https://doi.org/10.7202/1109838ar>

Résumé de l'article

Objectifs Les services hospitaliers d'urgence sont souvent engorgés, et leur utilisation pour des raisons de santé mentale (SM) y contribue particulièrement. Au Québec, en 2014-15, 17 % des utilisateurs des services d'urgence ayant des troubles mentaux avaient visité l'urgence au moins 4 fois, pour quelque raison que ce soit. Le fait que ces patients recourent fréquemment aux urgences témoigne souvent d'une inadéquation des services qui leur sont offerts. Mieux comprendre les motifs de cette utilisation fréquente des urgences permettrait de mieux répondre aux besoins de ces patients. Cette étude avait pour but d'identifier les facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des urgences par les grands utilisateurs de ces services, qui sont définis ainsi s'ils utilisent les urgences au moins 3 fois sur une période d'un an.

Méthodologie Entre avril et septembre 2021, 20 professionnels en SM ont été interrogés au sujet des facteurs qu'ils percevaient comme encourageant ou limitant les grands utilisateurs des services d'urgence à utiliser ces derniers. Ces participants oeuvraient à l'urgence psychiatrique d'un institut universitaire en SM situé dans un grand centre urbain, ou dans d'autres services de ce même hôpital (p. ex. module d'évaluation-liaison), ou ils étaient des partenaires de l'urgence du territoire (p. ex. centres de crise). Les données ont été traitées par le biais d'une méthode d'analyse de contenu réalisée en différentes étapes (transcription des données, codification des contenus, etc.), et guidées par un cadre conceptuel comprenant 4 catégories de facteurs encourageant ou limitant l'utilisation fréquente de l'urgence pour raisons de SM. Ces facteurs étaient reliés au système de santé, aux profils des patients, aux professionnels de la santé ou aux caractéristiques organisationnelles du réseau de la SM.

Résultats Plus de facteurs encourageant l'utilisation de l'urgence que de facteurs limitant son usage ont été relevés. Ces facteurs étaient principalement liés au système de santé (notamment dans le cas de l'indisponibilité des services en SM) et aux profils des patients, particulièrement de ceux ayant des troubles mentaux complexes associés à des problèmes psychosociaux. Les caractéristiques organisationnelles, notamment le déploiement d'innovations à l'urgence ou en partenariat avec celle-ci, bien que globalement peu fréquent, semblent plutôt limiter l'usage de l'urgence.

Conclusion Cette étude soutient l'importance de développer davantage d'innovations à l'urgence et en lien avec les autres services de l'hôpital et de la communauté, ceci afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs des services d'urgence et d'en réduire ainsi l'usage. L'urgence devrait optimiser son rôle de dépistage, de traitement bref, d'orientation et de monitoring de la qualité des services aux patients, particulièrement pour ceux que les services ambulatoires en SM ne desservent pas adéquatement.

Facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence pour des raisons de santé mentale par les patients grands utilisateurs de ces services

Firas Gaida^a

Francine Ferland^b

Lambert Farand^c

Marie-Josée Fleury^d

RÉSUMÉ Objectifs Les services hospitaliers d'urgence sont souvent engorgés, et leur utilisation pour des raisons de santé mentale (SM) y contribue particulièrement. Au Québec, en 2014-15, 17 % des utilisateurs des services d'urgence ayant des troubles mentaux avaient visité l'urgence au moins 4 fois, pour quelque raison que ce soit. Le fait que ces patients recourent fréquemment aux urgences témoigne souvent d'une inadéquation des services qui leur sont offerts. Mieux comprendre les motifs de cette utilisation fréquente des urgences permettrait de mieux répondre aux besoins de ces patients. Cette étude avait pour but d'identifier les facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des urgences par les grands utilisateurs de ces services, qui sont définis ainsi s'ils utilisent les urgences au moins 3 fois sur une période d'un an.

Méthodologie Entre avril et septembre 2021, 20 professionnels en SM ont été interrogés au sujet des facteurs qu'ils percevaient comme encourageant ou

-
- Université de Montréal; Institut universitaire en santé mentale Douglas.
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
 - Université de Montréal.
 - Université McGill – Institut universitaire en santé mentale Douglas; Responsable de l'axe Santé mentale des populations du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ).

limitant les grands utilisateurs des services d'urgence à utiliser ces derniers. Ces participants œuvraient à l'urgence psychiatrique d'un institut universitaire en SM situé dans un grand centre urbain, ou dans d'autres services de ce même hôpital (p. ex. module d'évaluation-liaison), ou ils étaient des partenaires de l'urgence du territoire (p. ex. centres de crise). Les données ont été traitées par le biais d'une méthode d'analyse de contenu réalisée en différentes étapes (transcription des données, codification des contenus, etc.), et guidées par un cadre conceptuel comprenant 4 catégories de facteurs encourageant ou limitant l'utilisation fréquente de l'urgence pour raisons de SM. Ces facteurs étaient reliés au système de santé, aux profils des patients, aux professionnels de la santé ou aux caractéristiques organisationnelles du réseau de la SM.

Résultats Plus de facteurs encourageant l'utilisation de l'urgence que de facteurs limitant son usage ont été relevés. Ces facteurs étaient principalement liés au système de santé (notamment dans le cas de l'indisponibilité des services en SM) et aux profils des patients, particulièrement de ceux ayant des troubles mentaux complexes associés à des problèmes psychosociaux. Les caractéristiques organisationnelles, notamment le déploiement d'innovations à l'urgence ou en partenariat avec celle-ci, bien que globalement peu fréquent, semblent plutôt limiter l'usage de l'urgence.

Conclusion Cette étude soutient l'importance de développer davantage d'innovations à l'urgence et en lien avec les autres services de l'hôpital et de la communauté, ceci afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs des services d'urgence et d'en réduire ainsi l'usage. L'urgence devrait optimiser son rôle de dépistage, de traitement bref, d'orientation et de monitoring de la qualité des services aux patients, particulièrement pour ceux que les services ambulatoires en SM ne desservent pas adéquatement.

MOTS CLÉS urgence, grands utilisateurs, santé mentale, facteurs encourageants ou limitants

Factors encouraging or limiting the use of emergency departments for mental health reasons by frequent users of these services

ABSTRACT Objectives Hospital emergency departments (ED) are often overcrowded, and patients using ED for mental health (MH) reasons contribute in great part to this situation. In Quebec, in 2014-15, 17% of ED users with mental disorders had visited ED at least 4 times for various reasons. These patients' frequent ED use usually reflects the inadequacy of the services provided to them. A better understanding of the underlying reasons behind this frequent ED use would enable stakeholders to formulate recommendations that would help improve services, making them more suited to the needs of these patients. The aim of this study was to identify the factors that encourage or limit the use of

ED by frequent ED users, the term “frequent ED users” being defined as patients who use ED at least 3 times over a one-year period.

Methodology Between April and September 2021, 20 ED professionals were interviewed concerning factors they perceived as encouraging or limiting ED use among frequent ED users. Participants worked in a psychiatric ED or in other hospital services (e.g., assessment-liaison module), or were partners of the ED within the territory (e.g., crisis centers). Study data were analyzed using a content analysis method carried out in various stages (e.g., data transcription, content coding), and guided by a conceptual framework comprised of 4 categories of factors that encourage or limit frequent use for MH reasons. These factors were related to the healthcare system, patient profiles, health professionals, and the MH network’s organizational characteristics.

Results More encouraging factors than limiting ones were identified as pertain to ED use. Most factors were associated with the healthcare system (and particularly with the unavailability of MH services), and with patient profiles, more specifically those with complex mental disorders compounded by psychosocial problems. Organizational characteristics, in particular the deployment of innovations in the ED or in partnership with it, although not widely deployed overall, tended to limit ED use.

Conclusion This study highlights the importance of developing more innovations in the ED and in conjunction with other hospital and community services to better meet the needs of frequent ED users, and thus reduce their use of these services. ED should optimize their role in the screening, brief treatment, referral, and quality monitoring of services for patients, particularly those not adequately served by outpatient MH services.

KEYWORDS emergency department, frequent users, mental health, encouraging or limiting factors

I. Introduction

Les services hospitaliers d’urgence sont souvent le point d’entrée du traitement de patients en phase aiguë de maladie ou état de crise (Lofchy et al. et al., 2015). Ils permettent la détection et l’orientation des patients vers les ressources ambulatoires qui répondent le mieux à leurs besoins (Barratt et al., 2016 ; ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2011). Souvent engorgées, les urgences sont le baromètre de la qualité du système de santé et témoignent des problèmes liés à l’accès et à la continuité des services (Fleury et al., 2017 ; Health Quality Ontario, 2016). L’utilisation des urgences pour raisons de santé mentale (SM) par des patients ayant des troubles mentaux,

dépendances (alcool, drogues) ou crises suicidaires, contribue particulièrement à l'engorgement de ces services (Moe et al., 2021, 2022 ; Saini et al., 2019). Au Québec, en 2014-15, 17 % des utilisateurs des services d'urgence ayant des troubles mentaux avaient visité l'urgence au moins 4 fois, toutes raisons confondues, et de ce nombre 22 % avaient fait autant de visites aux urgences par année pendant 3 à 5 années consécutives (Fleury et al., 2019c). Ces utilisateurs comptaient pour près de la moitié des hospitalisations et du volume des visites à l'urgence pour raisons de SM en 2014-15 (Fleury et al., 2019a). Définis dans la littérature comme utilisant les urgences 3+ fois annuellement, les grands utilisateurs représentent une minorité engorgeant considérablement ces services (Moe et al., 2022 ; Vandyk et al., 2014). Le recours fréquent de ces patients aux services d'urgence est généralement le signe d'une déficience du dispositif de soins ou de l'inadéquation des services offerts à ces patients. Afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs des urgences pour raisons de SM et de les desservir de manière plus adéquate, il est indispensable de mieux comprendre les facteurs qui encouragent ces patients à utiliser l'urgence, ou qui au contraire limitent leur propension à l'utiliser.

Plusieurs études quantitatives ont employé les données médico-administratives d'hôpitaux pour identifier les facteurs associées à l'utilisation fréquente des services d'urgence (Birmingham et al., 2017 ; Moe et al., 2021 ; Vu et al., 2015). Les patients avec des dépendances et troubles mentaux concomitants ou troubles de la personnalité seraient parmi les principaux grands utilisateurs des urgences (Fleury et al., 2019b ; Moe et al., 2022). Quelques études, dont une récente revue systématique des connaissances (Gabet et al., 2023), ont identifié des innovations développées dans les urgences pour en limiter l'usage auprès des grands utilisateurs. L'orientation suivant le congé hospitalier (Walker et al., 2021), la gestion de cas (Stanton et Osoteo, 2016), les plans de services (Abello et al., 2012), l'approche « Logement d'abord » pour les personnes en situation d'itinérance (Kerman et al., 2020) sont reconnus avoir contribué à réduire l'utilisation fréquente des urgences. Quelques recherches qualitatives ont exploré la perception des grands utilisateurs quant aux motifs de leur recours fréquent à l'urgence (Digel Vandyk et al., 2018 ; Wise-Harris et al., 2017) ; ces patients auraient notamment peu de soutien social et de multiples problèmes sociaux et de santé (Poremski et al., 2020 ; Wise-Harris et al., 2017). En contrepartie, très peu d'études qualitatives ont examiné les raisons exprimées par les cliniciens et gestionnaires de l'urgence pouvant

expliquer le recours fréquent des patients à l'urgence pour raison de SM (Bodenmann et al., 2021 ; Navas et al., 2022 ; Walker et al., 2021), ceci bien que leurs expertises soient importantes pour identifier les problèmes liés aux services d'urgence et les solutions d'amélioration (Choo et al., 2015). Étudier la perspective de ces experts permettrait de mieux exposer les facteurs encourageant à utiliser les urgences, de même que les raisons et innovations pouvant limiter leur usage par les grands utilisateurs.

À notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a exploré les facteurs qui encouragent ou limitent la fréquence d'utilisation de l'urgence des grands utilisateurs pour raisons de SM en s'appuyant sur la perspective des gestionnaires et cliniciens des urgences, des autres services hospitaliers, ou des partenaires de l'urgence tels que les centres de crise ou de prévention du suicide. Il serait important de documenter ces perspectives afin d'expliquer le recours fréquent aux urgences en tenant compte des services ambulatoires et de l'organisation du système global de soins en SM. Les rares études qui tiennent compte de la perspective des prestataires des urgences n'ont pas employé de cadre conceptuel. Tel que mentionné dans une étude similaire, mais non reliée aux grands utilisateurs des urgences (Fleury et al., 2019), les facteurs expliquant le recours fréquent aux urgences peuvent être associés au système de santé, aux profils des patients, et à des caractéristiques professionnelles ou organisationnelles. Fondée sur les perspectives de professionnels de santé issus de différents milieux et balisée par un cadre conceptuel multifactoriel, cette étude a pour objectif de cerner les facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence pour raisons de SM par des patients grands utilisateurs de ces services (3+ visites/année).

II. Méthodologie

1. Devis et site de l'étude

Cette étude qualitative est basée sur une étude de cas unique avec des données mixtes (Yin, 2009). Le cas choisi est l'urgence psychiatrique d'un institut universitaire en SM situé dans un grand centre urbain (ci-après « hôpital »). Ce dernier compte plusieurs partenaires sur son territoire, dont quelques centres locaux de services communautaires (CLSC) disposant de guichets d'accès en SM et d'équipes en SM de première ligne, de plusieurs groupes de médecine familiale (GMF) où

pratiquent des omnipraticiens, d'un centre de crise et de divers autres organismes communautaires en SM. L'urgence dessert la population locale tout en assumant un mandat suprarégional en SM, c'est-à-dire couvrant pour ses services spécialisés quelques régions du Québec qui en sont dépourvues. Entre le 1^{er} avril 2021 et le 30 avril 2022, 6 292 visites réalisées par 4 246 patients ont été enregistrées à cette urgence psychiatrique.

2. Population de l'étude et recrutement

Cette étude a ciblé des professionnels en SM provenant des services de l'urgence psychiatrique, d'autres services de l'hôpital (p. ex. module d'évaluation-liaison, équipes de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable), et des partenaires de l'urgence (p. ex. équipes et guichets d'accès en SM des CLSC, centre de crise). Les participants devaient être des professionnels expérimentés ayant occupé leurs fonctions depuis au moins 6 mois. Certains étaient cliniciens (infirmiers, psychiatres, omnipraticiens, etc.), d'autres gestionnaires de l'urgence liés à sa coordination avec l'hôpital ou ses partenaires. Les participants à l'étude ont d'abord été identifiés par un comité d'orientation formé pour soutenir la recherche, incluant le traitement des données. L'équipe de recherche a ensuite invité ces professionnels à prendre part à l'étude, puis à donner leur consentement à y participer. L'étude avait préalablement obtenu l'approbation éthique du centre de recherche de l'hôpital concerné.

3. Collecte de données

Des entrevues d'une durée moyenne de 60 minutes ont été réalisées entre avril et septembre 2021 via la plateforme Zoom. Les participants ont également rempli un bref questionnaire autoadministré (en ligne sur *LimeSurvey*) permettant d'obtenir leurs profils sociodémographiques et professionnels. Le guide d'entrevue couvrait les 4 catégories du cadre conceptuel mentionnées dans l'introduction, soit : 1) le système de la santé (p. ex. services offerts dans le réseau, gestion des services) ; 2) les profils des patients (p. ex. principaux motifs de consultation à l'urgence) ; 3) les professionnels de la santé (p. ex. qualité des relations interprofessionnelles) ; 4) l'organisation des services (p. ex. innovations déployées à l'urgence pour réduire son utilisation). Le questionnaire en ligne identifiait l'âge, le sexe, la profession, le poste et les années de

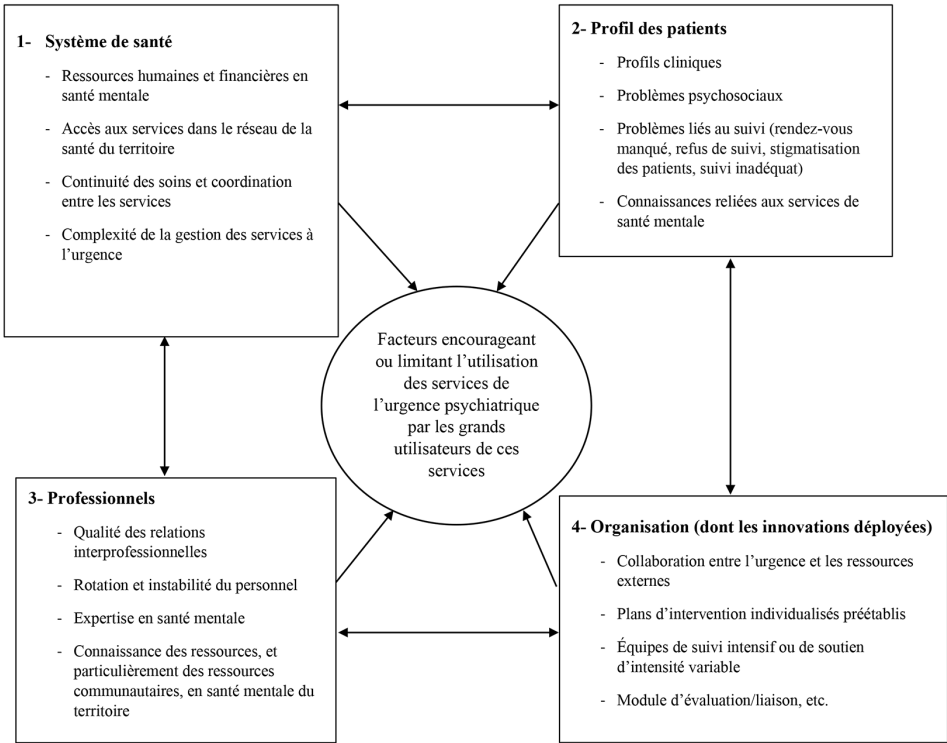
service de chaque participant dans la profession et l'organisation. Dans le cas des cliniciens, le questionnaire identifiait également le niveau d'aisance dans la détection et le traitement des dépendances, ou des dépendances avec troubles mentaux concomitants.

4. Analyse des données

Le données qualitatives de l'étude de cas ont été traitées à partir d'une méthode d'analyse de contenu (Drisko et Maschi, 2015) organisée en 6 étapes: 1) transcription des données; 2) lecture préliminaire; 3) choix et définition des unités de classification; 4) élaboration de la grille d'analyse; 5) segmentation des contenus en unités d'information significatives; 6) codification des contenus (Wanlin, 2007). Le cadre conceptuel (Figure 1) (Fleury et al. 2019b) a aussi guidé l'analyse des données; il avait été préalablement adapté à partir de cadres d'analyse visant l'implantation d'innovations dans le système de santé (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Kilbourne et al., 2007). Dans les analyses, l'importance perçue des facteurs encourageant (+: notifications dans les tableaux) ou limitant (-) l'utilisation fréquente de l'urgence fut comptabilisée selon qu'ils étaient mentionnés ou non par les participants; cette information fut ensuite intégrée aux résultats d'analyse en fonction du cadre conceptuel. Une procédure d'accord interjuges permettant la validation de 20 % du contenu qualitatif découpé et codé a été effectuée. Plusieurs autres mesures ont été prises pour assurer la rigueur de l'étude – réunions régulières de suivi pour discuter du processus d'analyse, inclusion de thèmes émergents, soutien d'une équipe aux expertises diversifiées, etc. Les données quantitatives extraites du questionnaire en ligne ont fait l'objet d'analyses descriptives, incluant des distributions (fréquences et pourcentages) pour les variables catégorielles, et des mesures de tendance centrale pour les variables continues (moyennes et écarts-types, ou médianes et écarts interquartiles, selon la distribution normale ou non des variables).

FIGURE 1

Cadre conceptuel : facteurs encourageant (+) ou limitant (-) l'utilisation des services de l'urgence psychiatrique par les grands utilisateurs de ces services (3+ visites/année)



III. Résultats

1. Description des participants de l'étude

Au total, 87 % ($n = 20/23$) des participants ciblés ont accepté de participer à l'étude, dont 7 professionnels de l'urgence, 7 d'autres services de l'hôpital, et 6 partenaires de l'urgence. Ils furent rencontrés lors de 18 entrevues individuelles, et d'une autre rassemblant deux participants. La majorité des participants (65 %, $n = 13$) était des femmes; 35 % des gestionnaires, 35 % des infirmières, 15 % des psychiatres, 15 % exerçaient d'autres professions sociosanitaires, et 90 % ($n = 18$) travaillaient à temps plein (Tableau 1). La moyenne d'âge était de 49 ans, avec une ancienneté médiane de 14 ans dans la profession, de 11 ans au même

TABLEAU 1

Informations démographiques et professionnelles sur les participants de l'étude

	Total		Urgence		Autres services de l'hôpital		Partenaires de l'urgence									
	n = 20		n = 7		n = 7		n = 6									
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage								
Sexe																
Femme	13	65,0	4	57,1	4	57,1	5	83,3								
Homme	7	35,0	3	42,9	3	42,9	1	16,7								
Profession																
Psychiatre	3	15,0	2	28,6	1	14,3	0	0,0								
Infirmier(-ère)	7	35,0	4	57,1	1	14,3	2	33,3								
Gestionnaire	7	35,0	0	0,0	5	71,4	2	33,3								
Omnipraticien	1	5,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0								
Travailleur(-euse) social(e)	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7								
Agent(e) de relations humaines	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7								
Travail à temps plein	18	90,0	6	85,7	7	100,0	5	83,3								
Travail à temps partiel	2	10,0	1	14,3	0	0,0	1	16,7								
	Min	Max	m ^a	s ^b	Min	Max	m ^a	s ^b	Min	Max	m ^a	s ^b	Min	Max	m ^a	s ^b
Âge	35	64	49,1	10,2	35	64	42,6	9,9	35	64	51,0	9,8	43	63	54,5	7,9
Degré d'aisance avec la détection et le traitement:																
Alcool	5	10	7,1	1,9	5	10	7,9	1,9	5	7	5,7	1,2	5	10	7,0	2,2
Drogues	5	10	6,7	1,9	5	10	7,3	1,8	5	6	5,3	0,6	5	10	6,8	2,4
Troubles concomitants: Troubles mentaux et dépendances ^c	5	10	6,8	1,80	5	10	6,9	2,0	5	6	6,3	1,5	5	10	7,0	2,2
	Min	Max	med ^d	El ^e	Min	Max	med ^d	El ^e	Min	Max	med ^d	El ^e	Min	Max	med ^d	El ^e
Ancienneté (en mois)																
Dans la profession ^f	6	516	162	222	66	228	147	120	25	348	153	147	6	516	309	181,5
Dans l'établissement ^f	6	408	130,5	197,3	12	228	72	168	69	279	168	88	6	408	40,5	292,5
Au poste actuel ^f	6	252	49,5	87,5	12	72	54	51	10	168	77	135	6	252	28,5	177,8

^a Moyenne^b Écart-type^c Abus/dépendances: alcool-drogue^d Médiane^e Étendue interquartile^f 0-10 pour chaque variable, minimum = 0, maximum = 10; plus élevé = plus grand niveau d'aisance

établissement, et de 4 ans au poste actuel. Globalement, les participants se sont estimés moyennement à l'aise (score moyen de 7/10) dans la détection et le traitement des dépendances seules, ou des dépendances avec troubles mentaux concomitants. Le personnel des services autres que l'urgence a rapporté les scores les moins élevés, et le personnel de l'urgence a obtenu le score le plus élevé dans la détection et le traitement des troubles liés à l'usage de l'alcool, plus spécifiquement.

2. Facteurs encourageant (+) ou limitant (-) l'utilisation des services d'urgence par les patients grands utilisateurs de ces services pour raison de SM

Le Tableau 2 présente les facteurs encourageant (+) ou limitant (-) le recours fréquent aux urgences qu'ont rapporté les participants, incluant le nombre de participants ayant mentionné de tels facteurs. Les résultats de l'étude sont recensés en fonction des 4 catégories du cadre conceptuel explicitées précédemment. Le Tableau 3 contient des extraits des témoignages des participants, en rapport avec les facteurs encourageant ou limitant le recours à l'urgence. Les principaux facteurs reliés au système de santé expliquant le recours fréquent à l'urgence étaient l'indisponibilité de services en SM, et les difficultés d'accès et de gestion des services. L'indisponibilité des services ambulatoires se justifie en partie par l'insuffisance de ressources humaines et financières en SM, ce que la majorité des participants ($n = 13/20$) ont souligné. Les lacunes dans les suivis de longue durée offerts aux patients ont aussi été identifiées, plus particulièrement par le personnel des autres services de l'hôpital. Les difficultés d'accès qu'ont évoquées les participants concernaient plus spécifiquement les services de première ligne, surtout l'accès à un médecin de famille ou à un suivi psychosocial, particulièrement en CLSC. Les difficultés de gestion des services portaient principalement sur l'orientation des patients, et sur le fait que l'on devait s'assurer qu'ils reçoivent des services ambulatoires adéquats leur permettant d'éviter de recourir fréquemment à l'urgence.

Les principaux facteurs se rapportant aux profils des patients grands utilisateurs renvoyaient à certains des motifs de consultation évoqués à l'urgence, ainsi qu'aux problèmes liés aux suivis ou à la connaissance des services en SM. Les motifs mentionnés pour un nombre élevé de consultations à l'urgence s'expliquaient, entre autres, par certains diagnostics (troubles psychotiques, de l'humeur ou de la personnalité) ou problèmes psychosociaux (p. ex. itinérance) plus difficiles à traiter en

TABLEAU 2

Facteurs encourageant (+) ou limitant (-) l'utilisation de l'urgence psychiatrique par les grands utilisateurs de ces services (3+ visites/année)

Catégorie	Facteurs encourageants/limitants	P-Urg ^a n = 7	P-Hop ^b n = 7	P-Parte ^c n = 5	Total
1. Système de santé					
<i>Services offerts dans le réseau</i>					
Indisponibilité des services	- Insuffisance de ressources humaines et financières en santé mentale (SM)	+ (5/7)	+ (5/7)	+ (3/5)	(13/19)
	- Suivi de longue durée	+ (2/7)	+ (5/7)	+ (1/5)	(8/19)
	- Inflexibilité dans les horaires des services	+ (2/7)	+ (2/7)	+ (3/5)	(7/19)
	- Volume et diversité des services en dépendances	+ (3/7)	+ (3/7)	+ (1/5)	(7/19)
	- Iniquité dans l'accès aux services selon les territoires	+ (1/7)	+ (2/7)	+ (1/5)	(4/19)
Accès aux services	- Omnipraticiens	+ (2/7)	+ (4/7)	+ (3/5)	(9/19)
	- Centres de crise	+ (2/7)	+ (1/7)	- (1/5)	(4/19)
	- Ressources communautaires d'hébergement	+ (2/7)	+ (1/7)	+ (1/5)	(4/19)
	- Équipes de soins primaires en SM (en centres locaux de santé communautaire [CLSC])	+ (1/7)	+ (2/7)	+ (1/5)	(4/19)
	- Services spécialisés en dépendances (Centres de réadaptation en dépendance [CRD])	+ (2/7)	+ (1/7)	+ (1/7)	(4/19)
	- Services spécialisés en psychiatrie	+ (1/7)	+ (1/7)	+ (1/7)	(3/19)
	- Complexité de la gestion des services à l'urgence	+ (4/7)	+ (3/7)	+ (1/5)	(8/19)
Gestion des services	- Continuité des soins et coordination entre les services	- (2/7)	+ (3/7)	+ (3/5)	(8/19)
	- Expertise et réputation élevées de l'Institut universitaire en SM	+ (1/7)	+ (1/7)	+ (1/5)	(3/19)
2. Profils de patients					
<i>Principaux motifs de consultation à l'urgence</i>					
Profil cliniques	- Troubles de l'humeur	+ (6/7)	+ (7/7)	+ (3/5)	(16/19)
	- Psychoses	+ (7/7)	+ (5/7)	+ (4/5)	(16/19)
	- Troubles de personnalité	+ (6/7)	+ (6/7)	+ (3/5)	(15/19)
	- Dépendances (consommation, toxicomanie)	+ (1/7)	+ (1/7)	+ (1/5)	(3/19)
	- Troubles concomitants: troubles mentaux (TM) - dépendances	+ (5/7)	+ (5/7)	+ (2/5)	(12/19)
Problèmes psychosociaux	- Patients vulnérables (problèmes de logement et financiers, absence de soutien, sans-emploi)	+ (6/7)	+ (7/7)	+ (4/5)	(17/19)
	- Besoin d'attention, de soutien social et de socialisation	+ (5/7)	+ (4/7)	+ (1/5)	(10/19)
	- Comportements suicidaires	+ (5/7)	+ (1/7)	+ (2/5)	(8/19)
	- Épisodes de crise (décès d'un proche, séparation, conflit, perte d'emploi, etc.)	+ (2/7)	+ (4/7)	+ (1/5)	(7/19)

<i>Problèmes liés au suivi</i>	– Rendez-vous manqués, arrêt de traitement, refus de suivi	+ (4/7)	+ (5/7)	+ (3/5)	(12/19)
	– Insatisfaction envers les services ambulatoires	+ (2/7)	+ (3/7)	+ (4/5)	(9/19)
	– Stigmatisation des patients et refus de prise en charge	+ (1/7)	+ (2/7)	+ (2/5)	(5/19)
<i>Connaissances reliées aux services de SM</i>	– Lacunes des connaissances des patients quant aux services en SM	+ (1/7)	+ (2/7)	+ (1/5)	(4/19)
3. Professionnels					
<i>Qualité des relations interprofessionnelles</i>	– Rotation et instabilité du personnel	+ (2/7)	+ (3/7)	+ (2/5)	(7/19)
	– Travail d'équipe	– (1/7)	+ (1/7)	+ (2/5)	(4/19)
<i>Expertise en SM</i>	– Insuffisance de l'expertise des omnipraticiens en SM	+ (2/7)	+ (5/7)	+ (2/5)	(9/19)
	– Qualité de la formation des intervenants et de la formation continue en SM	+ (3/7)	+ (1/7)	– (2/5)	(6/19)
	– Connaissance des ressources communautaires du territoire en SM	+ (3/7)	=	+ (2/5)	(5/19)
	– Stigmatisation des patients et refus de prise en charge	+ (1/7)	+ (2/7)	+ (2/5)	(5/19)
4. Organisation					
<i>Collaboration entre l'urgence et les ressources externes</i>					
<i>Qualité des communications</i>	– Services spécialisés en psychiatrie	– (2/7)	+ (3/7)	– (1/5)	(6/19)
	– Ressources de première ligne du territoire	+ (1/7)	+ (1/7)	+ (3/5)	(5/19)
<i>Orientation/transfert des patients</i>	– Entre l'urgence, les autres services de l'hôpital et les ressources communautaires	+ (5/7)	+ (3/7)	+ (2/5)	(10/19)
<i>Introduction d'innovations à l'urgence</i>	– Plans d'intervention individualisés préétablis	– (7/7)	– (3/7)	– (1/5)	(11/19)
	– Comités liés aux ressources externes	– (4/7)	– (5/7)	– (1/5)	(10/19)
<i>Autres innovations hors de l'urgence</i>	– Collaboration entre les acteurs en SM du territoire	– (3/7)	– (4/7)	– (2/5)	(9/19)
	– Équipes de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable	– (1/7)	– (2/7)	– (2/5)	(5/19)
	– Module d'évaluation/liaison, équipe spécialisée d'intervention rapide et de relais, etc.,	– (5/7)	– (2/7)	– (1/5)	(8/19)
<i>Innovations à déployer</i>	– Établissement de collaborations avec de nouvelles ressources communautaires	– (4/7)	– (2/7)	– (1/5)	(7/19)
	– Amélioration de la communication entre les ressources en SM du territoire	– (1/7)	– (4/7)	– (2/5)	(7/19)
	– Renforcement des liens avec les partenaires	– (4/7)	– (2/7)	– (1/5)	(7/19)

^a Personnel de l'urgence

^b Personnel d'autres services de l'hôpital

^c Partenaires de l'urgence

SM: santé mentale

+: Facteurs encourageants. –: facteurs limitants l'utilisation fréquente de l'urgence.

=: les participants n'ont pas cité de facteurs contribuant à l'utilisation fréquente de l'urgence

raison de leur complexité. Plusieurs grands utilisateurs de l'urgence s'y présentaient pour troubles mentaux incidents, ou en période de crise. Les participants ont aussi indiqué que les problèmes psychosociaux étaient largement dus à la vulnérabilité des patients, laquelle pouvait être liée au manque de logement, de ressources financières, ou de soutien de la part des services ou de l'entourage. Les problèmes de suivi les plus souvent mentionnés concernaient les rendez-vous manqués et l'arrêt ou le refus de traitement, avec pour conséquence l'utilisation des services d'urgence comme principal prestataire de soins en SM. Le manque de connaissances de certains patients quant aux services offerts en SM a aussi contribué au risque de les amener à considérer l'urgence comme leur principal fournisseur de soins. Les participants ont rapporté que les immigrants, parce qu'ils connaissent moins le système de santé et les ressources ambulatoires mises à leur disposition, se trouvaient souvent dans cette situation.

Les caractéristiques professionnelles encourageant le recours fréquent à l'urgence étaient particulièrement associées à la qualité des relations interpersonnelles et à l'expertise des professionnels en SM. Selon plusieurs participants, la mauvaise qualité des relations interpersonnelles pouvait s'expliquer par l'importance de la rotation du personnel dans le réseau. L'expertise insuffisante des omnipraticiens face aux soins en SM, le fait que les cliniciens méconnaissaient les ressources en SM de leur territoire – incluant les ressources communautaires – étaient d'autres facteurs pouvant expliquer l'achalandage des patients à l'urgence. Les participants ont rapporté que bon nombre d'omnipraticiens n'étaient pas à l'aise dans le repérage et le traitement des problèmes de SM. Ces omnipraticiens avaient tendance à référer rapidement leurs patients à l'urgence, ce qui a pu encourager leur recours fréquent aux services de celle-ci. Les participants travaillant aux urgences ont mentionné comme facteurs contribuant au recours fréquent des patients à l'urgence le changement courant de psychiatres de garde à l'urgence, ce qui a pu affecter la transmission des informations, le déploiement de bonnes pratiques et la consolidation d'équipes cliniques solides à l'urgence en lien avec les services ambulatoires. Ces participants ont aussi été les seuls à identifier l'importance de la qualité de la formation continue des cliniciens en SM sur leur territoire, susceptible d'encourager le fonctionnement adéquat de l'urgence – un résultat intéressant considérant que c'est ce groupe qui s'estimait le moins confiant dans la détection et le traitement des dépendances, ou des dépendances avec troubles mentaux concomitants.

Les participants ont mentionné comme principal facteur organisationnel encourageant le recours fréquent à l'urgence l'insuffisante collaboration entre l'urgence et les ressources externes, mettant en évidence le manque de communication et les difficultés d'orientation ou de transfert des patients. Les lacunes communicationnelles étaient particulièrement importantes au niveau des ressources de première ligne du territoire, tandis que les difficultés d'orientation ou de transfert des patients touchaient surtout les autres services de l'hôpital et les ressources communautaires. Ces lacunes ont encouragé des interventions moins appropriées ou spécialisées, pouvant encourager le recours fréquent aux services d'urgence. Seuls les participants provenant de l'urgence ont noté des facteurs limitant le recours fréquent à l'urgence, notamment le déploiement d'un meilleur continuum de soins s'appuyant sur une coordination importante des services hospitaliers. Des plans d'intervention individualisés auraient ainsi été déployés, quoiqu'uniquement pour une minorité de patients qui étaient grands utilisateurs de l'urgence, ceci dans le but de spécifier et standardiser les interventions offertes aux urgences à ces patients en lien avec les dispensateurs de soins ambulatoires. Élaborés en collaboration avec les patients et leur équipe traitante, ces plans auraient permis de mieux arrimer la prise en charge des patients à l'urgence avec les services ambulatoires, leur évitant parfois de prodiguer des soins aigus non essentiels. Le travail des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable déployées depuis plusieurs années a aussi été cité comme contribuant à la réduction de l'utilisation de soins aigus pour ces patients. Le déploiement d'une équipe spécialisée d'intervention rapide et de relais, d'un service de soutien spécialisé relié à l'orientation des patients suivant leur visite à l'urgence (module d'évaluation-liaison) ou d'une unité psychiatrique d'évaluation brève, était également considéré comme pouvant diminuer le recours fréquent des patients à l'urgence – quoique les interventions de ces équipes ne visaient pas spécifiquement les grands utilisateurs des services d'urgence. Le déploiement de comités visant une meilleure coordination de l'urgence avec les autres services de l'hôpital et les partenaires communautaires a finalement été identifié comme une initiative pouvant contribuer à diminuer l'engorgement des urgences.

TABLEAU 3

Exemples de citations de participants à l'étude concernant les facteurs encourageant (+) ou limitant (-) l'utilisation des services de l'urgence psychiatrique par les grands utilisateurs de ces services (3+ visites/année)

1- Système de santé:

Indisponibilité des services

« On est un petit organisme communautaire, qui offre des services 24/7 avec une équipe réduite parce que notre budget est réduit, notre financement est réduit aussi donc, non, je ne pense pas qu'on est suffisant. » (IF123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« Le ratio patient infirmière... C'est très difficile d'avoir des interventions aux patients. On est souvent débordé, on n'a pas vraiment le temps qu'il faudrait pour les accompagner. Quand tu as six patients en crise à t'occuper à l'urgence donc c'est un des facteurs. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Il n'y a pas de programme à long terme, tu sais, un an, deux ans pour travailler les difficultés. Alors, c'est un épisode de soins, puis bon, après si ça ne fonctionne pas, bien les équipes de centres locaux de services communautaires (CLSC) peuvent toujours proposer aussi de référer les gens vers la deuxième ligne pour avoir accès à nos groupes et notre cellule des troubles de personnalité. » (JL126-Infirmière-Autres départements de l'hôpital)

« On dirige beaucoup les gens vers l'urgence, parce que les services ne couvrent pas après certaines heures, notamment au-delà de 20 h en soirée et les fins de semaine. » (IF123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

Accès aux services

« Souvent, c'est difficile d'entrer dans le système de santé, mais quand tu y es déjà rentré, tu as au moins les services qui te sont appropriés selon tes besoins. La question majeure qu'on discute ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux tout le temps, c'est l'accès. » (AM118-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

« On est ouvert 24/7, les gens peuvent utiliser... Il y en a beaucoup qui utilisent les services d'intervention téléphonique, la nuit particulièrement (...) mais on ne va pas leur interdire l'accès aux services. Même si on sait qu'ils utilisent beaucoup les services d'urgence. » (IF123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« Parce que les patients qui ont un profil moins sévère on est supposé les arrimer avec la première ligne, c'est-à-dire avec le CLSC. Mais au niveau des CLSC, il y a facilement plusieurs mois d'attente, et ça, c'est compliqué. » (JC102-Médecin-Urgence)

« Si on prend Projet x, la liste d'attente est longue. Avant c'était automatique, mais maintenant les listes d'attente dans cet organisme sont de 2 ans. C'est beaucoup (...). Les patients ont le temps d'aller 20 fois à l'urgence entre-temps. » (MMD121-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

Gestion des services

« C'est très difficile de recevoir des services pour les patients. On est souvent débordé, on n'a pas vraiment le temps qu'il faudrait pour les accompagner. Quand tu as six patients en crise à t'occuper à l'urgence (...). Donc, c'est un des facteurs importants. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« L'accès et la continuité fonctionnent vraiment bien. Je pense notamment parce qu'on a une structure de poste d'urgence dédiée qui sont le Module d'intervention rapide et l'équipe spécialisée d'intervention rapide et de relais qui arrivent à fournir des premiers contacts avec les patients, généralement à l'intérieur de 2 semaines. » (JC102-Médecin-Urgence)

« Souvent, on va leur couper leur suivi après 12 ou 10 rencontres, même s'ils ont encore beaucoup de besoins, parce que le système ne permet pas que le suivi s'adapte aux besoins des gens. » (IF123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« C'est dur d'être en lien constamment. On appelle une place: "Ah! non, c'est un autre." "Ah! non! L'autre est parti en maternité." "Ah! non! Il a démissionné et il est parti." (...). On passe nos journées à courir pour savoir qui est responsable de qui ou de quoi. C'est ça l'impact aussi sur des années. » (ML117-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

2- Profils des patients

Profils cliniques

« Troubles de personnalité limite, ouais, c'est ça, exactement. Donc, on se retrouve nécessairement dans un cadre où ces patients-là dans certains cas transitent vers l'urgence, parce qu'ils sont moins capables de gérer leurs difficultés. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

« Même si l'accès, la continuité, l'adéquation des services étaient optimaux, les gens viendraient aux urgences. Pendant les soirées lorsque les gens sont seuls, soit ils vont consommer parce qu'ils sont seuls, soit ils vont consommer puis si ça va mal, ils vont venir à l'urgence. Donc, vous allez voir que l'urgence c'est toujours plein le soir, la nuit et la fin de semaine. » (AM118-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

Problèmes psychosociaux

« Ils n'ont souvent pas de soutien. Ce sont souvent des patients très vulnérables qui n'ont pas de ressources et qui ont de la difficulté à s'intégrer dans la communauté. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Les grands utilisateurs de l'urgence sont souvent sans domicile fixe. Ils sont dans la rue, ou ils habitent dans des endroits où c'est très, très, très inadéquat, qui leur amènent toutes sortes de problèmes de santé. Ils ont beaucoup de problèmes de santé, qui font en sorte que naturellement, santé physique, ensuite santé mentale, ça les amène à consulter plus fréquemment. » (JB115-Gestionnaire-Urgence)

Problèmes liés au suivi

« Les offres de services ne sont peut-être pas adéquates pour tout le monde. Oui, il y a des patients qui quittent, qui n'ont plus accès à des services spécialisés d'une certaine intensité, mais qui n'ont toujours pas acquis les habiletés nécessaires pour ne pas utiliser l'urgence, ce qui les fait y revenir. » (RM103-Médecin-Urgence)

« Mais il y a aussi, une fois que la crise est passée, il y a moins d'urgence à suivre. Fait que ce sont les deux côtés, le patient dit : "Ah! non, là, je vais bien, je n'ai plus besoin d'aide." Tu sais, il manque ses rendez-vous, il refuse les suivis qui lui sont offerts. Mais dès qu'il a de nouveau une crise, il revient aux urgences. » (KB122-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

Connaissances reliées aux services de santé mentale (SM)

« C'est difficile de savoir par quelle porte entrer. Même nous qui travaillons dans le système (...), il faut savoir à qui s'adresser. Et comment. Puis c'est assez difficile si un patient ne sait pas trop se diriger, entrer dans le système par l'urgence, ce n'est pas évident. » (JB115-Gestionnaire-Urgence)

3- Professionnels

Qualité des relations interprofessionnelles

« On partage les connaissances, on reste informé sur le patient, ses besoins... Donc, je pense qu'à ce niveau-là, la qualité est super. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Tu sais ce qu'on parlait tout à l'heure, le travail d'équipe, tout le monde est en silo, puis finalement ça tombe dans les craques. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

« Les psychiatres de garde sont à l'urgence 1 fois sur 3 semaines. Donc, ils protègent leur responsabilité à évaluer le patient et puis souvent, c'est à refaire. C'est comme si le travail va être à recommencer souvent à cause du manque d'efficacité. » (NF110-Infirmière-Urgence)

Expertise en SM

« Ils ne sont pas trop pressés à prendre des patients en SM (...). Parce que c'est plus complexe. Ce n'est pas comme quelqu'un qui vient : "J'ai mal au ventre. J'ai mal à la tête." Je te donne du Tylenol. Ce n'est pas la même chose. » (MMD121-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

« C'était vraiment un choix, tous on a une formation en SM, mais on n'a pas clairement une formation extra pour les dépendances. » (PR107-Infirmière-Urgence)

« Moi, je pense que les intervenants, ça dépend aussi de chaque intervenant, il y a ceux qui veulent se développer et il y a ceux qui restent dans leur confort. » (AM118-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

4-Organisation

Collaboration entre l'urgence et les ressources externes

« La communication est toujours défailante dans le système. Je sais que tout le monde est débordé, mais si on peut toujours ajouter un petit pourcentage dans la communication entre nous, ça aiderait beaucoup. » (AM118-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

« Un patient qui arrive, on nous transmet l'information dont on a besoin pour gérer la crise. » (KS101-Gestionnaire-Urgence)

« Il y a beaucoup de problèmes de transfert vers l'extérieur, il y a des lacunes entre les services de deuxième ligne et les services de première ligne. » (ML117-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

Introduction d'innovations dans l'urgence

« On a déjà mis en place des solutions comme des plans thérapeutiques pour certains patients avec comorbidité de maladies et troubles de la personnalité, dans lesquels avec l'équipe on s'est assis pour en discuter... Le plan thérapeutique pour ces patients-là, et dire qu'est-ce qu'on fait lorsque ces patients-là se présentent à l'urgence. Et qu'est-ce qu'on peut utiliser? » (PR107-Infirmière-Urgence)

« On explique, on expose les enjeux de la situation. On explore les pistes de solution, et généralement à l'issue de la rencontre, on finalise un document assez court d'une page avec les conduites à tenir qui seront appliquées lorsque le patient se présentera la prochaine fois. » (JC102-Médecin-Urgence)

« Chaque jour, le matin à 9 h 15, nous avons cette rencontre-là où tous les partenaires sont présents, sont dans cette réunion-là. On regarde le nombre de patients qu'il y a à l'urgence, on regarde qu'est-ce qu'il faut faire avec les patients (...). Est-ce qu'on peut les récupérer rapidement? Et ça, c'est important pour désengorger l'urgence et pour donner un coup de main à tout le monde. » (AM118-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

Autres innovations hors de l'urgence

« Souvent, les patients vont aussi être en situation d'itinérance. Donc, on regarde un tout petit peu si on peut les supporter. Parfois, on fait des demandes de collaboration par exemple avec l'hôpital universitaire x – ils ont une équipe de suivi spécialisée en dépendances. » (FMD114-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

« Mais une fois qu'ils sont suivis par l'équipe spécialisée d'intervention rapide et de relais, ça va, ça réduit quand même fortement la fréquentation d'utilisation de l'urgence, parce que même si le prochain rendez-vous est dans un mois, ils savent qu'ils peuvent appeler. Ils savent que si la médication ne fonctionne pas, ils ne sont pas obligés de venir à l'urgence. Il faut juste rechanger leurs antidépresseurs qu'ils n'ont pas tolérés deux jours après. Donc, s'il y a un service comme celui-ci en lien avec l'urgence, j'ai l'impression, oui, que cela diminue l'utilisation des grands utilisateurs de l'urgence qui ne sont pas encore pris en charge. » (RM103-Médecin-Urgence)

« Je pense qu'il y a une année où on a eu plus de 900 demandes ici dans le cadre du module d'évaluation/liaison, pour donner des chiffres là, mais ça tourne toujours alentour de ça, de ces chiffres-là, pour lesquels on ouvre les requêtes. Bien, c'est ça, des patients qui n'ont pas eu besoin de se présenter à l'urgence. On travaille plutôt en parallèle. » (JL126-Infirmière-Autres départements de l'hôpital)

« Je vous dirais qu'au niveau des troubles psychotiques, la continuité des services, il y a une belle continuité. Là, on parle des équipes de suivi intensif, les équipes de soutien d'intensité variable et de la clinique externe. » (JB115-Gestionnaire-Urgence)

« Ça dépend de quelle équipe les suivait. Notamment, si c'est un patient qui est suivi par l'équipe de soutien d'intensité variable, il est bien couvert. » (KB122-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

Innovations à déployer

« Je pense que les alternatives à l'urgence et les collaborations, justement, ça serait de développer des collaborations avec les hébergements de dernière minute, des programmes de réinsertion dans la communauté. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Ce qui pourrait être amélioré aussi ça serait d'informatiser le tout. On a encore des dossiers papier, on est 5 ans en arrière par rapport à d'autres établissements. » (ML117-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

« Je pense que d'élaborer un plan et de faire des réunions avec les acteurs principaux pour justement offrir des alternatives aux patients (...). Ça serait comme un plan de communication: qu'est-ce qu'on fait avec l'équipe, de "flaguer" les grands utilisateurs de l'urgence, et puis de travailler en équipe. Quel est le plan? Quand ils arrivent? Qu'est-ce qu'on fait? Pour que tout le monde connaisse et opérationnalise le plan. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Je pense qu'en termes de collaboration, on est en contact avec à peu près tous les acteurs. Je pense que l'enjeu c'est plus le renforcement des liens avec les centres de crise. » (JC102-Médecin-Urgence)

« C'est un défi qu'on remplace l'urgence par autre chose, qu'on ait des endroits dans la communauté où les gens peuvent aller quand ça ne va pas bien. Un peu comme ce qui se fait aux États-Unis, dans l'état de New York, il y a des services de préurgence. » (RM113-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

« Est-ce que ces grands utilisateurs-là des urgences ont un droit de parole? Est-ce qu'ils peuvent nous dire pourquoi ils sont tannés du système? Je pense que ça serait un sujet intéressant à regarder. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

IV. Discussion

Cette étude a permis de cerner les facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'une urgence psychiatrique du Québec par les patients grands utilisateurs de ces services (3+ visites/année). Globalement, les facteurs liés au système de santé et aux profils des patients ont été davantage abordés que ceux liés aux caractéristiques professionnelles et organisationnelles. Ce sont très majoritairement des facteurs encourageant l'utilisation fréquente de l'urgence qui ont été identifiés, contrairement à ceux limitant son recours, lesquels étaient principalement composés de quelques innovations déployées aux urgences. Peu de variations ont été observées entre les groupes de participants (travailleurs de l'urgence, autres services de l'hôpital, partenaires de l'urgence) au niveau des facteurs contribuant au recours fréquent à l'urgence. Cette conformité du discours peut s'expliquer par le fait que de tels problèmes sont récurrents depuis plusieurs années, par l'alignement des objectifs et missions des établissements de santé d'un même réseau, et par le partage de croyances, valeurs et guides de bonnes pratiques entre les différents professionnels de la santé. Ce contexte a pu mener à une vision commune des problèmes, enjeux et défis à relever au niveau des services en SM, incluant les urgences (Fleury et al., 2018 ; Marchand, 2020 ; MSSS, 2022).

L'utilisation fréquente de l'urgence peut principalement s'expliquer par le fait que, lorsque les ressources ambulatoires ne sont pas disponibles pour répondre aux besoins des patients, les services d'urgence peuvent devenir le fournisseur «de facto» des soins en SM (Nesper et al., 2016), ou le dernier recours de ces patients (Rimmer, 2021). Dans les dernières années, certains pays ont investi davantage que le Québec dans la consolidation de leurs services en SM : alors qu'en Grande-Bretagne l'investissement en SM atteignait 13 % du budget de la santé, cet investissement n'était que de 5 à 7 % au Canada et 5,9 % au Québec en 2020-2021 (Bartram, 2019 ; MSSS, 2021 ; Wang et al., 2018). En plus de favoriser l'engorgement des urgences, cette situation est l'un des principaux facteurs susceptibles d'affecter l'efficacité de l'urgence à traiter les patients et à les coordonner vers les services ambulatoires appropriés (Morley et al., 2018 ; Zaboli et al., 2016).

Au Québec, l'accès limité aux omnipraticiens, particulièrement pour certaines clientèles vulnérables, ainsi qu'aux services de soutien de plus longue durée intégrant le soutien en logement sont d'autres facteurs pouvant expliquer l'utilisation fréquente des urgences (Armoon

et al., 2022; Fleury et al., 2019a). Bien que l'accès à la psychothérapie ait démontré son efficacité dans des pays comme la Grande-Bretagne et l'Australie (Chen et Cardinal, 2021; Clark, 2018), cela demeure toujours un enjeu clé au Québec (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017; Vasiliadis et al., 2015). Les équipes de SM déployées en CLSC à partir des années 2007 ont permis la consolidation de ces services, mais leur accès est contraint par d'importantes listes d'attente, variant selon les cas prioritaires (Fleury et al., 2018; Pilon-Larose, 2022). Selon un rapport récent, seulement deux tiers des Canadiens auraient accès à une assurance privée offerte par l'employeur et donnant accès à du soutien psychologique, et cet accès demeure souvent limité (Canadian Life and Health Insurance Association [CLHIA], 2018). Visant à améliorer l'accès et la qualité des soins en SM de première ligne, le « Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie » (PQPTM) a récemment été implanté et intègre des guides de bonnes pratiques et du monitoring clinique continu orienté vers l'approche de soins par étape (MSSS, 2020). Dans les dernières années, les équipes psychosociales en GMF ont aussi été élargies et incluent maintenant, entre autres, des travailleurs sociaux (Pépin et al., 2021). Mais l'implantation de ces initiatives demeure insuffisante et contribue à l'engorgement de l'urgence. Les résultats d'une étude américaine recommandent la consolidation des services de première ligne comme stratégie pour réduire la fréquence de recours aux services d'urgence (Tsai et al., 2018).

Au niveau des profils des patients grands utilisateurs, les facteurs rapportés comme pouvant encourager leur recours à l'urgence sont conformes à la littérature, laquelle identifie ces patients comme ayant des troubles psychotiques, de la personnalité et de dépendance, ainsi que des problèmes physiques chroniques associés (Gentil et al., 2021; Slankamenac et al., 2020). Le traitement de la schizophrénie, par exemple, entraîne souvent des complications reliées à la gestion des effets secondaires de la médication et des maladies physiques chroniques (Hardy et al., 2018; Shim et al., 2014). Ces patients ont souvent des situations de vie précaires (p. ex. instabilité résidentielle) pouvant mener à une utilisation fréquente de l'urgence (Fiorillo, 2018; Sullivan, 2012). Plusieurs années peuvent s'écouler entre le premier épisode psychotique et les premiers traitements (Bernardin et al., 2017), pouvant aussi expliquer dans leur cas le recours à l'urgence. Quelques études démontrent que les grands utilisateurs des services d'urgence sont majoritairement en situation économique précaire, sans emploi

et isolés socialement, ce qui contribue à leurs difficultés d'accès aux services ambulatoires et peut justifier leur utilisation fréquente des urgences (Chen et al., 2021; Moe et al., 2021). Les patients ayant des dépendances sont aussi souvent identifiés comme ayant des difficultés d'adhésion à leurs traitements (Haddad et al., 2014; Lew et al., 2006), pouvant expliquer l'utilisation élevée des services d'urgence. Tel que suggéré dans une étude récente (Banerjee et al., 2021), il est recommandé de mieux informer les patients au sujet de leur traitement et de les motiver à y adhérer, ce qui pourrait contribuer à diminuer leur recours à l'urgence. Un plus vaste déploiement de certaines interventions dans les urgences, dont des infirmières de liaison visant le dépistage, le déploiement d'interventions brèves, l'orientation des patients vers des services (Nakai et al., 2022), ainsi qu'un plus grand nombre de services de différente intensité de type « gestion de cas » dans les services ambulatoires, sont des initiatives qui pourraient permettre de mieux cibler les patients vulnérables et grands utilisateurs de l'urgence qui ne sont pas adéquatement desservis par les services ambulatoires, et de mieux répondre à leurs multiples besoins (Stanton et Osoteo, 2016).

Au niveau des caractéristiques professionnelles, l'insuffisance de communication, l'instabilité et la rotation du personnel peuvent expliquer les difficultés du travail d'équipe à l'urgence comme dans les services de première ligne du territoire. Des études ont démontré que les problèmes de communication entre coéquipiers réduisent la qualité des soins prodigués aux patients et peuvent entraîner leur retour dans ces services pour répondre à des besoins non satisfaits (Babiker et al., 2014; Rosen et al., 2018). La rotation et l'instabilité du personnel entraînent des investissements importants dans la formation et la supervision des nouveaux employés, contraignant ainsi les ressources des organisations (Halter et al., 2017; Knight et al., 2013). Ces difficultés peuvent aussi s'expliquer par des problèmes de coordination et de leadership au sein de l'hôpital (Benzer et al., 2012; Hagemann & Kluge, 2017), et par l'autonomie du corps médical, qui empêche parfois les médecins de s'intégrer adéquatement aux équipes cliniques (Kozłowska et al., 2018).

Notre étude a souligné comment la complexité de l'organisation des services en SM et de la gestion de l'urgence peut favoriser l'utilisation fréquente de ces services. La littérature confirme que l'urgence est un milieu stressant où l'état des patients est souvent critique, et où les soignants doivent faire face à une charge de travail élevée comprenant un rythme rapide de travail, des situations souvent difficiles et des

problèmes de santé diversifiés (Franklin et al., 2011). Ces situations simultanées et souvent complexes impliquent que les professionnels qui y exercent développent des compétences « multitâches » (Augenstein et al., 2021) qui ne sont pas faciles à acquérir et qui, si elles ne sont pas maîtrisées, peuvent causer stress et épuisement professionnel – ce qui peut diminuer la sécurité et l'efficacité des soins, conduisant potentiellement au retour des patients à l'urgence (Hacimusalar et al., 2021; Westbrook et al., 2018). Le travail des équipes de l'urgence implique aussi l'orientation ou le transfert des patients lors de leur congé, ce qui requiert une bonne connaissance des ressources ambulatoires du territoire. Mais à l'instar de la littérature (Samuels-Kalow et al., 2020), notre étude a souligné que le personnel de soins et les patients ont une connaissance insuffisante des ressources ambulatoires existantes. Cette lacune a surtout été signalée par les participants travaillant à l'urgence et les partenaires de l'urgence, ceci en dépit du fait que ces 2 groupes ont rapporté une ancienneté plus élevée que les participants issus de services autres que l'urgence de l'hôpital. Enfin, la réticence des omnipraticiens, principaux dispensateurs de services de première ligne, à traiter les patients ayant des troubles mentaux sévères ou complexes pourrait expliquer en partie l'achalandage aux urgences (Fleury et al., 2019b; Karazivan et al., 2017). Le traitement de ces patients s'avère difficile en première ligne en raison de l'incertitude inhérente aux présentations psychiatriques indifférenciées lors des premiers signes de la maladie, et du temps de consultation souvent très limité (Silveira et al., 2016). La fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie en première ligne, particulièrement auprès des groupes de médecine de famille, a aussi été peu implantée globalement (Fleury et al., 2021), ce qui restreint son effet positif potentiel sur la fréquence d'utilisation des urgences.

Peu de facteurs limitant le recours fréquent à l'urgence ont été identifiés. De toutes les innovations développées pour endiguer l'utilisation de l'urgence par les grands utilisateurs de ces services, seuls les plans d'intervention ont été mentionnés, mais ils n'ont été établis que pour une minorité de patients. Les patients grands utilisateurs contribuent ainsi à l'augmentation des dépenses globales en santé et nuisent à la prise en charge de l'ensemble des patients (Moschetti et al., 2018; Stone et al., 2014). L'insuffisance des innovations à l'urgence peut s'expliquer par l'instabilité du personnel et le manque de communication entre les différents acteurs, deux facteurs pouvant compromettre le succès et la durabilité des innovations envisagées (Kahan et al., 2016; Knight

et al., 2013). Et si la littérature démontre que les plans d'intervention sont efficaces pour freiner le recours fréquent aux urgences (Gabet et al., 2023; Pope et al., 2000), d'autres innovations gagneraient aussi à être déployées, notamment la gestion de cas (Lintzeris et al., 2020) et, potentiellement, les pairs aidants déployés aux urgences qui pourraient favoriser l'engagement des patients envers les services ambulatoires (Nossel et al., 2016).

V. Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces et limites. Elle est originale en ce sens qu'elle examine les perceptions complémentaires des professionnels de soins de l'urgence, des autres services de l'hôpital et des partenaires de l'urgence dans le but de cerner les raisons expliquant l'utilisation fréquente de l'urgence en lien avec son réseau de soins ambulatoires. La problématique des grands utilisateurs des urgences en SM au Québec demeure à ce jour peu étudiée. Concernant les limites de l'étude, les participants ont été recrutés dans un seul service d'urgence, celui d'un institut universitaire en SM situé dans un grand centre urbain, par conséquent les résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres types d'hôpitaux, aux urgences non psychiatriques ou à des territoires autres qu'urbains. Les innovations déployées pour les grands utilisateurs de l'urgence étaient peu nombreuses dans le site à l'étude, ce qui restreint l'étude des facteurs ayant pu limiter son utilisation par ces patients. Les facteurs encourageants et limitants identifiés ici ne peuvent pas non plus être considérés comme équivalents : un seul de ces facteurs peut affecter ou masquer l'effet de plusieurs facteurs de moindre importance. Enfin, les perspectives des grands utilisateurs des services d'urgence et de leurs proches n'ont pas été explorées, bien que leurs points de vue soient importants et puissent différer de ceux des professionnels de soins.

VI. Conclusion

Basée sur les perceptions des professionnels de soins d'une urgence psychiatrique du Québec, cette étude a permis d'identifier les facteurs clés encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence des patients grands utilisateurs de ces services pour raisons de SM. Globalement, peu de facteurs limitant l'utilisation fréquente de l'urgence ont été signalés. Nos résultats soulignent des lacunes impor-

tantes dans la disponibilité et la coordination des services en SM, dans l'expertise et la stabilité des équipes cliniques de soins, et dans la prise en charge de patients vulnérables ayant des troubles mentaux complexes. De telles lacunes contribuent à encourager ces patients à utiliser fréquemment l'urgence. L'étude soutient l'importance de développer davantage d'innovations à l'urgence, en lien avec les autres services de l'hôpital et de la communauté, afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs de l'urgence et d'ainsi réduire leur utilisation de ces services. L'urgence pourrait notamment mieux dépister les patients grands utilisateurs de ses services et développer pour eux des plans d'intervention en lien avec les services ambulatoires. Des interventions motivationnelles visant une meilleure adhésion aux traitements, des services d'orientation et des interventions brèves ou de gestion de cas pourraient être mieux déployés à l'urgence, jusqu'à la prise en charge ambulatoire des patients. Baromètre de la qualité des services en SM, l'urgence devrait être mieux arrimée aux services ambulatoires, et monitorer sur une base continue la qualité de ses services en lien avec les services ambulatoires de son territoire à partir d'indicateurs de performance; cette stratégie permettrait d'identifier les principaux problèmes d'adéquation des soins afin de mieux répondre aux besoins. Enfin, l'urgence ne devrait jamais remplacer les services ambulatoires nécessaires pour le suivi continu ou l'accès aux soins de patients ayant des troubles mentaux et particulièrement vulnérables.

RÉFÉRENCES

- Abello, A., Brieger, B., Dear, K., King, B., Ziebell, C., Ahmed, A. et Milling, T. J. (2012). Care plan program reduces the number of visits for challenging psychiatric patients in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30(7), 1061-1067. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.07.002>
- Armoon, B., Cao, Z., Grenier, G., Meng, X. et Fleury, M.-J. (2022). Profiles of high emergency department users with mental disorders. *The American Journal of Emergency Medicine*, 54, 131-141. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.01.052>
- Augenstein, T., Schneider, A., Wehler, M. et Weigl, M. (2021). Multitasking behaviors and provider outcomes in emergency department physicians: Two consecutive, observational and multi-source studies. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29, 14. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00824-8>
- Babiker, A., El Husseini, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F. et Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(2), 9-16.

- Banerjee, A., Dreisbach, E., Smyres, C., Ence, T., Brennan, J. et Coyne, C. J. (2021). Barriers to medication adherence in the emergency department: A cross-sectional study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 45, 415-419. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.09.021>
- Barratt, H., Rojas-García, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S., Thomas, J., Pilling, S. et Raine, R. (2016). Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 11(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154449>
- Bartram, M. (2019). Income-based inequities in access to mental health services in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de Santé publique*, 110(4), 395-403. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00204-5>
- Benzer, J. K., Beehler, S., Miller, C., Burgess, J. F., Sullivan, J. L., Mohr, D. C., Meterko, M. et Cramer, I. E. (2012). Grounded Theory of Barriers and Facilitators to Mandated Implementation of Mental Health Care in the Primary Care Setting. *Depression Research and Treatment*, e597157. <https://doi.org/10.1155/2012/597157>
- Bernardin, F., Mignot, T., Schwan, R. et Laprevote, V. (2017). Prise en charge neuropsychologique des patients présentant un état mental à risque de psychose. *L'information psychiatrique*, 93(8), 704-708. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1697>
- Birmingham, L. E., Cochran, T., Frey, J. A., Stiffler, K. A. et Wilber, S. T. (2017). Emergency department use and barriers to wellness: A survey of emergency department frequent users. *BMC Emergency Medicine*, 17, 16. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0126-5>
- Bodenmann, P., Kasztura, M., Graells, M., Schmutz, E., Chastonay, O., Canepa-Allen, M., Moullin, J., von Allmen, M., Lemoine, M., Hugli, O., Daepfen, J.-B. et Grazioli, V. S. (2021). Healthcare Providers' Perceptions of Challenges with Frequent Users of Emergency Department Care in Switzerland: A Qualitative Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211028173. <https://doi.org/10.1177/00469580211028173>
- Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA). (2018). *Canadian Life and Health Insurance Facts, 2018 Edition*. CLHIA. https://www.clhia.ca/web/clhia_lp4w_Ind_webstation.nsf/page/1B00C9E89A243EE08525846C0047B7FA
- Chen, A., Ospina, M., McRae, A., McLane, P., Hu, X. J., Fielding, S. et Rosychuk, R. J. (2021). Characteristics of frequent users of emergency departments in Alberta and Ontario, Canada: An administrative data study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 23(2), 206-213. <https://doi.org/10.1007/s43678-020-00013-7>
- Chen, S. et Cardinal, R. N. (2021). Accessibility and efficiency of mental health services, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(9), 674-679. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.273383>
- Choo, E. K., Garro, A. C., Ranney, M. L., Meisel, Z. F. et Morrow Guthrie, K. (2015). Qualitative Research in Emergency Care Part I: Research Principles and Common Applications. *Academic Emergency Medicine*, 22(9), 1096-1102. <https://doi.org/10.1111/acem.12736>
- Clark, D. M. (2018). Realising the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C. et Gillis, K. (2018). Exploring the Experiences of Persons Who Frequently Visit the Emergency Department for Mental Health-Related Reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587-599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>
- Drisko, J. et Maschi, T. (2015). *Content Analysis*. Oxford University Press.
- Fiorillo, A. (2018). The complexity of vulnerability to psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), 138-139. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000690>
- Fleury, M.-J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, É. et Vasiliadis, H.-M. (2019a). Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization. *BMC Emerg Med*, 19(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0223-8>
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., Farand, L. et Chiocchio, F. (2018). [Evaluation of the Mental Health Action Plan (2005-2015): Integration and Performance of Service Networks]. *Santé mentale au Québec*, 43(1), 15-38.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Farand, L. et Ferland, F. (2019b). Use of Emergency Rooms for Mental Health Reasons in Quebec: Barriers and Facilitators. *Administration and Policy in Mental Health*, 46(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0889-3>
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Gentil, L. et Roberge, P. (2021). Deployment of the consultation-liaison model in adult and child-adolescent psychiatry and its impact on improving mental health treatment. *BMC Family Practice*, 22(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01437-5>
- Fleury, M.-J., Proulx, R., Hachimi-Idrissi, N., Israel, M., Cloutier, C. et Wilson, V. (2017). *Études d'innovations et des grands utilisateurs des services et patients en crise suicidaire à l'urgence visant à optimiser l'adéquation des services aux patients ayant des troubles mentaux Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services sociaux (FSISSS)*.
- Fleury, M.-J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H.-M., Huynh, C., Grenier, G., Pelletier, E. et Lesage, A. (2019c). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2580>
- Franklin, A., Liu, Y., Li, Z., Nguyen, V., Johnson, T. R., Robinson, D., Okafor, N., King, B., Patel, V. L. et Zhang, J. (2011). Opportunistic decision making and complexity in emergency care. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(3), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.04.001>
- Gabet, M., Armoon, B., Meng, X. et Fleury, M.-J. (2023). Effectiveness of emergency department based interventions for frequent users with mental health issues: A systematic review. *The American Journal of Emergency Medicine*, 74, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.008>
- Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H.-M., Huynh, C. et Fleury, M.-J. (2021). Predictors of Recurrent High Emergency Department Use among Patients with Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4559. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094559>

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Hacimusalar, Y., Misir, E., Civan Kahve, A., Demir Hacimusalar, G., Alperen Guclu, M. et Karaaslan, O. (2021). The effects of working and living conditions of physicians on burnout level and sleep quality. *La Medicina del Lavoro*, 112(5), 346-359. <https://doi.org/10.23749/mdl.v112i5.11268>
- Haddad, P. M., Brain, C. et Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*, 5, 43-62. <https://doi.org/10.2147/PROM.S42735>
- Hagemann, V. et Kluge, A. (2017). Complex Problem Solving in Teams: The Impact of Collective Orientation on Team Process Demands. *Frontiers in Psychology*, 8, 1730. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01730>
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S. et Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(1), 824. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2707-0>
- Hardy, M., Jackson, C. et Byrne, J. (2018). Antipsychotic adherence and emergency department utilization among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 201, 347-351. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.006>
- Health Quality Ontario. (2016). *Under Pressure—Emergency Department Performance in Ontario*. <http://underpressure.hqontario.ca/>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. INESSS.
- Kahan, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Hwang, S. W., Wasylenki, D. A., Kurdyak, P., Wise Harris, D., Gozdzik, A. et Stergiopoulos, V. (2016). Integrating care for frequent users of emergency departments: Implementation evaluation of a brief multi-organizational intensive case management intervention. *BMC Health Services Research*, 16, 156. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1407-5>
- Karazivan, P., Leclaire, M. et Andres, C. (2017). Les médecins de famille et la santé mentale: Une expertise en mal de reconnaissance ou une pratique différente de celle des psychiatres? *Santé mentale au Québec*, 42(1), 411-424. <https://doi.org/10.7202/1040262ar>
- Kerman, N., Aubry, T., Adair, C. E., Distasio, J., Latimer, E., Somers, J. et Stergiopoulos, V. (2020). Effectiveness of Housing First for Homeless Adults with Mental Illness Who Frequently Use Emergency Departments in a Multisite Randomized Controlled Trial. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(4), 515-525. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01008-3>
- Kilbourne, A. M., Neumann, M. S., Pincus, H. A., Bauer, M. S. et Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: Application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science*, 2(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-42>
- Knight, D. K., Becan, J. E. et Flynn, P. M. (2013). The Impact of Staff Turnover on Workplace Demands and Coworker Relationships. *Counselor (Deerfield Beach, Fla.)*, 14(3), 20-23.

- Kozłowska, O., Lumb, A., Tan, G. D. et Rea, R. (2018). Barriers and facilitators to integrating primary and specialist healthcare in the United Kingdom: A narrative literature review. *Future Healthcare Journal*, 5(1), 64-80. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.5-1-64>
- Lew, K. H., Chang, E. Y., Rajagopalan, K. et Knoth, R. L. (2006). The effect of medication adherence on health care utilization in bipolar disorder. *Managed Care Interface*, 19(9), 41-46.
- Lintzeris, N., Deacon, R. M., Shanahan, M., Clarke, J., MacFarlane, S., Leung, S., Schulz, M., Jackson, A., Khamoudes, D., Gordon, D. E. A. et Demirkol, A. (2020). Evaluation of an Assertive Management and Integrated Care Service for Frequent Emergency Department Attenders with Substance Use Disorders: The Impact Project: Evaluating an assertive management service for frequent ED attenders with substance use disorders. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.5343>
- Lofchy, J., Boyles, P. et Delwo, J. (2015). La psychiatrie d'urgence: Formation et pratique clinique. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de Psychiatrie*, 60(7), Art. 7.
- Marchand, S. (2020). *Normes fondamentales de la pratique professionnelle: Un guide à l'intention du personnel clinique et des gestionnaires Directions et instances ayant pour mission le soutien à la pratique professionnelle et la qualité des soins et des services*. Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011). *Rapport annuel de gestion 2010 -2011. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux*.
- Moe, J., O'Sullivan, F., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Grafstein, E., Hohl, C. M., Trimble, J. et McGrail, K. M. (2021). Characteristics of frequent emergency department users in British Columbia, Canada: A retrospective analysis. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(1), E134-E141. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200168>
- Moe, J., Wang, E. (Yuequiao), McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Hohl, C. M., Grafstein, E., O'Sullivan, F., Trimble, J. et McGrail, K. M. (2022). People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta: A retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 10(1), E220-E231. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210131>
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J. et Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Moschetti, K., Iglesias, K., Baggio, S., Velonaki, V., Hugli, O., Burnand, B., Daeppen, J.-B., Wasserfallen, J.-B. et Bodenmann, P. (2018). Health care costs of case management for frequent users of the emergency department: Hospital and insurance perspectives. *PLOS ONE*, 13(9), e0199691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199691>
- MSSS. (2021). *Dépenses par programme et par centre d'activités-Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/>

- MSSS. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif: Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux).
- MSSS. (2020). *Programme québécois pour les troubles mentaux: Des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM) – Professionnels de la santé – MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/a-propos/>
- Nakai, Y., Nitta, Y. et Hashimoto, R. (2022). Intervention of Coordination by Liaison Nurse Where Ward Staff Struggled to Establish a Therapeutic Relationship with a Patient Because of Failure to Recognize Delirium: A Case Study. *Healthcare*, 10(7), 1335. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071335>
- Navas, C., Wells, L., Bartels, S. A. et Walker, M. (2022). Patient and Provider Perspectives on Emergency Department Care Experiences among People with Mental Health Concerns. *Healthcare*, 10(7), 1297. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071297>
- Nesper, A. C., Morris, B. A., Scher, L. M. et Holmes, J. F. (2016). Effect of Decreasing County Mental Health Services on the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 67(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.007>
- Nossel, I. R., Lee, R. J., Isaacs, A., Herman, D. B., Marcus, S. M. et Essock, S. M. (2016). Use of Peer Staff in a Critical Time Intervention for Frequent Users of a Psychiatric Emergency Room. *Psychiatric Services*, 67(5), 479-481. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500503>
- Pépin, M.-É., Guillette, M., Belzile, L. et Couturier, Y. (2021). Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces. *Intervention*.
- Pilon-Larose, H. (2022, janvier 25). Santé mentale: Québec ne parvient toujours pas à réduire sa liste d'attente. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-01-25/sante-mentale/quebec-ne-parvient-toujours-pas-a-reduire-sa-liste-d-attente.php>
- Pope, D., Fernandes, C. M., Bouthillette, F. et Etherington, J. (2000). Frequent users of the emergency department: A program to improve care and reduce visits. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 162(7), 1017-1020.
- Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D. et Cheng, L. (2020). Reasons for Frequent Psychiatric Emergency Service Use in a Large Urban Center. *Psychiatric Services*, 71(5), 440-446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800532>
- Rimmer, A. (2021). Mental health: Staff shortages are causing distressingly long waits for treatment, college warns. *BMJ*, 375, n2439. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2439>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J. et Weaver, S. J. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *The American psychologist*, 73(4), 433-450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Saini, P., McIntyre, J., Corcoran, R., Daras, K., Giebel, C., Fuller, E., Shelton, J., Wilson, T., Comerford, T., Nathan, R. et Gabbay, M. (2019). Predictors of emergency department and GP use among patients with mental health conditions: A public health survey. *The British Journal of General Practice*, 70(690), e1-e8. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X707093>

- Samuels-Kalow, M. E., Molina, M. F., Ciccolo, G. E., Curt, A., Cleveland Manchanda, E. C., de Paz, N. C. et Camargo, C. A. (2020). Patient and Community Organization Perspectives on Accessing Social Resources from the Emergency Department: A Qualitative Study. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(4), 964-973. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.3.45932>
- Shim, R. S., Druss, B. G., Zhang, S., Kim, G., Oderinde, A., Shoyinka, S. et Rust, G. (2014). Emergency department utilization among Medicaid beneficiaries with schizophrenia and diabetes: The consequences of increasing medical complexity. *Schizophrenia research*, 152(0), 490-497. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.12.002>
- Silveira, J., Rockman, P., Fulford, C. et Hunter, J. (2016). Évaluer les risques dans le cas de troubles mentaux indifférenciés. *Canadian Family Physician*, 62(12), 983-990.
- Slankamenac, K., Heidelberger, R. et Keller, D. I. (2020). Prediction of Recurrent Emergency Department Visits in Patients with Mental Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00048>
- Stanton, A. et Osoteo, K. (2016). Effect of Case Management on Frequency of Emergency Department Visits by Persons with Mental Illness: A Systematic Review. *Williams Honors College, Honors Research Projects*. https://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/245
- Stone, C., Rosella, L. et Goel, V. (2014). Les grands utilisateurs des soins de santé: point de vue de la santé de la population. *Canadian Family Physician*, 60(9), 790-792.
- Sullivan, P. F. (2012). Puzzling over schizophrenia: Schizophrenia as a pathway disease. *Nature Medicine*, 18(2), 210-211. <https://doi.org/10.1038/nm.2670>
- Tsai, M.-H., Xirasagar, S., Carroll, S., Bryan, C. S., Gallagher, P. J., Davis, K. et Jauch, E. C. (2018). Reducing High-Users' Visits to the Emergency Department by a Primary Care Intervention for the Uninsured: A Retrospective Study. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 55, 0046958018763917. <https://doi.org/10.1177/0046958018763917>
- Vandyk, A. D., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D. et Harrison, M. B. (2014). Profiling Frequent Presenters to the Emergency Department for Mental Health Complaints: Socio-Demographic, Clinical, and Service Use Characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 420-425. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.09.001>
- Vasiliadis, H.-M., Dezetter, A., Lesage, A. et Drapeau, M. (2015). Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada: Réflexions et expériences de pays francophones. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 15-30. <https://doi.org/10.7202/1036090ar>
- Vu, F., Daepfen, J.-B., Hugli, O., Iglesias, K., Stucki, S., Paroz, S., Canepa Allen, M. et Bodenmann, P. (2015). Screening of mental health and substance users in frequent users of a general Swiss emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0053-2>
- Walker, E. R., Fukuda, J., McMonigle, M., Nguyen, J. et Druss, B. G. (2021). A Qualitative Study of Barriers and Facilitators to Transitions from the Emergency Department to Outpatient Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 72(11), 1311-1319. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000299>

- Wang, J., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Dezetter, A. et Lesage, A. (2018). Public Expenditures for Mental Health Services in Canadian Provinces: Dépenses publiques pour les services de santé mentale dans les provinces canadiennes. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 63(4), 250-256. <https://doi.org/10.1177/0706743717741059>
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: Une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Actes du Colloque Bilan et Perspectives de la Recherche qualitative*, 3, 243-272.
- Westbrook, J. I., Raban, M. Z., Walter, S. R. et Douglas, H. (2018). Task errors by emergency physicians are associated with interruptions, multitasking, fatigue and working memory capacity: A prospective, direct observation study. *BMJ Quality & Safety*, 27(8), 655-663. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007333>
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S. W. et Stergiopoulos, V. (2017). «Hospital was the Only Option»: Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(3), 405-412. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0728-3>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Sage Publications.
- Zaboli, R., Shokri, M., Javadi, M. S., Teymourzadeh, E. et Ameryoun, A. (2016). Factors Affecting Quality of Emergency Service in Iran's Military Hospitals: A Qualitative Study. *Electronic Physician*, 8(9), 2990-2997. <https://doi.org/10.19082/2990>