

Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux



SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Numéro 31

PRINCIPAUX CONSTATS

- En 2014-2015, 12 % de la population québécoise a reçu un diagnostic de troubles mentaux, incluant les troubles liés aux substances psychoactives, ce qui représente plus de 865 000 personnes.
 - Parmi ces personnes, 39 % ont visité l'urgence et, de ce nombre, 34 % ont été hospitalisées pour toutes sortes de raisons de santé.
 - Près de deux fois plus de personnes ayant des troubles mentaux ont visité les urgences ou ont été hospitalisées comparativement à celles sans troubles mentaux.
- Les maladies physiques ont constitué la principale raison des visites à l'urgence et de l'hospitalisation de ces personnes ayant des troubles mentaux. L'utilisation de l'urgence par ces dernières y était reliée dans 77 % des cas, soulignant l'importance des maladies physiques concomitantes aux troubles mentaux chez ces personnes.
- Parmi les personnes avec des troubles mentaux ayant visité les urgences en 2014-2015 :
 - Plus de 16 % d'entre elles étaient de « grands utilisateurs », avec entre 4 et 11 visites par année et 1 % de « très grands utilisateurs », avec 12 visites et plus par année.
 - Les « grands et très grands utilisateurs » ont constitué près de la moitié du volume des visites aux urgences et des hospitalisations en 2014-2015.
- Près de 4 personnes sur 10 aux prises avec des troubles mentaux (37 %) ont consulté les services médicaux ambulatoires à une semaine de leur visite à l'urgence. Chez les personnes sans troubles mentaux, cette proportion était de 25 %. L'urgence semble ainsi être la voie privilégiée à la résolution de problèmes de santé « perçus comme urgents à traiter » pour une majorité de personnes.
- À moins d'un mois de leur sortie de l'urgence ou de leur hospitalisation, 71 % de patients atteints de troubles mentaux ont reçu un contact médical ambulatoire en 2014-2015 (pour toutes raisons). Ces résultats sont encourageants dans le cadre des réformes en cours. Ce taux était de 56 % chez les personnes sans troubles mentaux.
- Les résultats de cette étude démontrent aussi des écarts importants dans l'adéquation des soins des personnes atteintes de troubles mentaux, comparativement à celles sans troubles mentaux, que ce soit dans le nombre d'hospitalisations de plus de 30 jours, la récurrence des visites à l'urgence en moins de 30 jours et l'utilisation de l'urgence pendant 3 ou 5 années consécutives.

Introduction

Dans la plupart des études québécoises ou internationales, une personne sur trois est estimée à risque d'être affectée de troubles mentaux (TM), incluant les troubles liés aux substances psychoactives (TLS) au cours de sa vie (1,2). Moins d'une personne sur deux ayant des TM-TLS (33 % à 46 %) rapporte utiliser les services pour raisons de santé mentale, incluant les TLS sur une période de 12 mois, dans la plupart des pays industrialisés et au Québec (3-5). De plus, un grand nombre de ces patients ont des besoins non comblés (6,7) pouvant entraîner le recours aux services d'urgence. Les patients avec des TM-TLS sont aussi réputés être de grands utilisateurs de l'urgence, y effectuant souvent 4 visites et plus par année (8-10) et fréquentant parfois l'urgence sur plusieurs années à répétition (11,12).

En Amérique du Nord, de 4 % à 12 % des visites à l'urgence sont évaluées pour raisons de santé mentale (13-15), et ces dernières visites augmenteraient de 15 % depuis la fin des années 2000 (15). Au Québec, le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être établit à 6 % ces visites en 2016-2017 (16). D'après des études américaines, de 25 % à 40 % des visites à l'urgence psychiatrique seraient non prioritaires (17-19) et pourraient ainsi être traitées au niveau des soins primaires suggérant un manque d'accès aux services en santé mentale. De plus, l'hospitalisation pour raisons de santé mentale est élevée, estimée à 32 % des visites à l'urgence aux États-Unis en 2012 (20) et à 20 % au Québec en 2016-2017 (16).

Néanmoins, l'utilisation de l'urgence et l'hospitalisation pour raisons de santé mentale varient en fonction de caractéristiques tels que le sexe, l'âge, et les zones d'habitation. Dans différentes études internationales, un taux d'utilisation de l'urgence et d'hospitalisation plus important a notamment été rapporté chez les hommes comparativement aux femmes et en milieux urbains comparativement aux territoires moins peuplés, en particulier lorsque les visites impliquent des TLS, et chez les personnes âgées comparativement aux plus jeunes (8,15,21). Ces résultats varient toutefois selon les populations et les types de TM-TLS étudiés (15,22,23). La prévalence élevée des TM-TLS et leur traitement contribuent ainsi substantiellement aux coûts de

santé (24) estimés d'ici 2021 à plus de 68 milliards de dollars au Canada (25).

Afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale au Québec, des réformes importantes ont été introduites, dont la consolidation des soins primaires au début des années 2000 (26-28) et les Plans d'action en santé mentale (PASM) de 2005 et de 2015 (29-31). Ces réformes ont permis l'introduction d'équipes multidisciplinaires et de soins de collaboration, ainsi que l'amélioration de l'accès et de la continuité des services ainsi que l'utilisation de meilleures pratiques axées sur le rétablissement et basées sur les données probantes. Pour évaluer la réponse aux besoins en santé mentale, le monitoring de l'urgence s'avère un indicateur de choix, permettant l'évaluation des patrons d'utilisation des services des patients, de leur prise en charge et de leur évolution à travers le temps (32).

L'urgence est le premier lieu où les patients se retrouvent lorsqu'ils sont en état de crise ou évaluent les autres ressources comme inadéquates, et le dernier lieu lorsque les autres ressources ont été épuisées ou sont inaccessibles. L'urgence est aussi un lieu important de coordination des services de santé, permettant la mesure d'indicateurs clés comme l'accessibilité, la continuité et l'adéquation des soins à répondre aux besoins des patients (16,33). Par exemple, selon des données américaines et internationales qui couvrent les années 1990 à 2010, la discontinuité dans le suivi après une visite à l'urgence ou une hospitalisation augmente les risques de visites ou de ré-hospitalisations, estimées entre 10 % à 15 % sur une période de 30 jours après la sortie de l'hôpital (34,35), en particulier auprès des patients avec des TM sévères ou des comorbidités physiques chroniques (34,35). En santé mentale, l'hospitalisation prolongée de plus de 30 jours est généralement à proscrire afin d'accélérer l'intégration sociale et professionnelle et le rétablissement des patients (36,37).

Ce rapport de surveillance trace un premier portrait de l'utilisation des services d'urgence des personnes atteintes de TM au Québec à partir du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (38). Les indicateurs populationnels développés permettront de mieux cerner les dimensions d'accessibilité, de continuité et d'adéquation des soins pour ces patients.

Les résultats sont présentés pour l'année financière 2014-2015, et dans certains cas et à des fins de comparaison, à partir de 2000-2001, année charnière marquant l'introduction de réformes des soins primaires au niveau international et au Québec (26-28). À notre connaissance, l'utilisation des services d'urgence au Québec n'a été, à ce jour, qu'étudiée succinctement pour raisons de santé mentale sur une période de 12 mois (16). Les données sur l'utilisation de l'urgence sont rapportées selon le sexe, l'âge, les zones d'habitation, et la défavorisation sociale et matérielle, et considérant les raisons des visites à l'urgence et d'hospitalisation (TM, TLS, maladies physiques (MP), troubles concomitants). Quelques indicateurs clés de l'accessibilité, de la continuité et de l'adéquation des soins sont, aussi, étudiés. Plusieurs résultats comparent l'utilisation des services d'urgence de la cohorte diagnostiquée avec des TM-TLS aux patients sans TM-TLS, afin de donner un portrait plus intégral de l'utilisation des services d'urgence au Québec et de différencier ces deux groupes quant à leurs patrons d'utilisation des services.

Méthodologie

Source des données

Les données de ce rapport proviennent du SISMACQ de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), permettant le suivi de cohortes populationnelles représentatives de la population québécoise. Le SISMACQ intègre les données de près de 98 % de la population québécoise. Il est issu du jumelage de fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Pour la présente étude, les fichiers suivant ont été utilisés: 1) fichiers d'inscription des personnes assurées (FIPA) administrés par (RAMQ); 2) de rémunération des paiements à l'acte

des médecins par la RAMQ; et 3) des hospitalisations Med-Écho (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière).

Identification des cas

Dans l'étude, la cohorte inclut les personnes de 12 ans et plus, ayant reçu d'un médecin à l'urgence ou hors-urgence au moins une fois un diagnostic de TM comme raison principale au fichier des paiements à l'acte ou dans Med-Écho au cours de l'année financière à l'étude. Pour les TLS, les diagnostics secondaires dans Med-Echo étaient également considérés. Les cohortes de comparaison incluent les patients avec et sans TM-TLS pour chaque année financière allant de 2000-2001 à 2014-2015. Une seule visite à l'urgence est comptabilisée pour un même patient dans une période de 48 heures. Du dénombrement des hospitalisations, les chirurgies d'un jour ont été exclues. Les diagnostics ont été codés selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) dans la RAMQ ainsi que dans le fichier MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006, alors que ceux de la 10^e révision (CIM-10) sont utilisés dans le fichier MED-ÉCHO depuis le 1^{er} avril 2006. Les TM correspondent aux troubles: anxio-dépressifs¹, de la personnalité², schizophréniques³, du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)⁴ et autres troubles (ex.: démence sénile forme simple, psychose non organique⁵; excluant les TLS). Les TLS regroupent: les TLS-alcool⁶, les TLS-drogues⁷ et les deux à la fois. Les troubles concomitants sont reliés aux combinaisons des diagnostics reçus dans une année par un même patient: TM-TLS, TM-MP, TLS-MP, et TM-TLS-MP.

Variables

Les variables utilisées dans ces analyses portent sur l'utilisation des services pour « toutes raisons », soit pour causes de santé mentale (c'est-à-dire reliées aux TM-TLS) ou MP (chroniques ou aiguës; ex.: diabète, hypertension, asthme, maladies cardio-vasculaires,

¹ (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)

² (301; F60; F070; F340; F488; F61)

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

⁴ (314; F90.0)

⁵ (290; 291; 293; 302; 307; 310; 312; 315.1-317-319; 571.0-571.3; F00-F09; F17; F38; F39; F50-F59; F61-F69; F70-F79; F80-F89; F-F99)

⁶ (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; F10.0I T51.0; T51.1; T51.8; T51.9)

⁷ (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)

traumatismes), à l'exception du profil hiérarchique (explicité plus bas) qui est présenté en fonction de l'utilisation des services essentiellement pour raisons de santé mentale (TM-TLS). À la suite d'une revue de la littérature (39-41), les indicateurs suivants ont été sélectionnés et analysés. Bloc 1 *Utilisation* : a) utilisation de l'urgence (oui/non) et fréquence (moyenne), dont le pourcentage de grands (entre 4 et 11 visites/année) et de très grands utilisateurs de services d'urgence (12 visites/année et plus); b) hospitalisation (oui/non) et durée des hospitalisations (nombre moyen de jours); et c) raisons des visites à l'urgence et des hospitalisations. Des données d'utilisation sont aussi rapportées sur la cohorte en entier (TM-TLS) et fragmentées en trois groupes mutuellement exclusifs (TM exclusivement, TLS exclusivement et TM-TLS concomitants) ainsi que selon un modèle de hiérarchisation des services où les patients sont considérés en fonction de différents types d'utilisation des services (pour raisons de santé mentale): de l'hospitalisation (avec ou sans autres consultations) à l'utilisation exclusive des services ambulatoires des médecins spécialistes autres que psychiatres. Bloc 2 *Accès* : consultation des services ambulatoires (oui/non) un an et une semaine avant une visite à l'urgence (les services ambulatoires excluent les services d'urgence et d'hospitalisation). Bloc 3 *Continuité* : consultation des services ambulatoires (oui/non) moins d'un mois après une visite à l'urgence ou une hospitalisation. Bloc 4 *Adéquation des soins* : a) hospitalisation de plus de 30 jours (oui/non); b) récurrence de visites à l'urgence (oui/non) ou ré-hospitalisation (oui/non) lors d'un retour à l'urgence à moins de 30 jours; et c) récurrence de l'utilisation de l'urgence en trois groupes mutuellement exclusifs (« 1 année seulement », 3 années consécutives ou 5 années et plus).

Analyses

Après avoir analysé les données des fichiers du SISMACQ, des distributions de fréquence (ou des moyennes) ont été produites sur l'utilisation de l'urgence et l'hospitalisation sur la cohorte ayant des TM-TLS en 2014-2015, selon le sexe (hommes, femmes), l'âge (12-17 ans, 18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus), les zones d'habitation (régions métropolitaines de recensement: Montréal; milieux urbains: 100 000 habitants et +; milieux semi-urbains : de 10 000 à < 100 000 habitants; milieux ruraux: < 10 000 habitants), la défavorisation sociale et matérielle (42) (5 quintiles, le

5^e étant le plus défavorisé) ainsi que les raisons d'utilisation des urgences (maladies physiques, TM exclusivement, etc.). Des distributions de fréquence ont aussi été produites quant aux modèles hiérarchiques d'utilisation des services (pour raisons de santé mentale), et sur les indicateurs d'accès, de continuité et d'adéquation des soins (toutes raisons). Elles ont été aussi réalisées, pour chaque année, comparant les années de 2000-2001 à 2014-2015 sur l'utilisation des urgences, considérant la cohorte globale (TM-TLS) et divisée en trois groupes mutuellement exclusifs (TM exclusivement, TLS exclusivement, TM-TLS concomitants). Pour presque toutes les variables à l'étude, des distributions de fréquence chez les utilisateurs de l'urgence sans TM-TLS ont été relevées, permettant des comparaisons avec la cohorte ayant des TM-TLS. Des intervalles de confiance à 95 % ont été calculés sur les proportions et les moyennes pour les différents indicateurs de surveillance de l'utilisation de l'urgence présentés dans ce rapport.

Résultats

Bloc 1 : Utilisation de l'urgence, hospitalisations et raisons des visites chez les patients avec des TM-TLS

Parmi la population québécoise inscrite à la RAMQ en 2014-2015, 12 % (N=865 255) a été diagnostiqué avec un TM-TLS (c'est-à-dire un TM ou un TLS). Des patients avec TM-TLS, 39 % ont visité l'urgence, soit près de deux fois plus que les patients sans TM-TLS (19 %) (tableau 1). Quant au taux d'hospitalisation des patients avec des TM-TLS ayant été à l'urgence (données non rapportées – DNR), il s'établissait à 34 % pour une durée moyenne de 16 jours; tandis que les patients sans TM-TLS ont été hospitalisés dans 20 % des visites pour une durée moyenne d'hospitalisation deux fois moindre (8 jours en moyenne). La fréquence moyenne des visites à l'urgence des patients avec des TM-TLS était de 2,3 contre 1,7 chez les patients sans TM-TLS (tableau 1). Parmi les patients avec des TM-TLS ayant visité l'urgence, plus de 16 % étaient de grands utilisateurs (6 visites en moyenne), représentant 43 % des visites à l'urgence des patients ayant des TM-TLS, et près de 1 % étaient de très grands utilisateurs (17 visites en moyenne), représentant 6 % des visites à l'urgence (DNR). Au total, chez les patients avec des TM-TLS, les grands utilisateurs ont contribué à 25 %, et les très grands utilisateurs à 21 %, des hospitalisations (DNR).

Des patients qui ont des TM-TLS, les hommes ont présenté une utilisation des urgences similaire (40 %) aux femmes (39 %), alors que les patients de 65 ans et plus (51 %) ont consulté beaucoup plus l'urgence, et les 12-17 ans beaucoup moins (30 %), que les autres groupes d'âge. L'utilisation de l'urgence était plus élevée dans les milieux ruraux (46 %), et la moins élevée à Montréal (35 %). L'ensemble de ces constats sont quasi les mêmes pour les patients sans TM-TLS, mais incluent

des proportions plus basses (tableau 1). En ce qui concerne l'indice de défavorisation sociale et matérielle respectivement, 42 % et 46 % des patients avec TM-TLS du quintile le plus défavorisé, ont utilisé l'urgence, contre 36 % et 33 % chez les patients du quintile le plus favorisé. Pour les patients sans TM-TLS, ces pourcentages s'établissent à 20 % et 24 % pour le quintile le plus défavorisé, contre 19 % et 15 % pour le plus favorisé.

Tableau 1 Utilisation de l'urgence (pour toutes raisons) et fréquence moyenne parmi les utilisateurs avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances (TM-TLS) et sans TM-TLS en 2014-2015

Utilisation de l'urgence	Patients avec TM-TLS			Patients sans TM-TLS		
	Nombre d'individus	% ayant consulté l'urgence au moins une fois (IC 95 %)	Fréquence moyenne* de l'urgence	Nombre d'individus	% ayant consulté l'urgence au moins une fois (IC 95 %)	Fréquence moyenne* de l'urgence
Total	341 037	39,4 (39,3-39,6)	2,3	1 207 069	19,4 (19,3-19,5)	1,7
Sexe						
Femmes	198 688	39,0 (38,8-39,1)	2,2	631 777	20,4 (20,3-20,4)	1,7
Hommes	142 349	40,0 (39,9-40,2)	2,3	575 292	18,4 (18,4-18,4)	1,6
Groupe d'âges						
12-17 ans	19 533	30,0 (29,6-30,3)	1,8	65 190	15,5 (15,4-15,6)	1,4
18-24 ans	30 282	44,7 (44,3-45,0)	2,2	120 945	17,8 (17,7-17,9)	1,6
25-44 ans	89 498	37,4 (37,2-37,6)	2,2	322 929	17,4 (17,4-17,5)	1,6
45-64 ans	98 689	34,2 (34,0-34,4)	2,2	368 511	18,0 (17,9-18,0)	1,6
65 ans et plus	103 035	50,6 (50,4-50,8)	2,5	329 494	27,0 (26,9-27,1)	1,9
Zones d'habitation						
Montréal	140 507	35,0 (34,9-35,2)	2,2	461 918	15,5 (15,4-15,5)	1,6
Semi-urbain	74 591	41,0 (40,8-41,3)	2,2	259 159	21,3 (21,2-21,4)	1,6
Semi-rural	50 689	43,7 (43,4-44,0)	2,2	173 752	24,1 (24,0-24,2)	1,7
Rural	73 730	45,7 (45,4-45,9)	2,4	308 562	25,6 (25,5-25,7)	1,8
Défavorisation matérielle**						
Quintile 1	50 228	32,7 (32,3-33,1)	2,1	183 869	15,4 (15,2-15,6)	1,5
Quintile 2	57 209	35,6 (35,2-36,0)	2,1	209 089	17,6 (17,5-17,8)	1,6
Quintile 3	62 646	38,4 (38,0-38,8)	2,2	228 092	19,5 (19,4-19,7)	1,6
Quintile 4	68 319	41,2 (40,9-41,6)	2,3	246 514	21,2 (21,1-21,4)	1,7
Quintile 5	73 287	45,6 (45,3-46,0)	2,4	269 125	23,6 (23,4-23,7)	1,7
Défavorisation sociale**						
Quintile 1	50 160	35,5 (35,1-35,9)	2,1	218 838	18,8 (18,6-19,0)	1,6
Quintile 2	55 989	37,2 (36,8-37,6)	2,2	231 750	19,7 (19,5-19,9)	1,6
Quintile 3	60 424	38,1 (37,8-38,5)	2,2	233 788	19,5 (19,4-19,7)	1,6
Quintile 4	66 794	39,5 (39,2-39,9)	2,3	226 455	19,3 (19,2-19,5)	1,6
Quintile 5	78 322	42,4 (42,1-42,8)	2,4	225 858	19,8 (19,6-19,9)	1,7

IC : Intervalle de confiance.

* : Parmi ceux ayant fréquenté au moins une fois l'urgence.

** : 5^e quintile = plus défavorisé.

Les maladies physiques étaient la principale raison des visites à l'urgence chez les patients avec des TM-TLS (77 %), la seconde étant des consultations pour TM exclusivement (12 %) (figure 1). De la cohorte totale, 82 % des patients avec TLS exclusivement et 76 % avec TM-TLS concomitants, comparés à 39 % des patients avec TM-TLS, et 36 % des patients avec TM exclusivement avaient utilisé les urgences en 2014-2015 (figure 2). Globalement, la proportion des patients avec des TM-TLS ayant utilisé l'urgence (ensemble de la

cohorte) est restée relativement stable de 2000-2001 à 2014-2015, enregistrant une légère diminution de < 1 %. Plus particulièrement, en 2014-2015 comparativement à 2000-2001, une diminution d'environ 1 % est à signaler pour les TM exclusivement ou les TLS exclusivement, mais une augmentation de 2 % de l'utilisation de l'urgence est observée pour les patients avec TM-TLS concomitants, ces trois groupes représentant des groupes mutuellement exclusifs (figure 2).

Figure 1 Raisons des visites aux urgences parmi les patients avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances (TM-TLS) en 2014 -2015

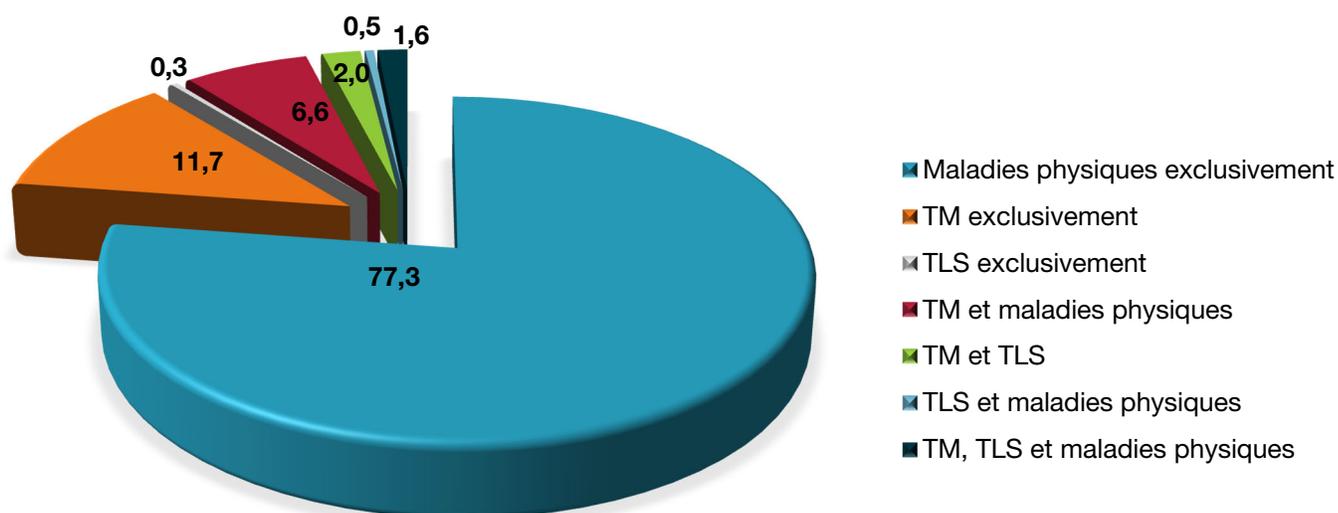
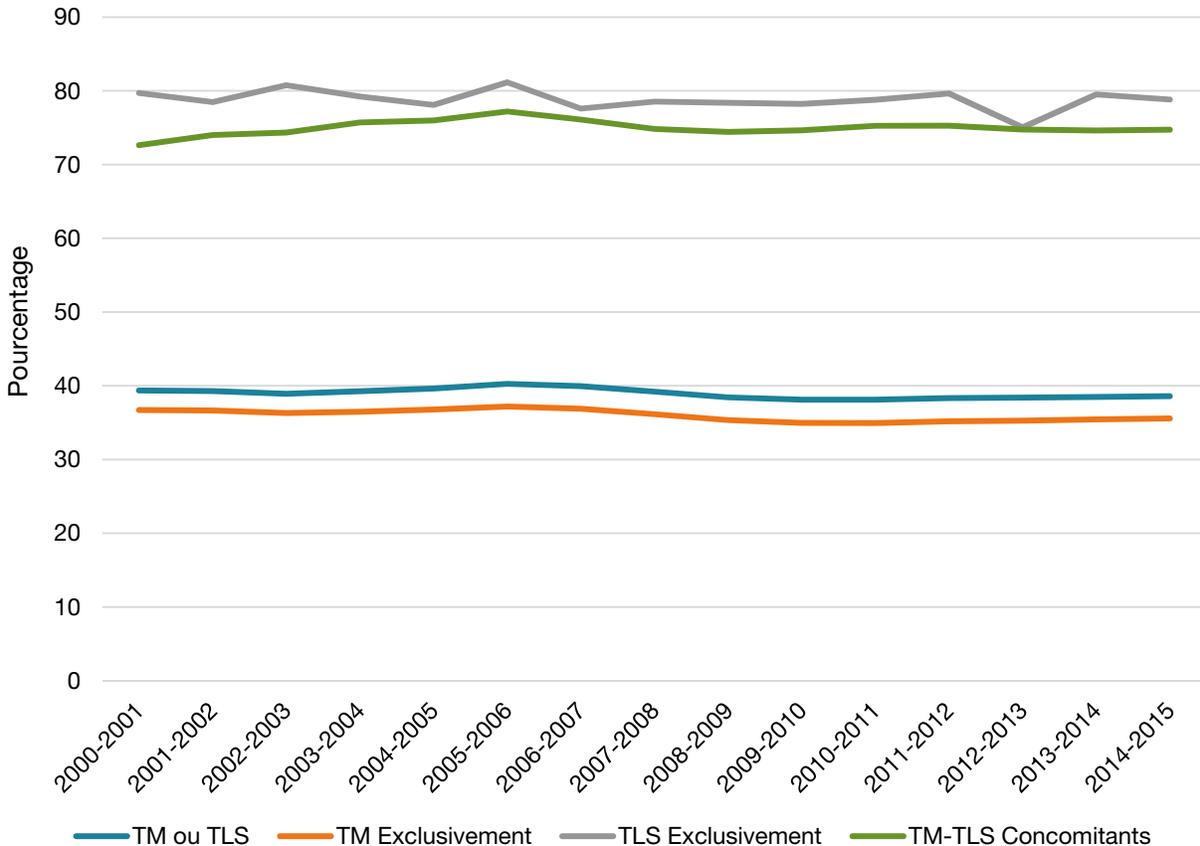


Figure 2 Utilisation de l'urgence pour toutes raisons chez les patients avec troubles mentaux ou des troubles liés aux substances (TM-TLS), chez les patients avec TM exclusivement, avec TLS exclusivement, et avec TM-TLS concomitants de 2000-2001 à 2014-2015

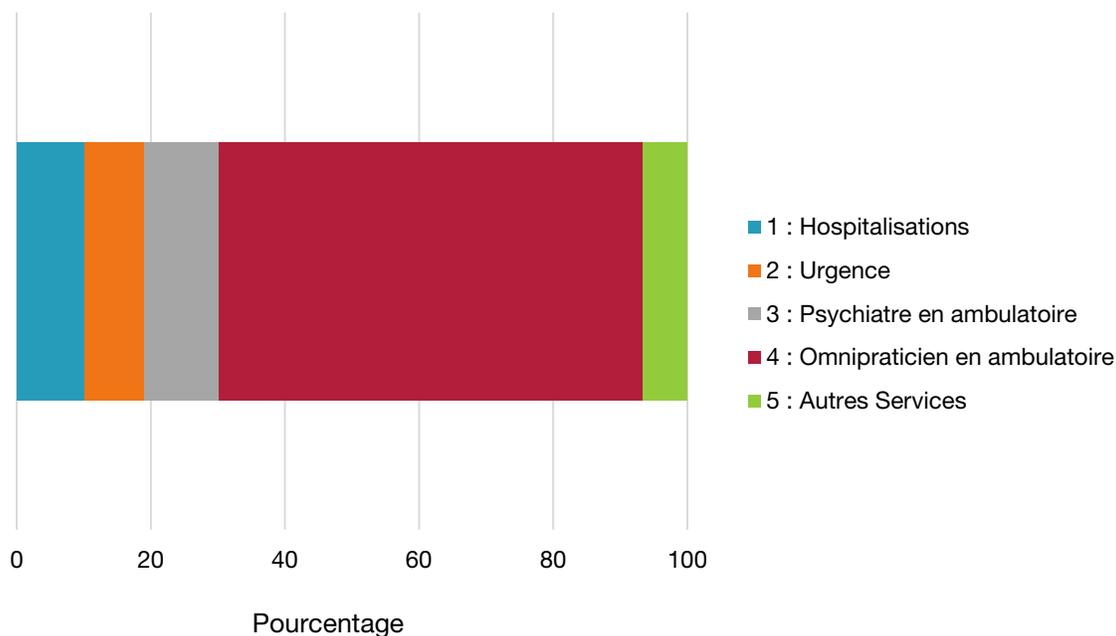


Note : Le graphique représente les données pondérées selon la méthode de standardisation directe en utilisant la structure d'âge du Québec en 2001 comme population de référence. Le groupe TM ou TLS (ou TM-TLS) représente la cohorte entière, et les autres groupes (TM, TLS, TM-TLS concomitants) trois groupes mutuellement exclusifs.

Enfin, la figure 3 démontre pour la cohorte de patients avec TM-TLS une hiérarchisation de l'utilisation des services « uniquement pour raisons de santé mentale (TM-TLS) » en 2014-2015, de l'hospitalisation (avec ou non d'autres types de consultations – à l'urgence, chez le psychiatre en ambulatoire, etc.) à essentiellement l'utilisation des services ambulatoires des médecins spécialistes autres que psychiatres. De la cohorte ayant des TM-TLS, 10 % des patients ont été hospitalisés pour des raisons de santé mentale (ayant utilisé ou non les services numérotés de 2 à 5 dans la figure 3), 9 % ont

utilisé les urgences (ayant utilisé ou non les services 3 à 5), 11 % les services psychiatriques ambulatoires (à l'extérieur de l'urgence et l'hospitalisation – ayant utilisé ou non les services 4 et 5), 63 % les services des omnipraticiens en ambulatoire (ayant utilisé ou non les services 5) et 7 % exclusivement les services ambulatoires des médecins spécialistes autres que les psychiatres.

Figure 3 Profil hiérarchique de l'utilisation des services de santé mentale pour les patients avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances (TM-TLS) en 2014-2015



Bloc 2 : Accès aux soins

Les données sur l'accès aux soins rapportent que 94 % des patients avec des TM-TLS vus à l'urgence ont consulté les services médicaux ambulatoires un an avant une visite à l'urgence, et que 37 % ont eu une consultation médicale ambulatoire une semaine avant une visite à l'urgence en 2014-2015, contre 84 % et 25 % chez les patients sans TM-TLS (tableau 2). Chez les patients avec TM exclusivement, 95 % et 36 % ont consulté les services médicaux ambulatoires un an ou une semaine respectivement avant leur visite à l'urgence, contre 91 % et 49 % chez les patients avec TLS exclusivement, et 90 % et 42 % chez les patients avec TM-TLS concomitants (tableau 3).

Tableau 2 Indicateurs de surveillance liés à l'accessibilité, la continuité et l'adéquation des soins ainsi que la récurrence de l'utilisation des urgences pour toutes raisons chez les patients avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances (TM-TLS) et sans TM-TLS en 2014-2015

	Patients avec TM-TLS		Patients sans TM-TLS	
	Nombre d'individus	% (IC 95 %)	Nombre d'individus	% (IC 95 %)
Bloc 1 : Utilisation des services				
<i>Grands utilisateurs (4 à 11 visites)</i>	55 121	16,2 (15,9-16,5)	83 308	6,9 (6,7-7,1)
<i>Très grands utilisateurs (12 visites et plus)</i>	2 759	0,8 (0,5-1,2)	1 262	0,1 (0,0-0,5)
Bloc 2 : Accès				
Consultations ambulatoires toutes raisons dans l'année (12 mois) avant une visite à l'urgence	320 408	94,0 (93,9-94,0)	1 013 969	84,0 (83,9-84,1)
Consultations ambulatoires toutes raisons une semaine avant une visite à l'urgence	126 391	37,1 (36,9-37,2)	298 814	24,8 (24,7-24,8)
Bloc 3 : Continuité				
Suivi ambulatoire à moins d'un mois après une visite à l'urgence pour toutes raisons	240 963	70,7 (70,5-70,8)	680 406	56,4 (56,3-56,5)
Suivi ambulatoire à moins d'un mois après une hospitalisation pour toutes raisons	88 516	67,1 (66,9-67,4)	195 662	57,5 (57,3-57,6)
Bloc 4 : Adéquation des soins				
Hospitalisations plus de 30 jours pour toutes raisons	27 180	3,1 (3,1-3,2)	15 969	0,3 (0,3-0,3)
Retour à l'urgence à l'intérieur de 30 jours pour toutes raisons	114 581	33,6 (33,4-33,8)	263 565	21,8 (21,8-21,9)
Hospitalisations lors du retour à l'urgence pour toutes raisons	*	31,7 (31,5-31,9)	*	20,9 (20,8-21,0)
Récurrence des visites à l'urgence pour toutes raisons (<i>groupes mutuellement exclusifs</i>)				
1 année seulement	176 218	51,7 (51,5-51,8)	755 959	62,6 (62,5-62,7)
3 années consécutives	34 116	10,0 (9,9-10,1)	93 412	7,7 (7,7-7,8)
5 années et plus	41 115	12,1 (11,9-12,2)	83 116	6,9 (6,8-6,9)

IC : Intervalle de confiance.

* Le dénominateur correspond au nombre de visites des individus hospitalisés à l'intérieur de 30 jours. Le nombre de visites de retour à l'urgence à l'intérieur de 30 jours des patients avec TM-TLS est de 244 520 dont 77 506 visites ont fait l'objet d'une hospitalisation. Pour les patients sans TM-TLS, le nombre de visites est de 419 370 dont 87 565 ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Tableau 3 Indicateurs de surveillance liés à l'accessibilité, la continuité et l'adéquation des soins ainsi que la récurrence de l'utilisation des urgences chez les patients avec troubles mentaux (TM) exclusivement, avec troubles liés aux substances (TLS) exclusivement, et avec TM-TLS concomitants en 2014-2015

	Patients avec TM exclusivement		Patients avec TLS exclusivement		Patients avec TM-TLS concomitants	
	Nombre d'individus	% (IC 95 %)	Nombre d'individus	% (IC 95 %)	Nombre d'individus	% (IC 95 %)
Bloc 1 : Utilisation des services						
<i>Grands utilisateurs (4 à 11 visites)</i>	40 876	14,0 (13,7-14,4)	1 867	22,4 (20,5-24,3)	12 378	29,7 (28,9-30,5)
<i>Très grands utilisateurs (12 visites et plus)</i>	1 450	0,5 (0,2-1,0)	73	0,9 (0,0-6,6)	1 236	3,0 (2,1-4,1)
Bloc 2 : Accès						
Consultations ambulatoires toutes raisons un an avant une visite à l'urgence	275 219	94,6 (94,5-94,7)	7 607	91,1 (90,4-91,7)	37 582	90,2 (89,9-90,5)
Consultations ambulatoires toutes raisons une semaine avant une visite à l'urgence	104 708	36,0 (35,7-36,3)	4 071	48,7 (47,2-50,3)	17 612	42,2 (41,5-43,0)
Bloc 3 : Continuité						
Suivi ambulatoire à moins d'un mois après une visite à l'urgence pour toutes raisons	204 731	70,4 (70,2-70,6)	6 857	82,1 (81,2-83,0)	29 375	70,5 (70,0-70,9)
Suivi ambulatoire à moins d'un mois après une hospitalisation pour toutes raisons	66 035	67,7 (67,4-68,0)	5 263	61,8 (60,8-62,8)	17 218	66,6 (65,9-67,3)
Bloc 4 : Adéquation des soins						
Hospitalisations plus de 30 jours pour toutes raisons	19 759	2,5 (2,3-2,7)	958	9,4 (7,6-11,4)	6 463	11,7 (10,9-12,5)
Retour à l'urgence à l'intérieur de 30 jours pour toutes raisons	90 200	31,0 (30,7-31,3)	3 893	46,6 (45,0-48,2)	20 488	49,1 (48,5-49,8)
Hospitalisations lors du retour à l'urgence pour toutes raisons	*	28,8 (28,5-29,2)	*	57,3 (55,9-58,7)	*	36,5 (35,8-37,1)
Récurrence des visites à l'urgence pour toutes raisons (groupes mutuellement exclusifs)						
1 année seulement	153 551	52,8 (52,5-53,0)	4 312	51,6 (50,1-53,1)	18 355	44,0 (43,3-44,8)
3 années consécutives	28 509	9,8 (9,5-10,1)	848	10,2 (8,2-12,4)	4 759	11,4 (10,5-12,4)
5 années et plus	32 936	11,3 (11,0-11,7)	1 005	12,0 (10,1-14,2)	7 174	17,2 (16,3-18,1)

IC : Intervalle de confiance.

Bloc 3 : Continuité dans les soins

Parmi les patients avec des TM-TLS, 71 % ont reçu un suivi médical ambulatoire à moins d'un mois après une visite à l'urgence, et 67 % à moins d'un mois après une hospitalisation. Chez les patients sans TM-TLS, le suivi médical est moins élevé, s'établissant plutôt à 56 % et 57 % respectivement (tableau 2). Chez les patients avec TM exclusivement, 70 % ont reçu un suivi médical

ambulatoire à moins d'un mois d'une visite à l'urgence, et 68 % à moins d'un mois d'une hospitalisation; ces pourcentages s'établissent à 82 % et 62 % pour les patients avec TLS exclusivement, et à 71 % et 67 % pour les patients avec TM-TLS concomitants (tableau 3).

Bloc 4 : Adéquation des soins

Ce sont 3 % des patients avec des TM-TLS qui ont eu une hospitalisation de plus de 30 jours en 2014-2015 (tableau 2); cette statistique s'élève plutôt à 0,3 % chez les patients sans TM-TLS. Les patients avec TM exclusivement ont eu une hospitalisation prolongée (plus de 30 jours) dans 3 % des cas, contre 9 % chez les patients avec TLS exclusivement, et 12 % chez les patients avec TM-TLS concomitants (tableau 3). Des patients avec TM-TLS vus à l'urgence, 34 % y sont retournés dans un délai de moins de 30 jours, et parmi ceux-ci 32 % ont été hospitalisés. Quant aux patients sans TM-TLS, ce sont 22 % qui ont revisité les urgences à l'intérieur de 30 jours, et parmi eux, 21 % ont été hospitalisés (tableau 2). Des patients avec TM exclusivement, 31 % ont revisité les urgences en moins d'un mois (29 % hospitalisés); des patients avec TLS exclusivement, 47 % (57 % hospitalisés); et des patients avec TM-TLS concomitants 49 % (37 % hospitalisés) (tableau 3). La majorité des patients avec des TM-TLS (52 %) ont visité l'urgence qu'une « seule année consécutivement » (c'est-à-dire qu'en 2014-2015), contre 10 % l'ont visité pour trois années consécutivement, et 12 % pour 5 années ou plus consécutivement, ces trois pourcentages constituant des groupes mutuellement exclusifs. Pour les patients sans TM-TLS, ces pourcentages s'établissaient plutôt à: 63 % (2014-2015), 8 % (3 années consécutivement), et 7 % (5 années consécutivement) (tableau 2). Plus particulièrement, des patients avec TM exclusivement, 53 % avait visité les urgences qu'en 2014-2015 seulement; 10 %, 3 ans consécutivement; et 11 %, 5 années consécutivement. Des patients avec TLS exclusivement, 52 % avaient visité l'urgence qu'en 2014-2015, 10 % 3 ans consécutivement, et 12 % 5 ans consécutivement. Des patients avec TM-TLS concomitants, il s'agissait plutôt de 44 % en 2014-2015 seulement, 11 % pour 3 ans consécutivement et 17 % pour 5 ans consécutivement (tableau 3).

Discussion

Ce rapport avait pour objectif de tracer un portrait succinct de l'utilisation de l'urgence pour toutes raisons (TM-TLS, maladies physiques) au Québec des patients ayant des TM-TLS, y compris leur taux d'hospitalisation, et les raisons associées à leurs visites à l'urgence. Il visait aussi à cerner, à partir d'indicateurs, l'accès, la continuité et l'adéquation des soins pour ces patients. Les résultats d'utilisation des urgences de la cohorte TM-TLS ont également été comparés à ceux des patients sans TM-TLS. Les taux d'utilisation des urgences ont aussi été comparés de 2014-2015 à 2000-2001, année correspondant aux réformes des soins primaires.

La prévalence de 12 % de TM-TLS rapportée en 2014-2015 au Québec se compare aux prévalences identifiées dans des études épidémiologiques antérieures (6,43), formant ainsi la cohorte de patients avec des TM-TLS étudiée aux fins de l'utilisation des services d'urgence. Parmi les patients avec des TM-TLS, plus d'une personne sur trois ont visité les urgences; et de ceux-ci, plus d'une personne sur trois ont aussi été hospitalisées en 2014-2015, soit près du double comparé aux patients sans TM-TLS. La fréquence d'utilisation des urgences s'est aussi avérée sensiblement plus élevée chez les patients avec des TM-TLS que chez les patients sans TM-TLS, constats également établis dans d'autres études (44,45).

Le taux d'utilisation de l'urgence de la cohorte de patients ayant des TM-TLS (39 %) est beaucoup plus élevé que ceux de 4 % à 12 % (13-15,46) ou de 6 % (16) rapportés dans des études internationales ou québécoises respectivement. Ces derniers taux ne focalisent néanmoins que sur l'utilisation de l'urgence pour raisons de santé mentale tandis que notre étude a rapporté des taux d'utilisation de l'urgence « pour toutes raisons » d'une « cohorte » de patients « diagnostiqués avec des TM-TLS ». L'importance de l'utilisation de l'urgence pour raisons de maladies physiques, grandement majoritaire (77 %) dans notre cohorte explique en grande partie les différences de taux. Comparés aux patients sans TM-TLS, ceux avec des TM-TLS sont réputés plus fréquemment être aux prises avec des maladies physiques particulièrement chroniques (47), certaines d'entre elles causées par les effets secondaires de la médication. Ces comorbidités

sont estimées de 11 % à 68 % selon les études et les diagnostics identifiés (48,49). Elles expliquent en outre pourquoi les individus ayant des TM-TLS sont de grands utilisateurs de services de santé. À titre d'exemple, une étude québécoise a révélé que les patients ayant eu au moins un contact en santé mentale avec un médecin omnipraticien en 2006 représentaient 20 % de la population, ces patients avaient néanmoins consommé 37 % des actes médicaux (50). Notre étude, tenant compte de l'utilisation globale des services d'urgence pour toutes raisons d'une cohorte de patients avec des TM-TLS, permet ainsi de mieux cerner « l'impact global » des TM-TLS sur l'utilisation de l'urgence tenant compte du nombre grandissant de pathologies concomitantes et chroniques. Des études internationales portant sur des cohortes cliniques de patients avec des TM-TLS rapportent, par ailleurs, des taux similaires à nos résultats d'utilisation de l'urgence pour toutes raisons, soit entre 38 % et 40 % (51,52). La littérature confirme aussi les taux d'hospitalisations plus élevés des patients avec des TM-TLS, soit entre 20 % et 32 % (20), et la plus longue durée des hospitalisations, en particulier pour les patients avec des TM plus sévères (21).

Le pourcentage substantiel du volume rapporté de visites des grands (4 à 11 visites/année) ou des très grands utilisateurs de l'urgence (12 visites et plus/année), s'établissant à près de la moitié de l'achalandage aux urgences des patients avec des TM-TLS, confirme aussi de précédents résultats traitant des urgences et de la santé mentale (10,11). L'hospitalisation des grands et très grands utilisateurs de l'urgence ayant des TM-TLS est aussi importante, correspondant à près de la moitié des hospitalisations des patients avec TM-TLS, dont plus d'un cinquième pour les très grands utilisateurs qui ne représentent pourtant que moins de 1 % de l'achalandage aux urgences quant à notre cohorte totale. Le phénomène des « grands utilisateurs » d'urgence est identifié comme un problème majeur depuis de nombreuses années. Des efforts substantiels sont ainsi à parfaire pour réduire leur impact et mieux répondre à leurs besoins multiples et soutenus.

De plus, tel qu'observée dans la littérature, l'utilisation de l'urgence chez les patients avec TM-TLS est particulièrement plus élevée chez le groupe d'âge des 65 ans et plus (15,20,53). Les maladies physiques sont particulièrement prévalentes chez les personnes âgées (53,54) et la sévérité de leurs problèmes contribue

à des hospitalisations plus fréquentes et plus longues. Tout comme pour l'utilisation générale des services (1), les jeunes (12 à 17 ans) sont le groupe d'âge ayant le moins utilisé l'urgence. Cette plus faible utilisation des services peut s'expliquer par leur crainte d'être stigmatisés et la volonté de régler leurs problèmes par eux-mêmes, constats rapportés dans d'autres études (55,56). Par ailleurs, contrairement à certaines études (15,57), l'utilisation de l'urgence chez les patients avec des TM-TLS s'est avérée être plus élevée dans les milieux moins peuplés. Au Québec, l'utilisation de l'urgence la plus élevée se retrouve dans les milieux ruraux et décline graduellement à mesure que la densité de population augmente. La différence relative de l'utilisation de l'urgence par rapport à la région de Montréal est plus élevée de respectivement : 31 %, 25 % et 17 % dans les milieux ruraux, semi-ruraux et semi-urbain. D'autres travaux ont d'ailleurs rapporté des résultats similaires aux nôtres (22), en particulier pour des types de TM-TLS spécifiques tels que les troubles anxio-dépressifs (15). En raison de services de santé mentale moins nombreux, notamment en milieux ruraux, incluant les services spécialisés et surspécialisés, l'urgence peut ainsi représenter une voie d'accès privilégiée aux soins dans ces milieux, pouvant ici agir comme une clinique sans rendez-vous (58). Par contre, la forte présence des services spécialisés ou surspécialisés à Montréal entraîne la concentration de patients à pathologies lourdes (12), dont les risques d'hospitalisation sont plus élevés. D'ailleurs, l'hospitalisation est beaucoup plus associée à la comorbidité de maladies physiques et TLS ou TM; et plus il y a de visites à l'urgence, et plus ces dernières sont reliées à des troubles concomitants: à la fois de maladies physiques, mais aussi de TM ou TLS (59). Les patients avec TLS exclusivement et TM-TLS concomitants sont aussi, en pourcentage, ceux qui ont le plus utilisé l'urgence, comparativement aux TM-TLS ou TM exclusivement, confirmant les études rapportant l'importance de l'utilisation de l'urgence par les patients aux prises avec des TLS ou TM-TLS concomitants (60,61). Enfin, la défavorisation sociale et matérielle est associée à une utilisation plus élevée de l'urgence, la prévalence des TM-TLS et des maladies physiques chroniques étant plus importante dans les milieux défavorisés. Les études internationales rapportent d'ailleurs que la pauvreté est un déterminant important de l'achalandage à l'urgence (51,62,63). Enfin, les caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs

de l'urgence avec des TM-TLS et sans TM-TLS quant à l'âge, le territoire et la défavorisation matérielle ne diffèrent que très peu, outre que les premiers utilisent beaucoup plus les services d'urgences. Par contre, une défavorisation sociale plus élevée est associée à l'utilisation de l'urgence de la cohorte avec TM-TLS, ce qui n'est pas le cas pour les utilisateurs de l'urgence sans TM-TLS.

Quant à l'évolution de l'utilisation de l'urgence chez les patients avec des TM-TLS, comparée de 2014-2015 à 2000-2001, nous avons vu qu'elle est demeurée relativement stable, enregistrant une très modeste diminution (<1 %). Cette tendance est en opposition par rapport à l'utilisation de l'urgence pour raisons de santé mentale uniquement, rapportée généralement en augmentation dans des études canadiennes et nord-américaines (13,64). Nos résultats s'expliquent potentiellement par des différences méthodologiques, notre échantillon comprenant essentiellement des patients diagnostiqués avec des TM-TLS. Les études s'intéressant aux visites à l'urgence pour raison de santé mentale incluent les patients n'ayant pas de diagnostic de TM-TLS, mais se présentant à l'urgence pour raison de santé mentale. Les systèmes de santé ayant tendance à répondre plus adéquatement aux patients présentant des conditions plus sévères et des problèmes identifiés (65,66), cette situation pourrait ainsi expliquer nos résultats. Au Québec, les réformes en santé mentale ont priorisé l'amélioration des services pour les patients ayant des TM graves, ou TM courants à partir de 2005 (31,59). Néanmoins, concernant les TM-TLS concomitants, l'augmentation légère de l'utilisation des urgences (2 %) en 2014-2015 comparativement à 2000-2001, pourrait témoigner de la difficulté du système de santé à prendre en charge ces patients, comme maintes fois indiqué dans la littérature internationale (67-69). Au Québec, ces patients s'inscrivent dans deux programmes services différents : la santé mentale et la dépendance, répondant du domaine de la santé ou des services sociaux, ne facilitant pas l'obtention de services intégrés (70). Cependant, la santé mentale et la dépendance ont été récemment intégrées (2015) au niveau des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS). L'utilisation de l'urgence chez les patients avec TM-TLS concomitants n'a cependant augmenté qu'au début des années 2000, mais à partir de 2005, elle a lentement diminué.

Contrairement aux autres résultats portant sur l'utilisation de l'urgence, rapportés pour toutes raisons, le profil de l'utilisation hiérarchique des services (figure 3) met en relief l'utilisation des services uniquement pour raisons de santé mentale de la cohorte TM-TLS. Ainsi, il y est souligné qu'un patient sur dix a été hospitalisé pour raisons de santé mentale, un taux trois fois moins élevé que pour toutes raisons considérées. Partant de l'hypothèse que presque tous les cas hospitalisés rentrent par l'urgence, le taux d'utilisation des urgences de la cohorte pour raisons de santé mentale serait de moins de deux patients sur dix, taux similaire à celui des patients sans TM-TLS pour toutes raisons. De la cohorte TM-TLS, un minimum d'un patient sur trois aurait consulté pour raisons de santé mentale à l'hôpital (hospitalisation, urgence, psychiatre en ambulatoire – sans compter les omnipraticiens en ambulatoire, dont plusieurs exercent à l'hôpital), et de six à sept patients sur dix seraient suivis exclusivement par les omnipraticiens en ambulatoire, dont la grande majorité en cabinet privé. Ces statistiques témoignent qu'outre les omnipraticiens dont la littérature démontre le rôle prépondérant dans le traitement des TM-TLS, l'hôpital et les services spécialisés jouent toujours un rôle central dans la dispensation des services pour raisons de santé mentale (50,71) (72,73).

Quant aux indicateurs d'accès, de continuité et d'adéquation des soins, les deux premiers rapportent des résultats assez satisfaisants, mais non le dernier, d'une façon globale. Concernant l'accès aux soins, la très grande majorité des patients avec ou sans TM-TLS ont consulté un médecin dans les services ambulatoires dans une période d'un an précédant leur consultation à l'urgence. Ceci témoigne que l'urgence ne serait pas la « porte d'entrée générale » aux services pour la majorité des patients, quoiqu'on ne peut savoir si les consultations médicales ambulatoires à un an précédant les visites à l'urgence étaient avec ou sans rendez-vous, et impliquaient une prise en charge médicale par notamment un médecin de famille ou un psychiatre assurant le suivi auprès de son patient. Presque quatre patients sur dix avec des TM-TLS, et le quart des patients sans TM-TLS ont consulté les services médicaux ambulatoires une semaine avant leur visite à l'urgence. Ainsi, pour plus de la moitié des patients avec TM-TLS au Québec, l'urgence semble être la voie privilégiée d'accès aux problèmes de santé « perçus comme urgents » par les patients; ce qui est encore plus

notable chez les patients sans TM-TLS dont les trois quarts ont accédé directement à l'urgence sans passer préalablement par les services ambulatoires médicaux. Les problèmes d'accès ou de suivi adéquat à un médecin traitant, le peu de disponibilité de plateaux techniques hors des hôpitaux, ou la perception de l'urgence des problèmes de santé par les patients peuvent expliquer l'achalandage élevé aux urgences sans visite médicale ambulatoire préalable (à moins d'une semaine) (16,26,74).

En ce qui concerne la continuité des soins, environ sept patients sur dix avec TM-TLS, et un peu moins des patients sans TM-TLS, ont reçu un suivi médical dans un délai d'un mois d'une visite ou d'une hospitalisation à l'urgence. Ce constat est encourageant, car la continuité des soins auprès d'un médecin après une urgence médicale ou une hospitalisation est cruciale pour le rétablissement des patients, et particulièrement pour les patients ayant des TM-TLS associés à des maladies physiques, qui présentent des profils sociosanitaires plus complexes exigeant souvent un suivi plus intensif (75,76). Les patients avec TLS exclusivement sont plus nombreux à être suivis à moins d'un mois d'une visite à l'urgence que les TM exclusivement ou les TM-TLS concomitants. La continuité plus élevée observée pour les patients avec TLS pourrait s'expliquer par le travail de réseautage réalisé par les infirmières de liaison en dépendance déployées dans les dernières années dans plusieurs hôpitaux du Québec (77).

En ce qui concerne l'adéquation des soins, les trois indicateurs étudiés présentent des résultats plutôt défavorables, et particulièrement lorsque les patients avec TM-TLS sont comparés avec ceux sans TM-TLS. L'hospitalisation de plus de 30 jours, somme toute peu élevée (3 %) pour les patients avec TM-TLS, s'est avérée être 10 fois plus élevée comparée à celle des patients sans TM-TLS, bien que de courts séjours soient plutôt recommandés afin de favoriser le rétablissement des patients (78). La durée d'hospitalisation est souvent rapportée plus longue pour les patients TM-TLS, comparée à d'autres types de patients dans les études internationales (20,79,80). Les taux d'hospitalisations sont particulièrement plus élevés chez les patients ayant des TM-TLS concomitants ou chez les patients ayant des TLS exclusivement comparés aux patients avec TM exclusivement, pouvant s'expliquer par la complexité des pathologies associées à ces profils de patients. Un

patient sur trois ayant des TM-TLS a revisité les urgences en moins de 30 jours, et ce principalement pour des raisons de maladies physiques (DNR); et presque tout autant parmi ces patients ont été hospitalisés lors de leur retour à l'urgence. La comorbidité physique à un TM-TLS est souvent difficile à soigner en une seule visite, particulièrement chez les patients aux profils les plus sévères (TM-TLS concomitants et TLS exclusivement) (9,10). Finalement, bien que la majorité des patients (TM-TLS et sans TM-TLS) n'utilisent pas les urgences plus d'une année consécutivement, plus de deux patients sur dix ayant des TM-TLS, et quasi trois sur dix ayant des TM-TLS concomitants en 2014-2015 l'ont utilisé pour 3 ou 5 années consécutivement. L'utilisation récurrente des urgences pour les TM-TLS est ainsi 1,5 fois plus élevée que pour les patients sans TM-TLS. Outre les lacunes dans la prise en charge des patients, la sévérité des profils des patients (81) ainsi que la chronicité des problèmes (notamment la dépression s'étalant souvent jusqu'à trois ans (82), et les TLS souvent considérés comme des maladies chroniques (83-86) expliquent la récurrence de l'utilisation de l'urgence. La récurrence des services à l'urgence mérite d'être plus étudiée, et ces patients prioritaires par les services afin de mieux répondre à leurs besoins ainsi qu'améliorer l'efficacité du système de santé.

Limites

L'étude comporte certaines limites importantes à signaler. Premièrement, le SISMALQ utilise des banques de données administratives, réalisées en vue de la rémunération des médecins et non à des fins cliniques. Il n'inclut pas, non plus, les médecins payés autrement qu'à l'acte, notamment les médecins exerçant en CLSC, réputés traiter la clientèle vulnérable (81). En 2016-2017, la rémunération alternative à l'acte (ex : salaire, forfait) représentait 19 % de la rémunération totale des médecins (87). Deuxièmement, la cohorte des TM-TLS, identifiée par le SISMALQ, représente une estimation de la prévalence des maladies traitées par les services de santé, et non nécessairement la prévalence de la maladie dans la population. Troisièmement, le SISMALQ comporte 15 % de données manquantes sur les diagnostics rapportés à l'urgence, patients qui n'ont pu ainsi être intégrés à l'étude. Quatrièmement, nous avons privilégié comme choix d'analyse l'utilisation des services pour toutes raisons, ce qui restreint les

comparaisons par rapport à la littérature plus orientée sur l'utilisation de l'urgence pour raisons de santé mentale. Cinquièmement, ce rapport n'inclut que certains indicateurs d'accès, de continuité et d'adéquation des soins axés sur l'utilisation de l'urgence et de l'hospitalisation. La sélection d'autres indicateurs (dont la mortalité) ainsi que de l'utilisation de l'urgence essentiellement pour raisons de santé mentale aurait pu entraîner une évaluation différente envers le dispositif de soins (88). Enfin, il serait intéressant que nos analyses soient répliquées au niveau canadien, afin de comparer nos résultats aux autres provinces (89,90).

Conclusion

L'étude démontre le nombre élevé de visites à l'urgence et des hospitalisations chez les patients avec des TM-TLS au Québec, comparativement aux patients sans TM-TLS, principalement pour raisons de maladies physiques. Outre les maladies physiques, l'hospitalisation relève particulièrement des TM-TLS concomitants. Une proportion substantielle de patients avec des TM-TLS sont de grands ou très grands utilisateurs des urgences (4 visites et plus/année), représentant près de la moitié du volume des visites à l'urgence et de l'hospitalisation des patients avec TM-TLS; tandis que les 65 ans et plus, en raison de la plus grande prévalence de maladies physiques chroniques chez ces derniers, sont surreprésentés à l'urgence, ce qui peut contribuer à sa surutilisation et éventuellement à son encombrement. En fait, les patients aux prises avec les problématiques de santé les plus complexes (dont TLS ou TM-TLS concomitants) ont tendance à utiliser d'avantage l'urgence et les autres services de santé, incluant l'hospitalisation. La récurrence de l'utilisation des services d'urgences sur plusieurs années s'est aussi avérée une problématique importante, plus élevée pour les patients TM-TLS que sans TM-TLS, et particulièrement sur 5 ans pour les patients ayant des TM-TLS concomitants. Les visites à l'urgence sont plus importantes en milieux ruraux et chez les patients plus défavorisés, et ce, tout autant pour les patients avec TM-TLS que sans TM-TLS (sauf pour la défavorisation sociale chez les sans TM-TLS). Une meilleure distribution des ressources contribuerait sans doute à désengorger l'urgence dans les régions rurales ou géographiquement défavorisées.

L'étude suggère une certaine amélioration des services au cours des années, étant donné la diminution très relative de l'utilisation de l'urgence pour toutes raisons des patients avec TM-TLS en 2014-2015, comparativement à 2000-2001. Une légère augmentation de l'utilisation de l'urgence est néanmoins observée pour les patients avec TM-TLS concomitants, où l'insuffisance de services intégrés est hautement reconnue.

Bien que la très grande majorité des patients ait reçu au moins une consultation médicale ambulatoire à moins d'un an avant leur visite à l'urgence, la plupart des patients n'ont pas eu de consultation médicale dans la semaine précédant une visite à l'urgence. Ce résultat s'applique aux patients avec TM-TLS, mais également aux patients sans TM-TLS. De plus, une majorité de patients ont également reçu un contact médical à moins d'un mois de leur sortie de l'urgence ou de leur hospitalisation, et ce constat est légèrement plus favorable pour les patients ayant des TM-TLS que pour les patients sans TM-TLS. Ces résultats concernent les soins globaux, et non uniquement les visites pour raisons de santé mentale. Sachant que les patients ayant des TM-TLS consultent majoritairement pour des raisons autres que la santé mentale, il est probable que l'association entre les TM-TLS et les maladies physiques entraînent une meilleure prise en charge médicale que les TM-TLS exclusifs.

Finalement, l'adéquation des soins s'avère préoccupante, particulièrement pour la réadmission à moins de 30 jours à l'urgence, qui est fort élevée et questionne ainsi les avancées quant à la qualité des services dispensés pour les patients ayant des TM-TLS. Améliorer la qualité des soins et le rétablissement des patients demeurent un enjeu important particulièrement pour les patients avec des TM-TLS considérés parmi les patients les plus vulnérables de la population. Cette étude souligne aussi l'importance de développer des stratégies adaptées dans les urgences et hors des urgences en lien avec les partenaires communautaires et les soins primaires pour mieux répondre aux besoins des patients ayant des TM-TLS, afin de réduire leurs visites à l'urgence. La surveillance de l'utilisation des services d'urgence pourrait ainsi permettre de mieux soutenir les gestionnaires quant aux orientations futures à prioriser dans le cadre d'un système de santé apprenant visant l'amélioration de la qualité des soins et le rétablissement des patients.

Bibliographie

1. Institut de la statistique du Québec (ISQ): Portrait statistique de la santé mentale des québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012; Portrait chiffré. Québec: Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec; 2015.
2. Desmettre S: La prise en charge des troubles psychiatriques. *Regards croisés sur l'économie* 2009, 5(1), 168-70.
3. Andrews G, Issakidis C, Carter G: Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry* 2001, 179(5), 417-25.
4. Prins MA, Verhaak PFM, van der Meer K, Penninx BW, Bensing JM: Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *Journal of affective disorders* 2009, 119(1-3), 163-71.
5. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Caron J: Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. *BMC health services research* 2014, 14, 161.
6. Statistique Canada: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) 2012. Ottawa, Canada: Statistique Canada; 2012.
7. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Caron J: Variables Associated With Perceived Unmet Need for Mental Health Care in a Canadian Epidemiologic Catchment Area. *Psychiatric Services* 2016, 67(1), 78-85.
8. Schmidt M: Frequent visitors at the psychiatric emergency room - A literature review. *Psychiatric Quarterly* 2018, 89(1), 11-32.
9. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I: Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC health services research* 2016, 16(1), 594.
10. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen R-A, Burchill C, Derksen S: Frequent Users of Emergency Departments: Developing Standard Definitions and Defining Prominent Risk Factors. *Annals of emergency medicine* 2012, 60(1), 24-32.
11. Doran KM, Raven MC, Rosenheck RA: What drives frequent emergency department use in an integrated health system? National data from the Veterans Health Administration. *Annals of emergency medicine* 2013, 62(2), 151-9.
12. Ngamini-Ngui A, Fleury MJ, Moisan J, Gregoire JP, Lesage A, Vanasse A: High users of emergency departments in Quebec among patients with both schizophrenia and a substance use disorder. *Psychiatric Services* 2014, 65(11), 1389-91.
13. Matsumoto CL, O'Driscoll T, Lawrance J, Jakubow A, Madden S, Kelly L: A 5 year retrospective study of emergency department use in Northwest Ontario: a measure of mental health and addictions needs. *CJEM* 2017, 19(5), 381-5.
14. Barratt H, Rojas-Garcia A, Clarke K, Moore A, Whittington C, Stockton S, Thomas J, Pilling S, Raine R: Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2016, 11(4), e0154449.
15. Weiss AJ, Barrett ML, Heslin KC, Stocks C: Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006–2013. Statistical Brief 216. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
16. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE): Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec. Québec Commissaire à la santé et au bien-être; 2017.
17. Soto EC, Frederickson AM, Trivedi H, Le A, Eugene MC, Shekher M, Weiskopf M, Allen-Dicker K, Dicker R, Fornari V, Correll CU: Frequency and correlates of inappropriate pediatric psychiatric emergency room visits. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009, 70(8), 1164-77.
18. Zeman L, Arfken CL: Decreasing unnecessary care in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 2006, 57(1), 137-8.
19. Carpenter LL, Schechter JM, Underwood JA, Tyrka AR, Price LH: Service expectations and clinical characteristics of patients receiving psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005, 56(6), 743-5.
20. Heslin KC, Elixhauser A, Steiner C: 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; 2012.
21. Hamilton JE, Desai PV, Hoot NR, Gearing RE, Jeong S, Meyer TD, Soares JC, Begley CE: Factors Associated With the Likelihood of Hospitalization Following Emergency Department Visits for Behavioral Health Conditions. *Academic Emergency Medicine* 2016, 23(11), 1257-66.
22. Schroeder S, Leigh-Peterson M: Rural and urban utilization of the emergency department for mental health and substance abuse. *Rural Health Reform Policy Research center* 2017, June 2017.
23. Claassen CA, Michael Kashner T, Gilfillan SK, Larkin GL, John Rush A: Psychiatric emergency service use after implementation of managed care in a public mental health system. *Psychiatric Services* 2005, 56(6), 691-8.

24. World Health Organization (WHO): Mental health. Suicide prevention: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html/; 2011.
25. Smetanin P, Stiff D, Briante C, Khan M: Life and Economic Impact of Hypothetical Intervention Scenarios on Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041: Risk Analytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada; 2012.
26. Fleury MJ, Grenier G. Primary mental healthcare and integrated services. In: L'Abate L, ed. *Mental illnesses-Evaluation, treatments and implications*. Rijeka, Croatia: InTech; 2011: 357-90.
27. Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005, 83(3), 457-502.
28. Fleury M-J: La réforme des soins primaires en santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. *Santé mentale au Québec* 2014, 39(1), 25-45.
29. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005.
30. Ministère de la Santé et des Services Sociaux: Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux; 2015.
31. Fleury MJ, Grenier G, Vallee C, Aube D, Farand L, Bamvita JM, Cyr G: Implementation of the Quebec mental health reform (2005-2015). *BMC health services research* 2016, 16(1), 586.
32. Sorup CM, Jacobsen P, Forberg JL: Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2013, 21(1), 62.
33. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada: Repenser, renouveler, retirer : rapport de la quatrième Conférence consensuelle sur l'évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada; 2015.
34. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Zivin K, McCarthy JF, Valenstein M, Blow FC: Outpatient follow-up after psychiatric hospitalization for depression and later readmission and treatment adequacy. *Psychiatric Services* 2012, 63(12), 1239-42.
35. Troister T, Links PS, Cutcliffe J: Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Current psychiatry Reports* 2008, 10(1), 60-5.
36. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S: Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, (Issue 1. Art. No.: CD000384).
37. Pauselli L, Verdolini N, Bernardini F, Compton MT, Quartesan R: Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatric Quarterly* 2017, 88(1), 129-40.
38. Blais C, Jean S, Sirois C, Rochette L, Plante C, Larocque I, Doucet M, Ruel G, Simard M, Gamache P, Hamel D, St-Laurent D, Émond V: Le Système Intégré de Surveillance des Maladies Chroniques du Québec (SISMACQ) : une approche novatrice. *Chronic Diseases and Injuries in Canada/Maladies chroniques et blessures au Canada* 2014, 34(4), 226-35.
39. Hermann RC, Chan JA, Provost SE, Chiu WT: Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatric Services* 2006, 57(10), 1461-7.
40. Hermann RC, Leff HS, Palmer RH, Yang D, Teller T, Provost S, Jakubiak C, Chan J: Quality measures for mental health care: Results from a national inventory. *Medical Care Research and Review* 2000, 57(Supplement 2), 136-54.
41. Hermann R, Mattke S, OECD Mental Health Care Panel: Selecting Indicators for the quality of mental health care at the health system level in OECD Countries. Paris: OECD; 2004.
42. Pampalon R, Philibert M, Hamel D: Inégalités sociales et services de proximité au Québec : Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants. *Santé, Société et Solidarité* 2004, 2, 73-88.
43. Institut national de santé publique du Québec: Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques* 2015, 11.
44. Sandoval E, Smith S, Walter J, Schuman SA, Olson MP, Striefler R, Brown S, Hickner J: A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 2010, 38(2), 115-21.
45. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G: Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of emergency medicine* 2003, 41(3), 309-18.
46. Raymond L, Pelletier M, J. P: Bilan de la situation des services d'urgence période 13 de l'année 2013-2014. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS); 2014.

47. Schmitz N, Wang J, Malla A, Lesage A: Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study. *Psychosomatic Medicine* 2007, 69(4), 332-8.
48. Sprah L, Dernovsek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P: Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 2017, 17(1), 2.
49. Felker B, Yazel JJ, Short D: Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric Services* 1996, 47(12), 1356-63.
50. Ouadahi Y, Lesage A, Rodrigue J, Fleury M-J: Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec* 2009, 34(1), 161-72.
51. Baillargeon J, Thomas CR, Williams B, Begley CE, Sharma S, Pollock BH, Murray OJ, Pulvino JS, Raimer B: Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. *Psychiatric Services* 2008, 59(7), 808-11.
52. Cherpitel CJ, Ye Y: 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* 2008, 34(5), 576-83.
53. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012, 380(9836), 37-43.
54. Canadian Institute for Health Information: Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging. Ottawa, Ontario: Canadian Institute for Health Information; 2011.
55. Heflinger CA, Hinshaw SP: 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* 2010, 37(1-2), 61-70.
56. Plaistow J, Masson K, Koch D, Wilson J, Stark RM, Jones PB, Lennox BR: Young people's views of UK mental health services. *Early intervention in psychiatry* 2014, 8(1), 12-23.
57. Schroeder SM, Peterson ML: Identifying Variability in Patient Characteristics and Prevalence of Emergency Department Utilization for Mental Health Diagnoses in Rural and Urban Communities. *Journal of Rural Health* 2017.
58. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J, Gauthier J: 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); 2004.
59. Fleury M-J, Fortin M, Rochette L, Grenier G, Huynh C, Pelletier E, Lesage A, Vasiliadis H-M: Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Santé mentale au Québec* 2018, 43(2), 127-52.
60. Huynh C, Ngamini Ngui A, Kairouz S, Lesage A, Fleury MJ: Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. *BMC Psychiatry* 2016, 16, 258.
61. Hasin D, Kilcoyne B: Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry* 2012, 25(3), 165-71.
62. Brennan JJ, Chan TC, Hsia RY, Wilson MP, Castillo EM: Emergency department utilization among frequent users with psychiatric visits. *Academic Emergency Medicine* 2014, 21(9), 1015-22.
63. Chang G, Weiss AP, Orav EJ, Rauch SL: Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *General Hospital Psychiatry* 2014, 36(6), 716-20.
64. Capp R, Hardy R, Lindrooth R, Wiler J: National Trends in Emergency Department Visits by Adults With Mental Health Disorders. *Journal of Emergency Medicine* 2016, 51(2), 131-5 e1.
65. Huynh C, Ferland F, Blanchette-Martin N, Menard JM, Fleury MJ: Factors Influencing the Frequency of Emergency Department Utilization by Individuals with Substance Use Disorders. *Psychiatric Quarterly* 2016, 87(4), 713-28.
66. Wang Y, Bhaskaran J, Sareen J, Wang J, Spiwak R, Bolton JM: Predictors of Future Suicide Attempts Among Individuals Referred to Psychiatric Services in the Emergency Department: A Longitudinal Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2015, 203(7), 507-13.
67. Minassian A, Vilke GM, Wilson MP: 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* 2013, 45(4), 520-5.
68. Curran G, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla K: The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emergency Medicine* 2008, 8(1), 17.

69. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J: Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry* 2011, 11, 64.
70. Fleury MJ, Perreault M, Grenier G, Imboua A, Brochu S: Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *International Journal of Integrated Care* 2016, 16(1), 7.
71. Fleury MJ, Farand L, Aube D, Imboua A: Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician* 2012, 58(12), e732-8, e25-31.
72. Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J: What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2013, 47(4), 333-46.
73. Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, Bauer MS: Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current psychiatry reports* 2013, 15(8), 383.
74. Wait time alliance/Alliance sur les temps d'attente (ATA): Eliminating Code Gridlock in Canada's Health Care System. *Wait time alliance report card* 2015, 2-015.
75. Boudreaux ED, Niro K, Sullivan A, Rosenbaum CD, Allen M, Camargo CA, Jr.: Current practices for mental health follow-up after psychiatric emergency department/psychiatric emergency service visits: a national survey of academic emergency departments. *General Hospital Psychiatry* 2011, 33(6), 631-3.
76. McCullumsmith C, Clark B, Blair C, Cropsey K, Shelton R: Rapid follow-up for patients after psychiatric crisis. *Community Mental Health Journal* 2015, 51(2), 139-44.
77. Lecavalier M, Fleury M-J, Couillard J, Sapin-Leduc A: Les équipes de liaison en dépendance au CRDM-IU: l'indispensable pont entre l'hôpital et la réadaptation. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 2014, 10(1), 48-50.
78. Cuffel BJ, Held M, Goldman W: Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care. *Psychiatric Services* 2002, 53(11), 1438-43.
79. Vashi AA, Fox JP, Carr BG, D'Onofrio G, Pines JM, Ross JS, Gross CP: Use of hospital-based acute care among patients recently discharged from the hospital. *JAMA* 2013, 309(4), 364-71.
80. Smith MW, Stocks C, Santora PB: Hospital readmission rates and emergency department visits for mental health and substance abuse conditions. *Community Mental Health Journal* 2015, 51(2), 190-7.
81. Richard-Lepouriel H, Weber K, Baertschi M, DiGiorgio S, Sarasin F, Canuto A: Predictors of recurrent use of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2015, 66(5), 521-6.
82. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, Bienvenu OJ, Zandi P: Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 2008, 65(5), 513-20.
83. Klein DN, Kotov R: Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology* 2016, 125(3), 337-48.
84. Fleury MJ, Djouini A, Huynh C, Tremblay J, Ferland F, Menard JM, Belleville G: Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug & Alcohol Dependence* 2016, 168, 293-306.
85. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J: A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2013, 39(6), 1296-306.
86. Lesage A: Heuristic model of depressive disorders as systemic chronic disease. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2015, 24(4), 309-11.
87. Régie de l'assurance maladie du Québec: Nombre de médecins, montant total et montant moyen selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité et le mode de rémunération. Services médicaux, Québec.
https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/RappPDF.aspx?Typelmpression=pdf&NomPdf=CBB7R05A_SM24_2017_0_O.PDF. 2017.
88. Fleury MJ, Fortin M, Rochette L, Grenier G, Huynh C, Pelletier E, Vasiliadis HM: Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization. *BMC Emergency Medicine* 2019, 19(1), 8.
89. Agence de la santé publique du Canada: Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques: Les maladies mentales au Canada, 2015. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2015.
90. Agence de la santé publique du Canada: Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques: Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2016.

Remerciements

Ce rapport résulte en partie du soutien financier que l'équipe de recherche a reçu du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) par l'entremise d'une subvention du programme sur les urgences et du Réseau de recherche sur le suicide, troubles de l'humeur et troubles associés (RQSHA) ainsi que d'une bourse postdoctorale détenue par la troisième auteure du rapport, Marilyn Fortin. Nous tenons à remercier le FRQS et le RQSHA pour leurs soutiens à nos travaux.

Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux

AUTEURS

Marie-Josée Fleury^{1,2}
Louis Rochette³
Marilyn Fortin⁴
Helen-Maria Vasiliadis^{5,6}
Christophe Huynh^{7,8}
Guy Grenier²
Éric Pelletier³
Alain Lesage^{8,9}

- ¹ Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal
² Douglas Institut universitaire en santé mentale, Montréal
³ Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec
⁴ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Québec
⁵ Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
⁶ Centre de recherche Charles-Lemoyne-Saguenay-Lac-Saint-Jean, Longueuil
⁷ Institut universitaire sur les dépendances, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
⁸ Département de psychiatrie, Université de Montréal
⁹ Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

MISE EN PAGE

Nabila Haddouche
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 1922-1762 (PDF)
ISBN : 978-2-550-84748-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

N^o de publication : 2580