

Université de Montréal

Facteurs facilitant ou entravant l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des
grands utilisateurs de ces services en santé mentale

Par

Firas Gaida

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences en santé publique,
option recherche

Mai 2023

© Firas Gaida, 2023

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé

Facteurs facilitant ou entravant l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale

Présenté par

Firas Gaida

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Gregory Moullec
Président-rapporteur

Marie-Josée Fleury
Directrice de recherche

Nathalie Veillette
Membre du jury

Résumé

Objectifs. Les services hospitaliers d'urgence sont souvent engorgés, et les visites pour des raisons de santé mentale (SM) y contribuent particulièrement. Au Québec, les grands utilisateurs de ces services en SM ont contribué en 2014-15 à près de la moitié du volume des visites aux urgences en SM. Or, le recours fréquent aux urgences par les mêmes patients témoigne généralement d'une inadéquation des services offerts à ces derniers. Pour mieux desservir ces patients et améliorer l'efficacité de l'urgence, il est crucial de mieux comprendre les facteurs facilitant ou entravant les services d'urgence dans leur réponse aux besoins des grands utilisateurs de ces services. Cette étude vise ainsi à identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins des grands utilisateurs de ces services en SM (3+ visites/année).

Méthode. L'étude utilise un devis qualitatif basé sur la méthode d'étude de cas unique; le cas étant une urgence d'un institut universitaire en SM. Les participants provenaient de l'urgence, d'autres services de l'hôpital (ex. : module d'évaluation-liaison) ou étaient des partenaires de l'urgence du territoire (ex. : centres de crise). L'analyse des données a été guidée par un cadre conceptuel composé de quatre catégories de facteurs facilitant ou entravant l'efficacité de l'urgence, reliés au système de santé, à l'organisation des services, aux professionnels de la santé et aux profils des patients.

Résultats. Plus d'entraves que de facteurs facilitants ont été relevées, qui étaient principalement liées au système de santé, comme l'indisponibilité des services en SM et la complexité de la gestion des services, ainsi qu'aux profils des patients, comme certains profils cliniques. Les facteurs facilitants étaient surtout liés aux caractéristiques organisationnelles, notamment les innovations implantées à l'urgence ou en partenariat avec

l'urgence, bien que globalement peu déployées. **Conclusion.** En explorant les facteurs pouvant influencer l'efficacité de la réponse aux besoins des patients grands utilisateurs des services d'urgence en SM, cette étude prépare le terrain pour des recherches futures qui examineront et démontreront l'impact de ces facteurs. Cela permettra de mieux comprendre comment optimiser la réponse aux besoins de ces patients.

Mots clés : urgence, grands utilisateurs, santé mentale, facteurs facilitants ou entravants, efficacité, réponse aux besoins

Abstract

Objectives. Hospital emergency departments (ED) are often overcrowded, and mental health (MH) visits contribute particularly to this situation. In Quebec, frequent users of emergency services accounted for nearly half the volume of ED visits for mental health reasons in 2014-15. Frequent recourse to ED by these patients generally reflects the inadequacy of services available to them. To better serve these patients and improve the ED effectiveness, it is crucial to better understand factors that facilitate or hinder ED services in responding to needs of their frequent users. Thus, this study aims to identify facilitators and barriers to ED effectiveness in meeting the needs of high ED users (3+ visits/year) with mental health issues. **Method.** The study is based on a qualitative investigation, using a single case study method. The case was an emergency at a mental health university institute in a large urban center of Quebec. Participants came from the ED, other hospital departments (e.g., assessment-liaison module), or were partners of the ED in the territory (e.g., crisis centers). Data analyses were guided by a conceptual framework consisting of four categories related to the health care system, organization of services, health care professionals, and patient profiles, with possible facilitating or hindering factors to ED effectiveness subsumed under each category. **Results.** More barriers than facilitators were identified, most of which were related to the healthcare system (e.g., the unavailability of MH services and the complexity of ED management), but also to patient profiles (e.g., certain clinical characteristics). The facilitators were mainly related to organizational characteristics, notably innovations implemented in, or in partnership with, the ED, although few were deployed overall. **Conclusion.** By exploring factors that can influence effectiveness in meeting the needs of high ED users, this study

sets the scene for future research that would examine and demonstrate the impact of these factors. This will help us to better understand how to optimize the response to these patients' needs.

Keywords: emergency department, frequent users, mental health, facilitating or hindering factors, effectiveness, response to needs

Table des matières

Résumé	I
Abstract.....	III
Table des matières	V
Liste des tableaux	VIII
Liste des figures	IX
Liste des sigles et abréviations	X
Remerciements	XIII
Chapitre 1 – Introduction.....	1
Chapitre 2 – Revue de la littérature	4
2.1. Système de soin de SM au Québec	4
2.1.1. Évolution de système de santé et des services sociaux	4
2.1.2. L’organisation des services en SM.....	6
2.2. Les grands utilisateurs des services d’urgence en SM	9
2.2.1. État des services d’urgence	9
2.2.2. Les grands utilisateurs des services d’urgence en SM	11
2.2.3. Le fardeau des grands utilisateurs des services d'urgence en SM sur le système de santé	13
2.3. Facteurs clés (facilitants/entravants) à l’efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services incluant les innovations pouvant y être déployées.....	14
2.3.1. Facteurs clés (facilitants/entravants) à l’efficacité des urgences	14
2.3.2. Innovations déployées à l’urgence ou avec la communauté pour endiguer la fréquence de l’utilisation des urgences	16

2.4. L'étude faisant l'objet de ce mémoire.....	17
Chapitre 3 – Méthodes.....	18
3.1. Devis de la recherche	18
3.1.1. Approche privilégiée	18
3.1.2. Milieu de l'étude	19
3.2. Recrutement et description de l'échantillon.....	19
3.2.1. Population de l'étude et critères d'inclusion	19
3.2.2. Stratégie de recrutement.....	20
3.3. Collecte des données	21
3.3.1. Procédures de collecte des données	21
3.3.2. Description du guide d'entrevue	22
3.4. Analyse des données	24
3.4.1. Questionnaire socioprofessionnel	24
3.4.2. Données qualitatives	24
3.5. Positionnement et réflexivité.....	26
3.6. Considérations éthiques.....	27
Chapitre 4 – Article	29
Chapitre 5 – Discussion	77
5.1. Discussion des résultats.....	77
5.2. Recommandations	85
5.2.1. Recommandations politiques et stratégiques	85
5.2.2. Recommandations pour les professionnels soignants	88
5.2.3. Recherches futures	91
5.3. Forces et limites de l'étude.....	93
5.3.1. Forces de l'étude	93

5.3.2. Limites de l'étude.....	94
Chapitre 6 – Conclusion	96
Références bibliographiques.....	97
Annexe 1 : Formulaire de consentement à la recherche	131
Annexe 2 : Questionnaire socioprofessionnel.....	139
Annexe 3 : Guide d'entrevues pour les équipes cliniques ou gestionnaires de l'urgence	142
Annexe 4 : Guide d'entrevues pour les partenaires de l'urgence.....	146
Annexe 5 : Figures	149

Liste des tableaux

Tableau 1. – Informations démographiques et professionnelles sur l'échantillon de l'étude.....	61
Tableau 2. – Facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale.....	62
Tableau 3. – Citations des participants à l'étude concernant les facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale.....	66

Liste des figures

- Figure 1.** – Schéma de la stratégie utilisée pour rapporter la fréquence des visites aux urgences.
[Traduction libre] 11
- Figure 2.** – Cadre conceptuel: facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité des urgences dans
leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale 146

Liste des sigles et abréviations

IUD : Institut universitaire sur les dépendances

SM : Santé mentale

TM : Trouble mental

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

RLSSS : Réseau local de santé et de services sociaux

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

IU : Institut universitaire

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

SIV : Soutien d'intensité variable

SI : Suivi intensif

PASM : Plan d'action en santé mentale

FRQS : Fonds de recherche du Québec-Santé

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

GMF : Groupes de médecine de famille

CER : Comité d'éthique de la recherche

CERSES : Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé

PQTM : Programme québécois pour les troubles mentaux

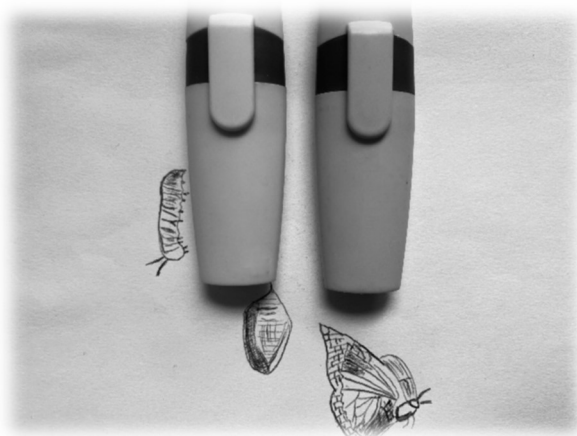
*À mes parents, sans qui je n'aurais pas
pu terminer ce travail.*

Imaginez une chenille. Elle passe la plus grande partie de son existence à regarder d'en bas les oiseaux voler, et s'indigne de son propre destin et de sa forme. "Je suis la plus méprisable des créatures, pense-t-elle, laide, répugnante, condamnée à ramper sur la terre."

Un jour, cependant, la Nature lui demande de tisser un cocon. La voilà effrayée: jamais elle n'a tissé de cocon. Croyant être en train de bâtir sa tombe, elle se prépare à mourir. Bien que malheureuse du sort qui était le sien jusque-là, elle se plaint encore à Dieu: "Au moment où je m'étais enfin habituée, Seigneur, vous me retirez le peu que je possède!" Désespérée, elle s'enferme dans son cocon et attend la fin.

Quelques jours plus tard, elle constate qu'elle s'est transformée en un superbe papillon. Elle peut voler dans le ciel et les hommes l'admirent. Elle s'étonne du sens de la vie et des desseins de Dieu.

Paulo Coelho, "Maktub", 2004.



Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier la puissance suprême, le Dieu tout-puissant, qui est évidemment celui qui m'a toujours guidé pour travailler sur le bon chemin de la vie. Sans sa grâce, ce projet ne pourrait pas devenir une réalité.

Ma profonde gratitude va à ma directrice de recherche, Dre. Marie-Josée Fleury, pour son soutien constant, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de ce projet. Sa vision et sa passion pour le sujet ont été d'une grande aide pour moi.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe du Centre de recherche en santé mentale Douglas, qui m'a guidée de manière très compétente dans ce projet, en particulier Armelle Imboua et Guy Grenier qui ont partagé l'enthousiasme de travailler sur ce projet.

Je tiens également à remercier Dr. Gregory Moullec et Dre. Jessica Rassy pour leur temps et leur engagement dans l'évaluation de mon travail. Leur retour constructif et leurs commentaires ont été précieux pour moi.

Je souhaite également remercier tous les professionnels qui ont participé à cette étude pour leur précieuse collaboration et leur enthousiasme à partager leurs connaissances et leur expertise. Leur contribution a été essentielle pour la réussite de ce projet.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers l'Institut Universitaire sur les Dépendances (IUD) pour le financement accordé, qui m'a permis de finaliser ce mémoire de recherche.

Enfin, je tiens à remercier ma très chère famille, qui a été le pilier de stabilité dans ma vie, la famille Diab, mes chers Mayssa et Oulwan, ainsi que mes amis, notamment Adam, Ahmed, Eya, Hana, Rima, Fahed, Geoffrey, Tayssir, Djo et bien d'autres, pour leur soutien inconditionnel et leur patience pendant que je consacrais tant de temps à ce travail.

Je suis reconnaissant pour toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ce mémoire de recherche, et je suis convaincu que leur engagement continuera à inspirer mes prochains travaux.

Chapitre 1 – Introduction

Chaque composante du système de santé est importante et joue un rôle indispensable dans la prise en charge et le traitement des patients, en particulier les services d'urgence, qui constituent souvent la porte d'entrée de nombreux patients pour bénéficier d'un suivi médical (Health Quality Ontario, 2016a; Poremski et al., 2017). Ils servent souvent de baromètre de la qualité de l'ensemble du système de soins de santé, avec la fréquence de leur utilisation comme indicateur clé (Fleury, Fortin, et al., 2019; Sørup et al., 2013). L'engorgement des services d'urgence est devenu un phénomène persistant dans la plupart des pays et, parmi les pays industrialisés, le Canada a l'un des taux les plus élevés d'utilisation de ces services (Health Quality Ontario, 2016a; Roberge et al., 2010). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, au Canada le nombre de visites aux urgences en 2021-2022 a augmenté de près de 20% par rapport en 2020-2021 pour atteindre 14 millions de visites par an (Canadian Institute for Health Information, 2022). L'utilisation de ces services pour des raisons de santé mentale (SM), y compris les troubles mentaux (TM) et les dépendances, a souvent été identifiée comme un des facteurs contribuant à cet engorgement (Fleury, Rochette, et al., 2019; Saini et al., 2019). D'ailleurs, des études américaines et canadiennes estiment que 4 à 12% des visites aux urgences sont pour des raisons de SM (Fleury, Fortin, et al., 2019; Matsumoto et al., 2017; Weiss et al., 2006). Et au Québec, considérant qu'il y a 12 % des patients diagnostiqués avec des TM, presque deux fois plus de ces patients ont visité les services d'urgence comparativement aux patients n'ayant pas de TM en 2014-2015 (Fleury, Fortin, et al., 2019). Or, le recours fréquent aux services d'urgence témoigne souvent d'une inadéquation de la réponse aux besoins de ces patients. Ces services ne constituent pas le dispositif le plus pertinent pour traiter ces patient (Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2017). Le traitement des

TM aux urgences peut s'avérer difficile en grande partie en raison de la complexité des TM (Navas et al., 2022). La fréquence du recours aux urgences pourrait être prévenue par l'implantation de certaines innovations qui permettent de mieux desservir ces patients (Gabet et al., 2020; Sulzer, 2015). Ainsi, pour mieux desservir ces patients, il serait essentiel de mieux comprendre les facteurs qui peuvent faciliter ou entraver l'efficacité des services d'urgence dans leur réponse aux besoins de ces patients.

L'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins de leurs grands utilisateurs a été peu étudiée (Birmingham et al., 2017; Bodenmann et al., 2021; Poremski et al., 2020), et encore moins en ce qui concerne la SM (Fleury, Grenier, et al., 2019; Kromka & Simpson, 2019; Walker et al., 2021). Et ceci malgré le fait que les patients ayant des troubles mentaux (TM) sont parmi les clientèles utilisant le plus fréquemment l'urgence (Moe et coll., 2021, 2022). Parallèlement, la littérature fait état de quelques études qui ont identifié des facteurs pouvant influencer l'efficacité des urgences pour les patients ayant des TM, sans qu'ils soient nécessairement de grands utilisateurs de ces services (Fleury, Grenier, et al., 2019; Gaynes et al., 2015; Navas et al., 2022). Dans l'ensemble, les méthodes qualitatives ont été peu utilisés dans les études traitant les services d'urgence en SM (Bodenmann et coll., 2021; Digel Vandyk et coll., 2018; Walker et coll., 2021). Et la majorité des études sont basées sur des données quantitatives provenant de banques clinico-administratives (Vu et al., 2015a). En outre, la plupart des études sont fondées sur la perspective des patients plutôt que sur celle des professionnels soignants (Aagaard et al., 2014; Lincoln et al., 2016; Navas et al., 2022). Or, ces derniers connaissent très bien ces patients et sont très bien placés pour identifier les problèmes des urgences et les solutions pouvant les aider à mieux gérer leurs patients (Choo et al., 2015; Navas et al., 2022). Dans les quelques études basées sur la perspective des professionnels soignants, le recours fréquent aux services d'urgence est souvent associé au fait d'avoir des TM sévères et à un manque d'accès aux services ambulatoires (Navas et al., 2022;

Schmidt et al., 2020; Walker et al., 2021). Les études qui se sont intéressées à la perspective du patient soulignent que le besoin d'une prise en charge immédiate en l'absence de soutien et les longs délais d'attente sont les raisons principales pour lesquelles les patients reviennent souvent aux urgences (Aagaard et al., 2014; Lincoln et al., 2016; Navas et al., 2022). À notre connaissance, aucune étude n'a investigué les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité de l'urgence à répondre aux besoins des patients grands utilisateurs des services d'urgence en SM, se basant sur la perspective des différents professionnels soignants, qu'il s'agisse de cliniciens ou de gestionnaires de ces services.

Ainsi, en se basant sur les perspectives non seulement des cliniciens et des gestionnaires de l'urgence, mais aussi des autres services de l'hôpital et des partenaires de l'urgence, ce qui est particulièrement original, cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs facilitant ou entravant l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins de ses grands utilisateurs en SM, définis comme ayant visité l'urgence 3 fois ou plus par année (Bhumaid et coll., 2015; Vu et coll., 2015).

Chapitre 2 – Revue de la littérature

Ce chapitre comprend quatre sections. La première section présente le système de soin de santé ainsi que l'organisation du système de SM au Québec. La deuxième section discute des services d'urgence ainsi que des grands utilisateurs de ces services pour des raisons de SM. La troisième section décrit les facteurs clés (facilitants/entravants) reliés à l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en SM incluant les innovations déployées à l'urgence ou avec la communauté pour endiguer la fréquence de l'utilisation de ces services. Enfin, la quatrième section introduit brièvement à la présente étude.

2.1. Système de soin de SM au Québec

2.1.1. Évolution de système de santé et des services sociaux

Avec 22,55 % de la population du pays, le Québec occupe la deuxième place parmi les provinces les plus peuplées du Canada (Canada population, 2022). Pour pouvoir desservir cette population en termes de soins de santé, les services de santé du Québec sont financés par un système public d'assurance maladie de type beveridgien, les services étant généralement gratuits, qu'ils soient offerts dans des établissements publics ou des cliniques médicales privées (Lameire et al., 1999; Wankah et al., 2018). En fait, l'accès aux soins de santé basé sur le besoin et non la capacité de payer est le principe fondamental du système de santé canadien (Martin et al., 2018).

Au cours des dernières décennies, le système public de santé et des services sociaux au Québec, comme dans bien d'autres pays développés, a connu des transformations importantes (Couturier et al., 2020; Lemieux, 2003). Ces transformations sont principalement dues à l'influence des transitions démographiques et épidémiologiques associées au vieillissement des populations et

à l'augmentation constante de la charge sociale et économique des maladies chroniques (Breton et al., 2009). Plus spécifiquement, dans les années 1960, le système de santé québécois a connu un mouvement historique de désinstitutionalisation qui visait à réformer et à moderniser les soins de santé dans la province. Ce processus, motivé par la volonté de promouvoir les soins de proximité et d'améliorer la qualité de vie des patients, incitait au développement des soins communautaires et des services de soins à domicile (MSSS, 1997). Par la suite, plusieurs transformations importantes du système de santé se sont opérées, dont au début des années 2000, deux réorganisations majeures. La première a eu lieu en 2003, lorsque 95 réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLSSS) ont été créés sous la gouvernance d'une seule autorité locale, le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Et ce, juste après l'adoption du projet de loi 25 ou « Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » par le gouvernement du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010). En regroupant plusieurs établissements dotés de missions différentes (centres locaux de services communautaires (CLSC), centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), etc.), la mission des CSSS était d'offrir des services intégrés dans de multiples établissements répartis sur un territoire géographique déterminé (Ferrada-Videla, 2019; MSSS, 2010). La deuxième réorganisation a eu lieu en 2015, lorsque le gouvernement du Québec, dans le but d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, a procédé à une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé. En fait, l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux s'est alors amplifiée par la mise en place de plus grands et moins nombreux réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (MSSS, 2015a). Ainsi, le réseau de la santé québécois a été constitué en 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), issus de la fusion d'établissements publics d'une même région, neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), sept établissements non fusionnés dont des centres hospitaliers

universitaires (CHU) et des instituts universitaires (IU) et cinq établissements non visés par la loi (MSSS, 2015a). Contrairement aux CISSS, les CIUSSS intègrent des établissements universitaires sur leur territoire. Chaque CISSS et CIUSSS est chargé d'une responsabilité populationnelle qui consiste à assurer la dispensation des soins de santé à la population de son territoire (Ferrada-Videla, 2019; MSSS, 2015a, 2015c).

En conclusion, à compter de 2015, 34 établissements (CISSS, CIUSSS, CHU, IU, établissements non fusionnés) sont chargés d'assurer un accès facile et continu aux divers besoins en soins de santé, tant généraux que spécifiques ou spécialisés, de la population sur leur territoire (MSSS, 2015c). Ce nouveau contexte organisationnel nous amène à nous questionner sur l'organisation des services de SM, d'autant plus que ces réformes générales en santé et services sociaux encadrent les orientations de ces services.

2.1.2. L'organisation des services en SM

Les services de santé sont répartis en trois niveaux de services (Association québécoise des thérapeutes naturels (AQT), 2018). Les services de première ligne (ou soins primaires), qui visent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, couvrent 70 % de la demande de soins de santé. Les services de deuxième ligne (ou services spécialisés), qui soutiennent les services de première ligne, sont des services intégrant une plus grande expertise quant à un domaine plus spécifique, et couvrent l'évaluation et le traitement spécialisés, l'hospitalisation, le suivi intensif et d'autres services pour des problèmes plus complexes. Les services de troisième ligne (ou services surspécialisés) soutiennent les services de première et de deuxième ligne, et concernent une expertise de pointe souvent concentrée dans des grands centres hospitaliers universitaires; ces services représentent qu'environ 1% de la demande de soins de santé (Association québécoise des thérapeutes naturels (AQT), 2018).

Le secteur de la SM s'est historiquement développé en parallèle avec le système de soins de santé, c'est pourquoi on le désigne souvent comme le « système de SM » (Fleury & Grenier, 2012). Au Québec, la révolution des connaissances psychiatriques et les progrès de la pharmacologie ont été l'essence de nombreux changements et réformes dans l'organisation du système de SM, dont le mouvement de désinstitutionalisation amorcé dans les années 1960 (Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2012). En fait, l'ensemble des réformes, ayant tendu à accroître les compétences professionnelles et la responsabilisation du personnel de santé, ont mis l'accent sur la prise en charge continue des besoins biopsychosociaux et sur une meilleure consolidation du système de SM (Fleury & Acef, 2013; Giroux, 2015).

Dans le processus d'organisation des services de SM, plusieurs modèles ont été déployés, tels que les soins centrés sur le patient et le modèle de soins par étape (Fleury, 2005; Fleury & Acef, 2013; Gask & Coventry, 2012; Giroux, 2015). Des programmes particuliers ont aussi été déployés, par exemple pour le suivi des patients avec des troubles mentaux graves, le soutien d'intensité variable (SIV) et le suivi intensif (SI) (Fleury & Acef, 2013; Gélinas, 2010; Latimer & Rabouin, 2011; Morandi et al., 2017). Ces modèles et programmes visent à améliorer la coordination des soins et la continuité des soins offerts aux patients. Plusieurs d'entre eux ont été promus surtout depuis 2005, dans le cadre des Plans d'action en SM (MSSS, PASM, 2005-2010).

Le PASM 2005-2010 était basé sur le modèle de soins hiérarchisé. Il était axé sur l'amélioration de l'accès à des services de qualité pour toute personne souffrant de TM ou présentant un risque élevé de suicide, la consolidation des services de première ligne et la réduction de la stigmatisation (MSSS, 2005). Ce PASM a conduit à la mise en place d'équipes spécialisées en SM de première ligne dans les CLSC qui travaillent en continuité avec les services de première ligne déjà existants (MSSS, 2005). Il a également entraîné la création de guichets d'accès en SM

(GASM), aussi introduits dans les CLSC, qui sont chargés d'évaluer les patients afin de déterminer les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins, soit les services de l'équipe SM, les services psychiatriques, d'organismes communautaires ou d'autres ressources du réseau de la SM ou des services sociaux et de la santé (Breton et al., 2012).

Le PASM 2010-2015 s'inscrit en continuité du PASM 2005-2010, et poursuit la consolidation des services introduits quelques années plutôt. Ce PASM est aussi axée sur l'intégration des services de santé physique et mentale et la consolidation des services aux jeunes, et met l'emphase sur le partenariat avec la famille du patient et sur la responsabilité partagée, c'est-à-dire que le patient participe à, et soit maître d'œuvre de, l'amélioration de sa SM (MSSS, 2015b).

Un autre plan d'action en SM, de type interministériel, a été introduit pour les années 2022-2026 (MSSS, 2022c). Il poursuit la mise en œuvre des initiatives des plans précédents. Ce plan cherche principalement à répondre à l'ensemble des besoins du patient par des interventions axées sur les services de proximité (MSSS, 2022c). Ce plan recense également des initiatives et des actions prometteuses visant à améliorer l'efficacité des services d'urgence en SM. Ces initiatives comprennent le déploiement d'équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en SM dans la communauté, la mise en place d'unités d'intervention brève en psychiatrie ainsi que le traitement intensif bref à domicile (MSSS, 2022c). L'implantation d'une équipe spécialisée d'intervention rapide et de relais en SM dans la communauté permet aux patients ayant reçu leur congé de l'urgence après un épisode aigu lié à un TM de bénéficier rapidement d'un suivi avec une équipe multidisciplinaire. Au cours du suivi, l'équipe assure la liaison du patient avec d'autres services dans la communauté s'il en a besoin, facilitant ainsi la continuité des services après une visite aux urgences (MSSS, 2022c). Quant aux unités d'intervention brève en psychiatrie, elles accueillent les patients présentant un épisode aigu lié à un TM pour un court séjour n'excédant pas 72 heures et

permettent de les stabiliser suivant les meilleures pratiques cliniques (MSSS, 2022c). Cela permet un retour rapide au domicile et évite les hospitalisations de longue durée ainsi que les retours aux services d'urgence. La mobilisation d'équipes de soutien à domicile permet aux patients de recevoir un traitement intensif bref chez eux. Cela aide à prévenir les visites aux urgences et les hospitalisations en stabilisant la crise psychiatrique ou psychosociale (MSSS, 2022c).

En conclusion, le gouvernement du Québec s'est continuellement donné pour mission d'essayer de fournir des services de SM adéquats et cela se reflète dans les différents plans d'action en SM mis en place. Cependant, une clientèle semble, d'une façon récurrente, avoir des besoins non satisfaits, étant donné qu'elle retourne fréquemment aux services d'urgence, soit les grands utilisateurs des services d'urgence pour des raisons de SM. Ceci soulève le besoin de mieux connaître cette clientèle, ainsi que l'importance du fardeau qu'elle exerce sur le système de santé québécois.

2.2. Les grands utilisateurs des services d'urgence en SM

2.2.1. État des services d'urgence

Les services d'urgence représentent le principal point d'entrée dans le système de soins de santé pour l'évaluation et le traitement de problèmes médicaux dont les symptômes sont apparus subitement et sont suffisamment sévères ou aigus pour qu'un patient prudent pense qu'une visite médicale urgente est nécessaire, ou lorsque les cliniques médicales ou les médecins traitant d'un patient ne sont pas accessibles ou incapables de répondre aux besoins spécifiques des patients (MSSS, 2000). Ces services fournissent un reflet de l'état du système de soins de santé, un indicateur clé étant la fréquence de leur utilisation. En effet, un recours fréquent aux urgences peut

être le signe de problèmes importants d'accès, de continuité ou d'inadéquation des services à répondre aux besoins d'un patient (Fleury et al., 2017).

Plusieurs pays, y compris le Canada, ont rapporté une augmentation significative des visites aux urgences dans les dernières années (Dinh et al., 2015; Guttman et al., 2011; Morganti et al., 2013). En Amérique du Nord, par exemple, un cinquième de la population adulte se rend dans un service d'urgence au moins une fois par an (Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2017; Doupe et al., 2012). Et au Québec, le nombre total de visites aux urgences en 2021-22 était de 3 306 756 visites, dont 67 % étaient des visites ambulatoires (MSSS, 2022b). Déjà, l'engorgement des urgences est loin d'être un phénomène nouveau au Québec (Gutkin, 2011; Roberge et al., 2010; Vadeboncoeur, 2019), ce qui fait du délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence l'un des principaux enjeux de santé publique (McKenna et al., 2019; MSSS, 2022e).

Selon diverses études, l'augmentation du nombre de visites aux urgences ne peut pas s'expliquer seulement par la croissance démographique (Dinh et al., 2015; Morley et al., 2018; O'Cathain et al., 2020). En effet, l'utilisation de ces services par des populations vulnérables, y compris les personnes souffrant de TM, ainsi que le recours cliniquement non nécessaire à ces services, figurent parmi les principaux facteurs contribuant à leur engorgement (Cl et al., 2017; Hunt et al., 2006; O'Cathain et al., 2020). D'ailleurs, une étude américaine estime qu'entre 20 et 40 % des visites aux urgences pour des raisons de SM sont non prioritaires, et auraient pu être traitées dans des services de première ligne (Zeman & Arfken, 2006). Et au Québec, en 2014-15, parmi les personnes atteintes de TM qui ont fréquenté les urgences, 22 % étaient des grands utilisateurs de ces services pendant trois à cinq années consécutives (Fleury, Rochette, et al., 2019). Ce constat nous amène à vouloir mieux identifier qui sont ces grands utilisateurs des services d'urgence, et ce que la littérature relève de leurs profils cliniques et sociodémographiques.

2.2.2. Les grands utilisateurs des services d'urgence en SM

Lorsqu'on mesure la fréquence des visites aux urgences à partir de bases de données clinico-administratives ou d'enquêtes, on saisit généralement le nombre de visites aux urgences sur une année (souvent l'année fiscale pour les données clinico-administratives, soit du 1 avril au 31 mars). La dernière visite aux urgences durant cette période d'une année correspond à la visite de référence (ou visite index). Ensuite, on comptabilise le nombre de visites aux services d'urgence précédant cette visite de référence (ou index) au cours de l'année civile, soit les visites effectuées au cours des 12 derniers mois. En additionnant ce nombre à la visite de référence, on obtient la fréquence totale des visites aux services d'urgence pour chaque patient (Doupe et al., 2012). La **Figure 1**, ci-dessous, tirée d'une étude sur le développement de définitions standards pour les grands utilisateurs des services d'urgence, permet d'illustrer cette mesure (Doupe et al., 2012).

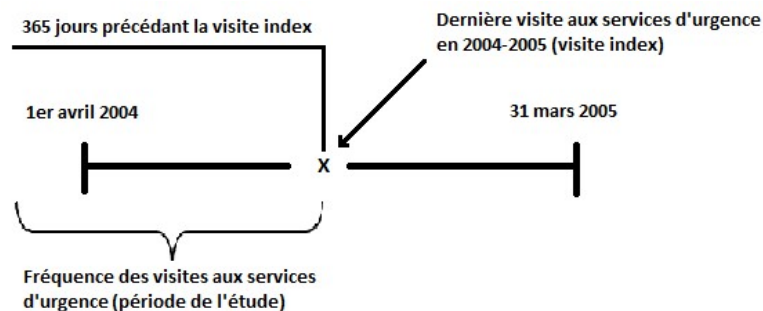


Figure 1. – Schéma de la stratégie utilisée pour rapporter la fréquence des visites aux services d'urgence. [Traduction libre]

Dans la littérature, il n'y a pas à ce jour de consensus sur le nombre minimum de visites aux urgences pour être désigné un grand utilisateur de ces services (A. Chen et al., 2020; Doupe et al., 2012; LaCalle & Rabin, 2010). Ce nombre varie selon les études, allant de 3 à plus de 12

visites par an (Doupe et al., 2012; LaCalle & Rabin, 2010). En effet, l'absence d'une définition standard du terme « grand utilisateur » serait l'un des principaux entraves au développement de solutions spécifiques pour cette clientèle (Doupe et al., 2012). En outre, il convient de noter que les « grands utilisateurs » des services d'urgence peuvent également être désignés dans la littérature par d'autres termes. Ceux-ci incluent les « utilisateurs fréquents », ou même les « utilisateurs récurrents » lorsqu'ils se rendent fréquemment aux urgences au cours de plusieurs années consécutives (Fleury, Rochette, et al., 2019; Gentil, Grenier, Vasiliadis, et al., 2021; MacDonald et al., 2022).

De nombreuses études ont tenté de dresser un profil de ces patients et de déterminer les prédicteurs d'un recours élevé aux services d'urgence, à l'aide de variables sociodémographiques et cliniques (Gentil, Grenier, Vasiliadis, et al., 2021; Moe et al., 2021b; Vandyk et al., 2014). Au niveau sociodémographique, les études rapportent que souvent, ce sont des personnes de faible statut socio-économique (Krieg et al., 2016; Penzenstadler et al., 2020), sans emploi (McKetin et al., 2018), en situation d'itinérance (Mitchell et al., 2017), vivant dans des zones défavorisées (Gentil, Grenier, Vasiliadis, et al., 2021; Hudon, Courteau, et al., 2017), isolées socialement (Poremski et al., 2017), bénéficiant d'une faible continuité des soins (Gentil, Grenier, Vasiliadis, et al., 2021), et/ou n'ayant pas accès à un médecin de famille (Hudon, Courteau, et al., 2017; Moe et al., 2021b). Sur le plan clinique, ces patients se présentent aux urgences pour diverses raisons, notamment des TM, des dépendances et des maladies chroniques (Armoon et al., 2022; Hudon, Courteau, et al., 2017; Lee et al., 2022; Moe et al., 2021b). Et au Québec, les patients qui ont eu une grande utilisation de ces services pendant trois années consécutives présentaient davantage de troubles de la personnalité, de troubles anxieux et de troubles de la dépendance des troubles de SM concomitants à des problèmes de dépendance (Gentil, Grenier, Vasiliadis, et al., 2021). Il

s'agit de troubles complexes et souvent problématiques dans leur prise en charge et leur traitement (Fiorillo, 2018; Moe et al., 2022).

2.2.3. Le fardeau des grands utilisateurs des services d'urgence en SM sur le système de santé

Les grands utilisateurs des services d'urgence pour des raisons de SM détiennent une part importante du nombre total de visites aux urgences (Vandyk et al., 2014), certaines études ont révélé que 20 % des visites aux urgences des hôpitaux dotés de services d'urgence psychiatriques désignés sont liées à des TM (Li et al., 2007). Par ailleurs, au Québec, parmi les personnes atteintes de TM qui ont visité les services d'urgence en 2014-2015, plus de 16 % étaient des grands utilisateurs de ces services, comptant entre 4 et 11 visites par année, et 1 % ont même visité ces services au moins 12 fois par année, ce que certaines études ont désigné comme des « très grands utilisateurs » (Fleury, Rochette, et al., 2019; Hudon, Courteau, et al., 2017). Ces très grands utilisateurs comptaient pour près de la moitié du volume de visites aux services d'urgence au cours de la même année au Québec (Fleury, Rochette, et al., 2019).

Au Canada, les services d'urgence détiennent 4,5 % des dépenses totales des hôpitaux en 2021 (Michas, 2022). En effet, le coût direct par visite aux urgences est passé de 96 dollars en 2005-2006 à 158 dollars en 2018-2019, avec les visites pour des raisons de santé mentale constituant la deuxième plus grande dépense après les visites pour des problèmes digestifs (Canadian Institute for Health Information, 2020). Le recours fréquent à ces services peut engendrer une augmentation de ces dépenses. Ceci amène certaines études à considérer les grands utilisateurs de services d'urgence comme une priorité en matière de maîtrise des coûts (Jiang et al., 2006; Wiens et al., 2021). Par ailleurs, une étude américaine a signalé que le « top » 10 % des grands utilisateurs de services de santé est responsable de 68 % des dépenses de soins de santé

(Wammes et al., 2018), et une autre étude indique que de 13 % à 27 % des visites aux urgences aux États-Unis pourraient être gérées dans les cabinets de médecins et les cliniques externes, permettant ainsi d'économiser 4,4 milliards de dollars annuellement (Weinick et al., 2010). Au Canada, où le système d'assurance est public, une étude ontarienne réalisée en 2007 a attribué 58 % des dépenses de santé aux 5 % de grands utilisateurs de soins de santé (Réseau local d'intégration des soins de santé de Toronto Centre, 2012).

2.3. Facteurs clés (facilitants/entravants) à l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services incluant les innovations pouvant y être déployées

Dans cette section, seront d'abord exposés les facteurs pouvant influencer l'efficacité des services d'urgence concernant les grands utilisateurs de ces services pour toutes raisons confondues ainsi que pour des raisons de SM. Par la suite, seront abordées en bref les innovations déployées à l'urgence ou avec la communauté pour endiguer la fréquence de l'utilisation des urgences.

2.3.1. Facteurs clés (facilitants/entravants) à l'efficacité des urgences

La littérature a peu abordé l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins des grands utilisateurs de ces services pour toutes raisons confondues (Althaus et coll., 2011; Birmingham et coll., 2017; Bodenmann et coll., 2021; Poremski et coll., 2020), et encore moins pour des raisons de SM (Fleury, Grenier, et coll. 2019; Kromka et Simpson 2019; Walker et coll. 2021). Les facteurs pouvant influencer cette efficacité, qu'ils soient facilitants ou entravants, pourraient être classés en 4 catégories : 1) liés au système de santé, 2) liés aux caractéristiques organisationnelles, 3) liés aux caractéristiques professionnelles, et 4) liés aux profils des patients. Il convient de noter que les facteurs liés au système de santé et aux profils des patients ont été

principalement couverts par des études quantitatives (Dufour et al., 2019; Moe et al., 2022), et que les facteurs liés aux caractéristiques organisationnelles et professionnelles ont principalement été traités dans le cadre d'études qualitatives (Navas et al., 2022; Petrik et al., 2015).

Concernant le système de santé, certaines études ont discuté de la façon dont les lacunes dans le continuum de soins ainsi que les problèmes d'accès et les longues listes d'attente pour les services ambulatoires ou communautaires peuvent être responsables de l'utilisation disproportionnée des services d'urgence (Dufour et al., 2019; Kahan et al., 2016). Selon une étude américaine réalisée il y a plusieurs années, si les ressources de la communauté étaient adéquates, 40 % des visites aux urgences pourraient être évitées (Arfken et al., 2004). Concernant les caractéristiques organisationnelles, hormis le manque de communication et de fluidité entre les services d'urgence et les services de première ligne, ce sont principalement des facteurs facilitants qui émergent. Ceux-ci font principalement référence aux innovations déployées afin de réduire le nombre de grands utilisateurs des urgences (Lintzeris et al., 2020; Nossel et al., 2016; Pillow et al., 2013). Nous aborderons ces innovations un peu plus loin, dans la section 2.3.2. Pour ce qui est des caractéristiques professionnelles, l'insuffisance du travail en équipe est un exemple type de tels caractéristiques, pouvant affecter l'efficacité des services d'urgence dans leurs traitements aux patients (Rosen et al., 2018). Certaines études indiquent également que les comportements stigmatisants des professionnels soignants ainsi que le manque d'une formation appropriée en matière de SM peuvent affecter la qualité et l'efficacité des soins qu'ils prodiguent (Navas et al., 2022; Petrik et al., 2015). Quant aux profils des patients, certaines études rapportent que la complexité du profil clinique et sociodémographique de ces patients (abordé dans la section 2.2.2) peut affecter l'efficacité des services qu'ils reçoivent (Gentil, Grenier, Meng, et al., 2021; Moe et al., 2021b; Slankamenac et al., 2020). Les services d'urgence, souvent engorgés, ne constituent pas le dispositif le plus pertinent pour répondre aux besoins des patients souffrant de TM (Moe et

al., 2022; Vandyk et al., 2014). Par ailleurs, certains TM, tels que les troubles psychotiques ou les troubles concomitants TM-dépendances, nécessitent plus de temps et d'attention que ce que les services d'urgence peuvent offrir (Zun, 2012).

2.3.2. Innovations déployées à l'urgence ou avec la communauté pour endiguer la fréquence de l'utilisation des urgences

Même si la littérature sur l'utilisation des services d'urgence pour des raisons de SM s'est peu intéressée aux grands utilisateurs de ces services, nous pouvons identifier certaines innovations utilisées pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle (Gabet et al., 2020; Kerman et al., 2020; Kromka & Simpson, 2019). Parmi ces innovations figurent la gestion de cas, les plans d'intervention individualisés préétablis et le soutien par des pairs (Malebranche et al., 2021; Nossel et al., 2016; Pillow et al., 2013).

La gestion de cas est un processus qui mobilise la communication et l'ensemble des ressources disponibles pour soutenir, guider et coordonner les soins aux patients (Case Management Society of America, 2021; Hudon, Chouinard, et al., 2017). Plusieurs études ont fait état de résultats intéressants obtenus grâce à la gestion de cas chez les grands utilisateurs de services de santé en général, notamment une moindre utilisation des services d'urgence, une réduction des coûts ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources appropriées disponibles (Althaus et al., 2011; Lintzeris et al., 2020; Phillips et al., 2006). Les plans d'interventions individualisés sont des plans élaborés après une évaluation sociale et clinique de chaque patient par une équipe ou un comité multidisciplinaire (Fertel et al., 2019). Ces plans permettent ensuite de guider les professionnels de la santé dans la prise en charge ou l'orientation des patients grands utilisateurs des services d'urgence au moment où ils se présentent à ces services. La littérature révèle que ces plans sont efficaces pour réduire le nombre de visites aux urgences par cette

clientèle (Blind et al., 2022; Pillow et al., 2013; Pope et al., 2000). Par ailleurs, une étude de cohorte a révélé une tendance à la réduction du nombre de visites mensuelles aux urgences chez les 50 plus grands utilisateurs de ces services après le déploiement d'un programme en ligne qui utilisait des plans de soins (Pillow et al., 2013). En ce qui concerne le soutien par les pairs, quelques études ont montré comment cette intervention a permis de réduire le recours aux urgences en promouvant davantage l'utilisation des services ambulatoires (Gabet et al., 2020; Nossel et al., 2016). En effet, les pairs aidants, ayant une expérience vécue de TM, peuvent apporter un soutien émotionnel et psychosocial afin de faciliter le processus de rétablissement (Steinberg et al., 2022).

2.4. L'étude faisant l'objet de ce mémoire

La présente étude s'appuie sur des projets précédents de l'équipe de recherche de la professeure Marie-Josée Fleury (Fleury et al., 2015, 2017, 2020). L'un de ces projets, financé par les fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) (Fleury et al., 2015), portait sur l'utilisation des services d'urgence par les patients diagnostiqués avec un TM. Il visait à explorer les facteurs facilitant et entravant l'efficacité des services d'urgence pour répondre aux besoins des patients qui consultent pour des raisons de SM. Il a mentionné l'importance du phénomène de la grande utilisation des services d'urgence et des lacunes dans les connaissances à ce niveau. Cette étude fait également partie d'un projet plus vaste subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (Fleury et al., 2020) et portant sur la grande utilisation des services d'urgence en SM.

Chapitre 3 – Méthodes

Dans ce chapitre, nous présenterons la méthode utilisée pour pouvoir réaliser cette étude. Tout d'abord, nous discuterons du devis de l'étude. Ensuite, nous parlerons de la population cible de l'étude ainsi que de la méthode d'échantillonnage. Puis, la méthode de collecte des données sera présentée, dont le guide d'entrevue développé pour colliger l'information du projet. Enfin, nous conclurons cette section par la manière dont nous avons analysé les données collectées pour notre étude.

3.1. Devis de la recherche

3.1.1. Approche privilégiée

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins des grands utilisateurs de ces services en SM, en se basant sur la perspective des professionnels soignants de différents milieux (urgences, autres services de l'hôpital et partenaires des urgences). Pour ce faire, il fallait utiliser une approche qui permette de saisir leur compréhension du phénomène de la grande utilisation de ces services. Le recours à une approche qualitative permet de donner du sens à une « situation encore relativement floue » ou encore à redonner du sens à une situation mal comprise (Creswell, 2009; Gaulin, 2018). Et, l'étude de cas représente une méthode privilégiée dans l'investigation approfondie d'un phénomène dans son contexte pour en comprendre les multiples facettes (Stake, 1995, 2005; Yin, 2009). Or, le phénomène de la grande utilisation des services d'urgence est persistant, bien qu'il ait toujours été au centre des préoccupations de la santé publique et qu'il ait fait l'objet de nombreux articles

scientifiques (Chiu et al., 2020; Stone et al., 2014). Ainsi, un devis qualitatif basé sur la méthode d'étude de cas a été retenu (Yin, 2009).

3.1.2. Milieu de l'étude

Le but de la recherche principale était de faire émerger les facteurs qui pouvaient influencer l'efficacité de l'urgence à répondre aux besoins de ses grands utilisateurs en SM. Ainsi, le cas qui a été retenu pour effectuer cette étude est une urgence appartenant à un CIUSSS, soit l'urgence d'un institut universitaire en SM dans un grand centre urbain du Québec. Ce choix s'est justifié par l'ampleur de la population représentée (parmi les territoires les plus peuplés au Québec), la solidité des partenariats établis avec l'équipe de recherche et, surtout, la diversité de l'échantillon dans ce cas, permettant de démontrer différentes perspectives concernant le sujet de la recherche, et ainsi augmenter la richesse des résultats obtenus (Creswell & Creswell, 2013).

L'urgence étudiée compte plusieurs partenaires sur son territoire local, dont quelques CLSC disposant de guichets d'accès en SM et d'équipes de SM de première ligne, plusieurs groupes de médecine de famille (GMF) où pratiquent les omnipraticiens, un centre de crise et divers autres organismes communautaires en SM. L'urgence dessert aussi la population régionale, tout en possédant un mandat suprarégional en SM.

3.2. Recrutement et description de l'échantillon

3.2.1. Population de l'étude et critères d'inclusion

La population cible de notre étude était constituée de l'ensemble des professionnels de la santé expérimentés et ayant minimalement travaillé depuis 6 mois aux urgences ou en lien avec les urgences, y compris les principaux membres des équipes cliniques séniors intervenant à l'urgence (ex.: infirmières dont au triage et en dépendance – au moins 5 cliniciens), les médecins (chef du

département de psychiatrie; chef médical et un psychiatre de l'urgence – au moins 3 médecins), les directions (ex.: infirmières-chef et coordonnateurs de l'urgence et de l'hospitalisation), ainsi que des représentants clés de la communauté (ex : équipe de SM en première ligne-CLSC, centre de crise, représentants des organismes communautaires en SM du territoire). Cette étude visait à recruter une vingtaine de participants pour le cas à l'étude.

3.2.2. Stratégie de recrutement

Basé sur une collaboration de plusieurs années avec l'équipe de recherche, les gestionnaires et les décideurs clés du site de l'étude ont fait partie d'un comité d'orientation. L'objectif de ce comité est de soutenir et d'assurer le bon déroulement des travaux de l'équipe de recherche au cours de leurs différentes phases (collecte et analyse des données, interprétation des données, transfert des connaissances). Ainsi, dans le cadre de la présente étude, les membres de ce comité d'orientation ont identifié les interlocuteurs clés qui étaient en mesure de participer à la collecte de données, conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude (abordés dans la section 3.2.1). Ensuite, la coordinatrice du projet de recherche les a invités à participer à la recherche par courriel ou par téléphone. Après leur acceptation et la validation de leur consentement libre et éclairé à participer à l'étude, ils ont été invités à passer une entrevue pendant des moments où les services d'urgence n'étaient pas achalandés. Des formulaires de consentement ont été expliqués et signés avant les entrevues (**Annexe 1**). Ces formulaires comprenaient des informations telles que la nature du projet, les objectifs poursuivis par l'étude, la durée de la participation (2 heures maximum) et le droit des participants à se retirer de l'étude à tout moment.

3.3. Collecte des données

3.3.1. Procédures de collecte des données

L'étude est basée sur des entrevues semi-dirigées, qui incitent à l'expression spontanée sur des thématiques qui apparaissent importantes aux participants, ce qui n'aurait pas été possible en utilisant des questionnaires (Gaulin, 2018). Compte tenu du contexte de la pandémie de la COVID-19, toutes les entrevues ont eu lieu par vidéoconférence, via l'application Zoom, le lien de la réunion étant envoyé aux participants par courriel après leur acceptation à participer au projet. Les participants avaient la possibilité de participer par téléphone dans l'éventualité où ils ne pouvaient pas assister à la réunion virtuelle, mais aucun participant n'a eu recours à cette stratégie de collecte des données. Les entrevues individuelles ont été privilégiées pour éviter la possibilité de susciter des conflits ou ne pas se sentir libre de s'exprimer à sa guise, en raison de liens hiérarchiques entre certains participants. Les entrevues de groupe par contre n'ont pu être menées qu'avec des participants de même niveau hiérarchique, et ce, avec leur consentement.

Les entrevues ont été d'une durée moyenne de 60 minutes. Un court questionnaire élaboré sur un outil de sondage en ligne (LimeSurvey) était aussi préalablement rempli par chaque répondant (**Annexe 2**). Ce questionnaire a demandé environ 10 minutes pour être rempli et a recueilli les données socioprofessionnelles des répondants notamment leur âge, leur sexe, leur profession, leur poste actuel, ainsi que leur nombre d'années de séniorité dans leur profession, dans leur établissement et dans leur poste actuel. Pour les cliniciens, il couvrait également leur degré d'aisance avec la détection et le traitement des dépendances (alcool, drogues) ou des problèmes concomitants de SM-dépendances. Cette question a été élaborée en particulier parce que, dans cette recherche, ce sont les visites pour des raisons de santé mentale (urgences psychiatriques) qui ont été ciblées, or la littérature indique que ces patients sont généralement sous-détectés (Marleau,

2019; Silveira et al., 2016). Nous avons donc voulu déterminer à quel point les cliniciens se sentaient à l'aise avec ces patients. La collecte de données de notre étude a débuté au mois d'avril 2021 pour se terminer en septembre de la même année.

3.3.2. Description du guide d'entrevue

Le guide d'entrevues (**Annexes 3 et 4**) a couvert cinq dimensions reliées aux facteurs facilitants et entravants et aux innovations pour améliorer l'efficacité de l'urgence dans sa réponse aux besoins des grands utilisateurs. Ces dimensions ont servi de cadre analytique pour atteindre l'objectif de la présente étude. L'élaboration du guide d'entrevues s'est inspirée d'une publication récente de l'équipe de recherche, qui a abordé le même sujet mais auprès d'une population différente (tous les utilisateurs des services d'urgence pour des raisons de SM, et non les grands utilisateurs des urgences comme dans notre étude).

Des exemples de questions sont présentés ci-après en fonction de cinq dimensions que structure le guide d'entrevues (et l'analyse de données exposées à la prochaine section) :

(1) concernant l'information liée au territoire ou au système et leur influence sur l'urgence ex. : Comment qualifiez-vous l'accès, la continuité et l'adéquation aux services des patients ayant des TM sur votre territoire ?; En quoi cette situation explique les grands utilisateurs en SM de votre urgence ? ; (2) concernant l'organisation de l'urgence et autres unités de l'hôpital, ex. : Quels sont les facteurs reliés au fonctionnement de votre urgence qui expliquent les grands utilisateurs en SM ? ; Quels sont les facteurs reliés au fonctionnement global de votre hôpital (autres unités de soins de SM) qui expliquent le recours fréquent aux urgences de ces patients ? ; (3) concernant les innovations à déployer, ex. : Quelles ont été les solutions envisagées dans votre urgence, et dans votre hôpital, incluant les alternatives à l'urgence en lien avec les ressources ambulatoires de votre site, pour soutenir une meilleure efficacité de l'urgence, afin de mieux répondre aux besoins des

grands utilisateurs de l'urgence pour raison de SM ? ; Quelles sont les forces et les faiblesses de ces innovations, et quelles seraient les voies à prioriser quant aux recommandations d'amélioration des services pour ces patients ? ; (4) concernant les caractéristiques des professionnels, ex. : Pour votre site, exposez-nous les conditions liées aux pratiques des professionnels (ex. : compétence des omnipraticiens en SM; instabilité et expérience mitigée de l'équipe de première ligne en SM-CLSC), qui pourraient expliquer le nombre important d'utilisateurs fréquents en SM de votre urgence ? Dans votre urgence, comment évaluez-vous la qualité des interventions réalisées auprès des grands utilisateurs (capacité à traiter/orienter les patients) ? ; (5) quant aux patients, ex.: Quels sont les profils des grands utilisateurs de votre urgence ? Et quels sont leurs principaux motifs de consultation à votre urgence ?

Quand on mène une étude scientifique, il est crucial de s'assurer que tous les membres de l'équipe de recherche ainsi que les participants partagent une compréhension commune des termes employés. Dans la présente étude, le terme « grand utilisateur » revêt une importance particulière. Chaque participant peut avoir sa propre interprétation de ce terme, en fonction de son expérience, de ses connaissances, etc. De plus, même dans la littérature et comme abordé dans la section 2.2.2, il n'y a pas de consensus sur le nombre de visites qui font d'un patient un grand utilisateur des services d'urgence. Ainsi, pour éviter les malentendus et établir une base commune de référence, chaque entrevue débute en précisant formellement aux participants la définition retenue dans cette étude de ce terme (3+/visites).

3.4. Analyse des données

3.4.1. Questionnaire socioprofessionnel

Les données du questionnaire socioprofessionnel ont été exploitées pour réaliser des analyses descriptives (**Tableau 1**), notamment 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). Les analyses descriptives ont essentiellement servi à décrire les caractéristiques individuelles des participants de notre étude. Un tableau descriptif présentant ces caractéristiques selon la provenance des participants (personnel de l'urgence, d'autres services de l'hôpital et des partenaires de l'urgence) a été élaboré et utilisé pour mieux interpréter les données provenant des entretiens semi-dirigés.

3.4.2. Données qualitatives

L'analyse des données qualitatives permet de décrire ou d'expliquer le phénomène étudié en testant et en combinant des données systématiquement recueillies (Bradley et al., 2007; Sawadogo, 2021; Yin, 2009). Elle déconstruit les données afin de construire une analyse (Mortelmans, 2007). Pour s'assurer d'une bonne analyse qualitative, cette phase a été réalisée en 6 étapes : 1) transcription des données; 2) lectures préliminaires; 3) choix et définition des unités de classification; 4) élaboration de la grille d'analyse; 5) segmentation des contenus en unités d'information significatives; et 6) codifications des contenus (Titscher et al., 2000; Wanlin, 2007). La codification des contenus a été effectuée manuellement (Wanlin, 2007).

L'analyse des données a été guidé par un cadre conceptuel (**Figure 1** dans la partie consacrée aux annexes de l'article, ou **Figure 2** dans la partie annexe du mémoire) inspiré de

modèles d'implantation existant dans la littérature (Damschroder et coll., 2009; Greenhalgh et coll., 2004; Kilbourne et coll., 2007; Klein & Sorra, 1996) et reliée à l'urgence (Fleury et coll. 2015, 2017; Fleury, Grenier, et coll. 2019). Le cadre conceptuel, qui suivait aussi les dimensions exposées du questionnaire présenté précédemment, englobait les quatre catégories de facteurs facilitants ou entravants, classées selon : 1) le système de la santé (ex. : services offerts dans le réseau, accès aux services, gestion des services); 2) l'organisation des services (ex. : collaboration entre l'urgence et les ressources externes, introduction des innovations dans les urgences); 3) les professionnels de la santé (ex. : qualité des relations interprofessionnelles, expertise en SM); et 4) les patients (ex. : principaux motifs de consultation à l'urgence, problèmes en lien avec le suivi, connaissances reliées aux services de SM). La comptabilisation des facteurs facilitants et entravants en fonction de leur mention ou non dans chacun des verbatims obtenus, en se basant sur le cadre conceptuel, a permis de dresser un tableau (**Tableau 2**) de l'importance perçue de ces facteurs (un signe plus (+) pour les facteurs facilitants et un signe moins (-) pour les facteurs entravants). Cela nous a permis de saisir le poids de chacun des facteurs qui sont ressortis, ce qui nous a guidé dans l'analyse qualitative.

Pour assurer la rigueur de l'étude, nous avons appliqué un certain nombre de mesures. Au début de la phase d'analyse des données, l'étudiant-chercheur, la coordinatrice du projet et la directrice de recherche ont procédé à une procédure d'accord inter-juges qui a permis de valider 20 % du contenu qualitatif codifiée. Des réunions régulières de suivi pour discuter du processus d'analyse et des résultats de l'étude ont aussi été effectuées. Nous avons considéré aussi l'inclusion de thèmes émergents, non ciblés préalablement dans le cadre d'analyse. L'équipe de recherche, ayant des expertises diversifiées, a également joué un rôle important dans le soutien de l'analyse des données, ainsi qu'elle a veillé au bon déroulement de cette étude d'une façon générale.

3.5. Positionnement et réflexivité

Le Centre de recherche de l'institut universitaire en SM, où l'étude a été effectuée et où la directrice de recherche de l'étudiant est affiliée, représente l'un des centres de recherche les plus performants en SM au Canada. Un très grand nombre de projets de recherche y sont menés dans le but de comprendre, prévenir et traiter les TM. L'équipe de recherche de ce projet se composait également de membres ayant une bonne expertise dans l'organisation ou l'évaluation des soins, y compris les services d'urgence et l'hospitalisation, et disposait d'un comité d'orientation composé de décideurs clés en matière de SM, de dépendance et des services d'urgence (abordé dans la section 3.2.2). La directrice de recherche, Marie-Josée Fleury, a déjà mené de nombreux projets de recherche en SM (épidémiologie, services et systèmes, dont 3 projets récents sur les services d'urgence). Ces atouts ont globalement façonné la perspective des membres de l'équipe à effectuer le projet de recherche. Ainsi, l'équipe a entrepris cette étude en présumant que les caractéristiques reliées au système (ex.: accès limité aux ressources ambulatoires en SM, et l'insuffisance de la coordination de l'hôpital aux soins ambulatoires du territoire), et à l'organisation de l'urgence (ex.: non orientation des patients à la sortie de l'urgence, insuffisance de la coordination entre l'urgence et les autres services en SM de l'hôpital) représentaient les facteurs les plus entravants de l'efficacité de l'urgence à répondre aux besoins de ses grands utilisateurs en SM.

Quant à l'étudiant-chercheur, avant de venir faire sa maîtrise à l'Université de Montréal, il étudiait dans son pays d'origine (Tunisie) pour devenir professionnel de la santé. Au cours de sa formation et de ses stages en milieu hospitalier, de nombreuses situations vécues lui ont fait réaliser à quel point certains facteurs liés au système de santé, tels que l'accès aux soins, peuvent aggraver la situation d'un patient, et à quel point d'autres facteurs liés aux professionnels de la santé, tels que le manque de travail d'équipe dans certaines unités, peuvent affecter l'efficacité des soins de santé

et ruiner l'expérience du patient. En arrivant au Canada, le système de santé canadien était différent de celui de son pays d'origine (la Tunisie), et il s'est donc rendu compte que les défis qu'il aurait à relever seraient différents et importants. Il était très conscient de ce manque de connaissances et s'est rapidement tourné vers la littérature et les médias pour parfaire ces connaissances sur le système de santé du Québec et du Canada. Il s'est avéré très chanceux d'être entouré d'une équipe de chercheurs expérimentés à qui il pouvait poser des questions, en particulier sa directrice de recherche, qui a consacré des séances de réunion entières à lui expliquer le fonctionnement du système de SM au Québec, et où il pouvait trouver les bonnes informations. En outre, son expérience personnelle dans les hôpitaux du Québec en tant que patient lui a fait réfléchir à son sujet d'étude et à la façon dont un autre patient, un autre étudiant international, qui ne connaît pas les bonnes ressources et n'a pas accès à un médecin de famille, peut se rendre directement aux urgences s'il ne se sent pas bien. Cela pourrait avoir un impact sur son positionnement. Ainsi, pour éviter cela, il a pris certaines mesures pour maintenir sa neutralité tout au long du processus de recherche. En fait, il a veillé à reconnaître l'importance de séparer ses propres expériences de recherche de celles des participants et de traiter les données avec objectivité. Par ailleurs, il a consacré un carnet de notes à la recherche, dans lequel il a consigné ses réflexions lors du traitement des données sur son projet. Il a essayé d'éviter le plus possible d'être influencé par ses propres expériences ou ses propres biais d'interprétation en s'informant constamment sur son sujet d'étude.

3.6. Considérations éthiques

La présente étude est donc comprise dans un projet principal de recherche de la directrice de recherche de l'étudiant, la professeure Marie-Josée Fleury, intitulé « Grands utilisateurs de l'urgence en SM et recommandations pour l'amélioration des services ». Ce projet principal a été approuvé depuis le 4 septembre 2020 par le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Institut

universitaire en SM au sein duquel cette étude a été menée, et a également été financé par les IRSC à l'hiver 2020. De plus, cette étude a obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal le 16 décembre 2021. Les renouvellements éthiques ont par la suite été effectués conformément à la régulation au Québec, à chaque année après l'obtention de l'approbation initiale.

Avant la collecte de données, tous les participants ont consenti d'une façon éclairée à participer à l'étude, sachant qu'ils pouvaient s'en retirer à tout moment. Le respect de l'anonymat des participants a été assuré, et le partage d'informations s'est limité exclusivement au sein de l'équipe de recherche. De même, la quasi-totalité des entrevues se sont déroulées individuellement, de sorte que les participants étaient plus libres de s'exprimer, en particulier les cliniciens non-médecins.

Chapitre 4 – Article

Facteurs facilitant ou entravant l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale

Auteurs : Firas Gaida [1,2], Francine Ferland* [3], Lambert Farand* [4], Marie-Josée Fleury [2,4,5]

1. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
2. Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec, Canada
3. Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, Québec, Canada
4. Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada
5. Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique de l'université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

* Tous les auteurs ont contribué à la production de cet article.

Contributions détaillées : Firas Gaida a effectué la recension des écrits, participé à la collecte des données, et a produit l'analyse et l'interprétation des données. Il a rédigé l'article. Marie-Josée Fleury a obtenu les fonds pour ce projet de recherche, et a assuré la réalisation du traitement des données du projet en lien avec son équipe. Elle a contribué à la rédaction du manuscrit comme auteure sénior. Francine Ferland et Lambert Farand sont co-chercheurs du projet de recherche, et ont contribué à soutenir la collecte des données. Ils ont révisé l'article. Tous les auteurs ont approuvé la version finale de l'article soumis.

Remerciement

Nous remercions les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le financement accordé à cette étude et les partenaires gestionnaires des sites qui ont soutenu étroitement la réalisation de ce projet. Nous remercions aussi Armelle Imboua, coordonnatrice du projet de recherche, et Guy Grenier, agent de recherche sur le projet pour leur soutien au traitement des données. Enfin, nous tenons à remercier les gestionnaires et les cliniciens qui ont participé à cette étude en réalisant une entrevue.

Article soumis à la Revue santé mentale au Québec le **9 novembre 2022**. S'il est accepté, l'article sera inclus dans un numéro spécial sur la qualité des soins qui sera publié à l'automne 2023.

Résumé

Objectifs. Les services hospitaliers d'urgence sont souvent engorgés, et les visites pour des raisons de santé mentale (SM) y contribuent particulièrement. Au Québec, les grands utilisateurs de ces services en SM ont contribué en 2014-15 à près de la moitié du volume des visites aux urgences en SM. Or, le recours fréquent aux urgences par les mêmes patients témoigne généralement d'une inadéquation des services offerts à ces derniers. Pour mieux desservir ces patients et améliorer l'efficacité de l'urgence, il est crucial de mieux comprendre les facteurs facilitant ou entravant les services d'urgence dans leur réponse aux besoins des grands utilisateurs de ces services. Cette étude vise ainsi à identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins des grands utilisateurs de ces services en SM (3+ visites/année).

Méthode. L'étude utilise un devis qualitatif basé sur la méthode d'étude de cas unique; le cas étant une urgence d'un institut universitaire en SM. Les participants provenaient de l'urgence, d'autres services de l'hôpital (ex. : module d'évaluation-liaison) ou étaient des partenaires de l'urgence du territoire (ex. : centres de crise). L'analyse des données a été guidée par un cadre conceptuel composé de quatre catégories de facteurs facilitant ou entravant l'efficacité de l'urgence, reliés au système de santé, à l'organisation des services, aux professionnels de la santé et aux profils des patients. **Résultats.** Plus d'entraves que de facteurs facilitants ont été relevées, qui étaient principalement liées au système de santé, comme l'indisponibilité des services en SM et la complexité de la gestion des services, ainsi qu'au profil des patients, comme certains profils cliniques. Les facteurs facilitants étaient surtout liés aux caractéristiques organisationnelles, notamment les innovations implantées à l'urgence ou en partenariat avec l'urgence, bien que globalement peu déployées. **Conclusion.** En explorant les facteurs pouvant influencer l'efficacité de la réponse aux besoins des patients grands utilisateurs des services

d'urgence en SM, cette étude prépare le terrain pour des recherches futures qui examineront et démontreront l'impact de ces facteurs. Cela permettra de mieux comprendre comment optimiser la réponse aux besoins de ces patients.

Mots clés : urgence, grands utilisateurs, santé mentale, facteurs facilitants ou entravants, efficacité, réponse aux besoins

Abstract:

Objectives. Hospital emergency departments (ED) are often overcrowded, and mental health (MH) visits contribute particularly to this situation. In Quebec, frequent users of emergency services accounted for nearly half the volume of ED visits for mental health reasons in 2014-15. Frequent recourse to ED by these patients generally reflects the inadequacy of services available to them. To better serve these patients and improve effectiveness in the ED, it is crucial to better understand factors that facilitate or hinder ED services in responding to their needs as frequent users. Thus, this study aims to identify facilitators and barriers to ED effectiveness in meeting the needs of high ED users (3+ visits/year) with mental health issues. **Method.** The study was a qualitative investigation, based on a single case study method. The case was an emergency at a mental health university institute in a large urban center of Quebec. Participants came from the ED, other hospital departments (e.g., assessment-liaison module), or were partners of the ED in the territory (e.g., crisis centers). Data analyses were guided by a conceptual framework consisting of four categories related to the health care system, organization of services, health care professionals, and patient profiles, with possible facilitating or hindering factors to ED effectiveness subsumed under each category. **Results.** More barriers than facilitators were identified, most of which were related to the healthcare system (e.g., the unavailability of MH services and the complexity of ED management), but also to patient profiles (e.g., certain clinical characteristics). The facilitators were mainly related to organizational characteristics, notably innovations implemented in, or in partnership with, the ED, although few were deployed overall. **Conclusion.** By exploring factors that can influence effectiveness in meeting the needs of high ED users, this study sets the scene

for future research that would examine and demonstrate the impact of these factors. This will help us to better understand how to optimize the response to these patients' needs.

Keywords: emergency department, frequent users, mental health, facilitating or hindering factors, effectiveness, response to needs

I. Introduction

Les services d'urgence hospitaliers constituent souvent le point d'entrée du traitement des patients en phase aiguë de maladie ou en état de crise (Lofchy et coll., 2015). Ils permettent aussi la détection et l'orientation des patients vers les ressources ambulatoires répondant à leurs besoins (Barratt et coll., 2016; Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2011). Étant néanmoins souvent engorgés, ils servent de baromètre de la qualité du système de santé, témoignant de problèmes importants d'accès et de continuité des services (Fleury et coll., 2017; Health Quality Ontario, 2016). Les visites pour raisons de santé mentale (SM), incluant les troubles mentaux (TM), les dépendances et les crises suicidaires, contribuent particulièrement à l'engorgement des urgences (Saini et coll., 2019). Au Québec, en 2014-15, 22 % des utilisateurs des services d'urgence en SM, ayant au moins un problème de SM, étaient des grands utilisateurs (4+ visites/année) pendant trois à cinq années consécutives (Fleury, Rochette, et coll., 2019). La même année au Québec, les grands utilisateurs des services d'urgence, ayant au moins un problème de SM, ont contribué pour près de la moitié du volume des visites à l'urgence et des hospitalisations pour raison de SM (Fleury, Fortin, et coll., 2019). Le recours fréquent aux services d'urgence est généralement le signe d'une déficience du dispositif de soins et de l'inadéquation des services

offerts à ces patients. Pour mieux desservir ces grands utilisateurs et améliorer l'efficacité des soins qu'ils reçoivent, il est indispensable de mieux comprendre ce phénomène de l'utilisation fréquente des services d'urgence, particulièrement ce qui facilite ou entrave l'efficacité de ces services à répondre aux besoins de ces patients.

Quelques études ont traité de l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins des grands utilisateurs (Althaus et coll., 2011; Birmingham et coll., 2017; Bodenmann et coll., 2021; Poremski et coll., 2020), mais peu concernent spécifiquement la SM (Fleury, Grenier, et coll. 2019; Kromka et Simpson 2019; Walker et coll. 2021). Les facteurs facilitant ou entravant l'efficacité de l'urgence abordés dans ces études ont surtout concerné certains profils problématiques de grands utilisateurs, comme le fait d'avoir des troubles concomitants (troubles mentaux-dépendances) ou un trouble de la personnalité limite (Fleury, Grenier, et coll. 2019), l'orientation suite au congé hospitalier (Digel Vandyk et coll., 2018; Walker et coll., 2021), ainsi que l'introduction de certaines innovations visant à réduire le nombre de grands utilisateurs, comme la gestion de cas et l'approche du « logement d'abord » (Kerman et coll., 2020; Kromka & Simpson, 2019; Stergiopoulos et coll., 2017). Les patients ayant des TM sont parmi les clientèles utilisant le plus fréquemment l'urgence (Moe et coll., 2021, 2022). Ainsi, les facteurs contribuant à l'efficacité de l'urgence ont été quelque peu étudiés pour ces patients, sans qu'ils soient nécessairement de grands utilisateurs des services d'urgence (Fleury, Grenier, et coll. 2019; Gaynes et coll. 2015). Majoritairement exposés comme contribuant à entraver l'efficacité des services d'urgence, ces facteurs peuvent être reliés : au système de santé (ex. : accès aux services ambulatoires), à des caractéristiques organisationnelles (ex. : fluidité entre l'urgence et les autres services psychiatriques) et professionnelles (ex. : expertise des cliniciens) ou aux profils des patients (ex. : pathologies complexes) (Fleury, Grenier, et coll., 2019; Gaynes et coll., 2015; Hossain et coll., 2017).

Globalement, peu de recherches sur les urgences en SM ont utilisé des méthodes qualitatives (Bodenmann et coll., 2021; Digel Vandyk et coll., 2018; Walker et coll., 2021), et la plupart se sont centrées sur l'expérience du patient (Digel Vandyk et coll., 2018; Wise-Harris et coll., 2017). La perspective des professionnels de la santé a rarement été explorée, bien que leurs expertises soient importantes pour identifier les problèmes de l'urgence et des solutions d'amélioration (Choo et coll., 2015). Au meilleur de nos connaissances, aucune étude n'a été consacrée à explorer les facteurs facilitant ou entravant l'efficacité de l'urgence à répondre aux besoins des grands utilisateurs de leurs services en SM, et portant sur la perspective de prestataires de soins, qu'ils soient gestionnaires ou cliniciens.

Ainsi, fondée sur les perspectives des professionnels de santé de différents milieux (urgence, autres services de l'hôpital, et partenaires de l'urgence), cette étude vise à cerner les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité de l'urgence dans sa réponse aux besoins des grands utilisateurs de ces services en SM, définis comme ayant visité l'urgence 3 fois ou plus par année (Bhumaid et coll., 2015; Vu et coll., 2015). Elle utilise un cadre conceptuel intégrant l'analyse des caractéristiques organisationnelles et professionnelles et du système de santé ainsi que le profil des patients.

II. Méthodes

1. Devis et site de l'étude

Cette étude est basée sur la méthode d'étude de cas (Yin, 2009), et adopte un devis majoritairement qualitatif. Le cas choisi est l'urgence d'un institut universitaire en SM (ci-après « hôpital ») qui intègre des services spécialisés en psychiatrie. Ce dernier compte plusieurs partenaires sur son territoire local, dont quelques CLSC disposant de guichets d'accès en SM et d'équipes de SM de 1^o ligne, plusieurs groupes de médecine familiale (GMF) où pratiquent des

omnipraticiens, un centre de crise et divers organismes communautaires en SM. L'urgence dessert la population régionale tout en possédant un mandat suprarégional en SM. Entre le 1^{er} avril 2021 et le 30 avril 2022, l'urgence de l'hôpital a compté 6 292 visites, réalisées par 4 246 patients. La recherche s'est effectuée en étroite partenariat avec cet hôpital, qui a contribué à sélectionner les participants de l'étude et à valider le guide d'entrevue. Tous les participants ont donné leur consentement à participer à la recherche. Cette dernière a reçu l'approbation éthique d'un centre de recherche associé à ce CIUSSS.

2. Recrutement et population de l'étude

Cette étude a ciblé des professionnels de santé provenant du service des urgences, d'autres services de l'hôpital (ex. : le module d'évaluation-liaison (MEL), des équipes de suivi intensif (SI) ou de soutien d'intensité variable (SIV)) et des partenaires de l'urgence. Les participants devaient être des professionnels expérimentés, ayant minimalement occupé leur fonction depuis 6 mois. Les participants pouvaient être des cliniciens tels que des infirmiers, des psychiatres, des omnipraticiens, etc., ou des gestionnaires reliés à l'urgence ou à la coordination de l'urgence avec l'hôpital ou ses partenaires. Les entrevues, d'une durée moyenne de 60 minutes, ont été réalisées entre les mois d'avril et septembre 2021, et se sont déroulées en ligne via Zoom. Les participants ont également complété un bref questionnaire auto-administré (en ligne sur LimeSurvey) permettant d'obtenir leurs profils sociodémographique et professionnel.

3. Description des instruments de mesure

Le guide d'entrevue couvrait cinq dimensions reliées aux facteurs facilitants et entravants et aux innovations pour améliorer l'efficacité de l'urgence dans sa réponse aux besoins des grands utilisateurs. Ces dimensions incluaient : 1) les profils des grands utilisateurs des services d'urgence; 2) le contexte territorial et relié au système de santé qui explique le phénomène des grands

utilisateurs de l'urgence; 3) les services de l'urgence ou des partenaires reliés aux grands utilisateurs de l'urgence; 4) les caractéristiques des professionnels influençant l'offre des services aux grands utilisateurs de l'urgence; et 5) les innovations à déployer à l'urgence ou alternatives à développer avec les partenaires en lien avec l'offre de services aux grands utilisateurs de l'urgence. Quant à lui, le questionnaire en ligne ciblait : l'âge, le sexe, la profession, le poste, et les années de séniorité dans la profession et l'organisation des participants. Pour les cliniciens, il ciblait également le degré d'aisance avec la détection et le traitement des dépendances (alcool, drogues) ou des problèmes concomitants de SM-dépendances.

4. Analyse de données

Les données qualitatives de l'étude de cas réalisée ont été traitées en six 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, et 6) codification des contenus (Wanlin, 2007). Un cadre conceptuel (**Figure 1**), adapté de modèles existants dans la littérature sur l'implantation (Damschroder et coll., 2009; Greenhalgh et coll., 2004; Kilbourne et coll., 2007; Klein & Sorra, 1996) et reliée à l'urgence (Fleury et coll. 2015, 2017; Fleury, Grenier, et coll. 2019) a guidé l'analyse des données. Ce cadre conceptuel, exposé brièvement dans l'introduction, comprenait quatre catégories de facteurs facilitateurs ou entravants, classées selon : 1) le système de la santé (ex. : services offerts dans le réseau, gestion des services); 2) l'organisation des services (ex. : collaboration entre l'urgence et les ressources externes); 3) les professionnels de la santé (ex. : qualité des relations interprofessionnelles); et 4) les patients (ex. : principaux motifs de consultation à l'urgence). L'importance perçue des facteurs facilitateurs (+ : notifications dans les tableaux) et entravants (-) a été également comptabilisée à partir de leur mention ou non dans le discours des participants, et

cette information intégrée dans les résultats des analyses selon le cadre conceptuel. Une procédure d'accord inter-juges permettant la validation de 20 % du contenu qualitatif découpé et codé a été aussi effectuée. Plusieurs autres mesures ont également été prises pour assurer la rigueur de l'étude dont des réunions régulières de suivi pour discuter du processus d'analyse, l'inclusion de thèmes émergents et le soutien d'une équipe ayant des expertises diversifiées. Quant aux données quantitatives extraites du questionnaire en ligne, elles ont impliqué des 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).

III. Résultats

1. Description de l'échantillon

Au total, 87 % (n = 20/23) des participants ciblés ont accepté de participer à l'étude. Ils peuvent être répartis en trois groupes : personnel de l'urgence (n = 7), d'autres services de l'hôpital (n = 7) et des partenaires de l'urgence (n = 6), notamment les équipes de SM en CLSC, des guichets d'accès en SM et du centre de crise du territoire. La majorité des participants (65 %, n = 13) était des femmes; 35 % des gestionnaires, 35 % des infirmières, 15 % des psychiatres, et 15 % d'autres professions sociosanitaires; 90 % (n = 18) d'entre eux travaillaient à temps plein (**Tableau 1**). Les participants avaient en moyenne 49 ans, et une ancienneté médiane de 14 ans dans leur profession, de 11 ans dans le même établissement et de 4 ans dans leur poste actuel. Globalement, les participants se sont estimés moyennement à l'aise (score moyen de 7/10) à détecter et à traiter les problèmes de SM et concomitants de SM-dépendances. Le personnel des autres services que l'urgence a rapporté les scores les moins élevés à ces sujets, tandis que le personnel de l'urgence a obtenu le score le plus élevé pour la détection et le traitement de l'alcool spécifiquement.

2. Facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité de l'urgence dans sa réponse aux besoins des grands utilisateurs de ses services en SM

Dix-huit entrevues individuelles et une rassemblant deux participants ont ainsi été menées. Le **Tableau 2** présente les facteurs facilitants (+) et entravants (-) mentionnés par les participants, incluant le nombre de participants les ayant mentionnés. Les facteurs liés au **système de santé** et aux **caractéristiques des patients**, qu'ils soient facilitants ou entravants, ont été davantage abordés que ceux liés aux **caractéristiques organisationnelles** et **professionnelles**. Dans l'ensemble, les facteurs entravants ont été les plus exposés et spécifiquement ceux qui étaient reliés aux **profils des patients**. Les facteurs facilitants ont quasi essentiellement concerné les **caractéristiques organisationnelles**, notamment reliées aux innovations implantées à l'urgence ou en partenariat avec l'urgence. Globalement, peu de variations ont été rapportées concernant les facteurs contribuant à l'efficacité de l'urgence mentionnés par les participants, soit de l'urgence, des autres services de l'hôpital et des partenaires de l'urgence. Le **Tableau 3** illustre les propos des participants reliés à ces facteurs facilitants ou entravants.

Les principales entraves du **système de santé** identifiées par les participants ont ciblé l'indisponibilité de services en SM et les difficultés d'accès et de gestion de services. L'indisponibilité des services s'explique en partie par l'insuffisance de ressources humaines et financières en SM soulignée par la majorité des participants de l'étude (n = 13). Cela pourrait justifier la fréquence élevée des visites à l'urgence des patients. Les lacunes dans le suivi de longue durée offert aux patients ont aussi été identifiées, plus particulièrement par le personnel des autres services de l'hôpital. Les difficultés d'accès mentionnées ont plus spécifiquement concerné les services de première ligne, surtout l'accès à un omnipraticien et l'accès à un suivi psychosocial particulièrement en CLSC. Les difficultés de gestion des services ont principalement fait référence

à la complexité inhérente aux services d'urgence. Seuls les participants provenant de l'urgence ont rapporté quelques facteurs facilitants se rapportant à l'efficacité de celle-ci, notamment le déploiement d'un meilleur continuum de soins et la coordination entre les services hospitaliers. Les participants ont particulièrement mentionné que la trajectoire de soins des patients ainsi que la fluidité et la continuité des soins avaient été améliorées dues au déploiement de services d'intervention brève et de référence, comme « la Relance » déployée à l'urgence, et de services de soutien spécialisés étroitement reliés à l'orientation des patients après leur visite à l'urgence, comme le module d'évaluation-liaison

Les principales entraves mentionnées concernant les **profils des patients** ont ciblé certains motifs de consultation à l'urgence et des problèmes liés aux suivis ou à la connaissance des services de SM. Les motifs de consultation mentionnés couvraient, entre autres, certains diagnostics ou problèmes psychosociaux plus difficiles à traiter à l'urgence en raison de leur complexité, et pouvant ainsi entraver son efficacité (troubles psychotiques, de l'humeur ou de la personnalité). Plusieurs de ces profils concernaient des patients se présentant à l'urgence pour de premières symptômes de ces troubles mentaux ou lors de périodes de crise. Par ailleurs, les participants ont indiqué que les problèmes psychosociaux étaient largement dus à la vulnérabilité des patients, dont le manque de logement, de soutien des services ou de l'entourage, et de ressources financières. Les problèmes de suivi les plus mentionnés ont concerné les rendez-vous manqués, l'arrêt du traitement et le refus de suivi avec comme conséquences l'utilisation des services d'urgence comme principal prestataire de soins de SM. Le manque de connaissances de certains patients à l'égard des services de SM a aussi entraîné les patients à souvent considérer les urgences comme le principal fournisseur de soins en SM. Les immigrants, qui sont moins familiers avec le système de santé et qui ne connaissent pas les ressources ambulatoires disponibles pour obtenir de l'aide, ont spécifiquement été rapportés être dans cette situation.

Les **caractéristiques professionnelles** ont particulièrement été liées à la qualité des relations interpersonnelles et à l'expertise des professionnels en SM. Selon certains participants, la mauvaise qualité des relations interpersonnelles s'explique par l'importance de la rotation du personnel. Par exemple, les changements fréquents de psychiatres de garde dans les services d'urgence ont semblé affecter la transmission d'informations, rendant moins optimal le déploiement de bonnes pratiques ou la consolidation d'équipes cliniques solides à l'urgence. Toujours selon les participants, l'insuffisance d'expertise des omnipraticiens en SM, de même que l'insuffisances des connaissances des cliniciens du territoire quant aux ressources communautaires en SM ont également contribué à l'achalandage des patients à l'urgence. Plusieurs omnipraticiens ont été rapporté, selon les participants, ne pas se sentir suffisamment à l'aise avec le repérage et le traitement des problèmes de SM. Ils n'accepteraient ainsi que peu la prise en charge de ces patients, conduisant à leur transfert systématiquement à l'urgence. Quant aux facteurs facilitants, ils ont été surtout abordés par les participants de l'urgence, et concernaient l'importance du travail d'équipe pour améliorer l'efficacité des services d'urgence. Ces participants ont aussi été les seuls à identifier l'importance de la qualité de la formation continue des cliniciens en SM du territoire, encourageant le fonctionnement adéquat de l'urgence, et ce bien qu'ils aient été ceux s'estimant les moins confiants dans la détection et le traitement des dépendances, concomitantes ou non aux problèmes de SM.

Concernant les **caractéristiques organisationnelles**, les principales entraves mentionnées ont ciblé l'insuffisance de la 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. Selon les participants, l'insuffisance de communication était particulièrement importante avec les ressources de première ligne du territoire, et les difficultés d'orientation ou de transfert des patients avec les autres services de l'hôpital et les ressources de la communauté. Ces lacunes ont conduit à

des interventions moins appropriées ou moins spécialisées, encourageant un recours fréquent aux services d'urgence. Les facteurs identifiés comme facilitant l'efficacité de l'urgence ont surtout été associés aux innovations implantées tant à l'urgence qu'avec les partenaires. Toutefois, les plans d'intervention individualisés ont été la seule innovation identifiée concernant les grands utilisateurs de l'urgence, hormis les équipes de SI ou de SIV déployés depuis plusieurs années, ciblant l'amélioration des soins aux patients grands consommateurs de soins aigus. Les plans d'intervention individualisés ont visé à spécifier et standardiser les pratiques à l'urgence afin d'accroître son efficacité et mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs. Élaborés en collaboration avec les patients et leur équipe traitante, ils auraient conduit, selon les participants, à la réduction du temps d'intervention en assurant un meilleur arrimage de la prise en charge des patients à l'urgence avec les services ambulatoires, évitant parfois des hospitalisations non essentielles. Les autres innovations mentionnées, telles que les services de « la Relance » ou du module d'évaluation-liaison déjà mentionnés, visaient surtout l'évaluation et l'orientation des patients, assurant un soutien temporaire avant leur prise en charge par les services ambulatoires. Notre étude fait également ressortir le déploiement de comités visant une meilleure coordination des services d'urgence et des autres services de l'hôpital et de la communauté, en vue de partager de l'information et des stratégies pour accroître l'efficacité de l'urgence en lien avec les autres services de SM. Les participants des services d'urgence ont particulièrement rapporté l'importance du SI ainsi que des services de la Relance, contribuant à réduire le recours à l'urgence des grands utilisateurs ou de ceux en attente de suivi en SM.

IV. Discussion

Cette étude avait pour but de cerner les facteurs facilitant ou entravant l'efficacité de l'urgence dans sa réponse aux besoins des grands utilisateurs en SM. Globalement, plus d'entraves

que de facilitateurs ont été identifiés. Bon nombre d'entraves soulignées étaient inter-reliées : celles associées aux profils des patients ont été surtout liées à celles du système et les entraves organisationnelles, aux caractéristiques professionnelles. Peu de variations entre les propos des participants de l'urgence, des autres services hospitaliers et de la communauté ont été notées. Cette conformité dans les discours peut s'expliquer par plusieurs facteurs incluant la présence soutenue et de longue date de plusieurs des entraves identifiées, l'alignement des objectifs et des missions des établissements de santé d'un même réseau et le partage de croyances fondamentales, de valeurs et de guides de bonnes pratiques entre les différents professionnels de la santé. Tous ces facteurs peuvent mener à une vision commune et à un accord sur la façon de concevoir les facteurs entravant et facilitant l'efficacité des services d'urgence (Fleury, Grenier, et al., 2016, 2019; Marchand, 2020; MSSS, 2022a).

Les entraves rapportées concernant le profil des patients sont conformes à la littérature qui identifie les patients ayant des troubles psychotiques, de la personnalité et des dépendances ainsi que des problèmes physiques chroniques associés, comme de grands utilisateurs de l'urgence (Gentil et coll., 2021; Moe et coll., 2021; Slankamenac et coll., 2020). Ainsi, le traitement de la schizophrénie entraîne souvent des complications reliées à la gestion des effets secondaires de la médication et des maladies physiques chroniques (Hardy et coll., 2018; Shim et coll., 2014). Ces patients ont souvent des situations de vie précaire (ex. : instabilité résidentielle), pouvant amener à des visites plus fréquentes à l'urgence (Fiorillo, 2018; Sullivan, 2012). Plusieurs années peuvent aussi s'écouler entre le premier épisode psychotique et les premiers traitements (Bernardin et coll., 2017), expliquant aussi le recours à l'urgence. Quelques études démontrent également que les grands utilisateurs des services d'urgence sont majoritairement en situation économique précaire, sans emploi et isolés socialement, contribuant à leurs difficultés d'accès aux services ambulatoires et expliquant leur utilisation fréquente de l'urgence (A. Chen et coll., 2021; Moe et coll., 2021;

Ondler et coll., 2014). Concordant avec nos résultats, la non-adhérence aux traitements est l'un des principaux facteurs prédictifs d'une utilisation élevée des services d'urgence rapportés dans la littérature, particulièrement pour les patients ayant des dépendances (Haddad et coll., 2014; Lew et coll., 2006). Il est recommandé, comme le suggère une étude récente (Banerjee et coll., 2021), de mieux informer et motiver les patients à adhérer à leur traitement afin de diminuer leur recours à l'urgence. Également, le déploiement de certaines interventions telles que celles visant le dépistage et l'orientation vers des services de type gestion de cas ou autres pourrait contribuer à mieux cibler les patients vulnérables non desservis par les services ambulatoires et s'assurer que des ressources ambulatoires suffisantes répondent à leurs multiples besoins (Soril et coll., 2015).

Au Québec, l'accès limité aux services psychosociaux de SM a maintes fois été souligné (Bartram, 2019; Mahomed, 2020). 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 coll., 2016; Fleury, Grenier, et coll., 2018; Pilon-Larose, 2022). Bien que l'élargissement de la couverture publique à la psychothérapie ait démontré son efficacité à traiter les problèmes de SM dans des pays tels que la Grande-Bretagne ou l'Australie (S. Chen & Cardinal, 2021; Clark, 2018; Cromarty et coll., 2016), l'accès à la psychothérapie demeure toujours un enjeu clé au Québec (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2017; Vasiliadis et coll., 2015). En 2012, sur les 12% de Canadiens âgés de plus de 15 ans rapportant des besoins en soutien psychologique, un tiers présentait des besoins non ou partiellement comblés (Sunderland & Findlay, 2013). Selon un rapport récent, seuls deux tiers des Canadiens auraient accès à une assurance privée offerte par leur employeur et donnant accès à du soutien psychologique, quoique souvent limité (Canadian Life and Health Insurance association (CLHIA), 2018). Visant à améliorer l'accès et la qualité des soins de SM de première ligne, le « Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la

psychothérapie » (PQPTM) a récemment été implanté, intégrant des guides de bonnes pratiques et du monitoring clinique continu, orienté par l'approche de soins par étape (MSSS, 2020). Dans les dernières années, les équipes psychosociales en GMF ont aussi été élargies, et inclus maintenant, entre autres, des travailleurs sociaux (Pépin et coll., 2021). Néanmoins, l'implantation insuffisante de ces initiatives et les limites constantes d'accessibilité aux services psychosociaux en SM contribuent à l'engorgement de l'urgence et à son utilisation répétée par les patients. Les résultats d'une étude américaine soutiennent la consolidation des services de première ligne comme stratégie pour réduire la fréquence du recours aux services d'urgence (Tsai et coll., 2018).

Dans les dernières années, certains pays ont aussi plus investi dans la consolidation du système de SM. Alors qu'en Grande-Bretagne, l'investissement en SM atteint 13% du budget de la santé, cet investissement ne serait que de 5 à 7% au Canada et de 5,9% au Québec en 2020-21 (Bartram, 2019; MSSS, 2021; Wang et coll., 2018). Lorsque les ressources ambulatoires ne sont pas disponibles pour répondre aux besoins, les services d'urgence deviennent le fournisseur « de facto » des soins de SM (Nesper et coll., 2016) ou encore le dernier recours des patients (Rimmer, 2021; Waddell, 2004). Or, l'engorgement de l'urgence est l'un des principaux facteurs susceptibles d'affecter la qualité des services, et donc l'efficacité à traiter les patients qui s'y présentent (Morley et coll., 2018; Zaboli et coll., 2016). Enfin, l'accès limité aux omnipraticiens et aux services de soutien de plus longue durée intégrant le soutien en logement sont d'autres facteurs expliquant la grande utilisation des services d'urgence (Armoon et coll., 2022; Fleury, Fortin, et coll., 2019; Institut de la statistique du Québec, 2012).

Quant aux caractéristiques professionnelles, l'instabilité et la rotation du personnel ainsi que l'insuffisance de communication dans les équipes de l'urgence, entraves clé soulignées dans notre étude, peuvent expliquer les difficultés du travail d'équipe à l'urgence et avec les services de

première ligne du territoire. Des études ont montré que les problèmes de communication entre les coéquipiers réduisent la qualité des soins et l'efficacité à répondre aux besoins des patients (Babiker et coll., 2014; Rosen et coll., 2018). La rotation et l'instabilité du personnel entraînent des investissements importants dans la formation et la supervision des nouveaux employés, contraignant les ressources des organisations (Halter et coll., 2017; Knight et coll., 2013). Ces difficultés peuvent aussi s'expliquer par des problèmes de coordination et de leadership au sein de l'hôpital (Benzer et coll., 2012; Hagemann & Kluge, 2017; Heath & Staudenmayer, 2000) et par l'autonomie du corps médical qui entravent parfois son intégration adéquate au sein des équipes cliniques (Kozłowska et coll., 2018). Notre étude a souligné comment la complexité de la gestion des services d'urgence peut contribuer à entraver son efficacité. 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 coll., 2011; Xiao et coll., 1996). Ces problématiques simultanées et souvent complexes impliquent que les professionnels qui y exercent développent des compétences « multitâches » (Augenstein et coll., 2021; Heng, 2014). Toutefois, celles-ci ne sont pas acquises par tous et, si pas maîtrisées, peuvent entraîner des problèmes tels que le stress et l'épuisement professionnel, pouvant diminuer la sécurité et l'efficacité des soins à l'urgence (Hacimusalar et coll., 2021; Heng, 2014; Westbrook et coll., 2018). Le travail des équipes de l'urgence implique aussi l'orientation ou le transfert des patients lors de leur congé, requérant une bonne connaissance des ressources ambulatoires du territoire de la part du personnel. Notre étude, comme la littérature (Samuels-Kalow et coll., 2020), souligne néanmoins les connaissances souvent insuffisantes du personnel et des patients quant aux ressources qu'ils pourraient utiliser pour les soutenir. Ces lacunes de connaissances ont surtout été signalées par les participants de l'urgence et partenaires de l'urgence, bien que ces deux derniers

groupes aient rapporté une ancienneté plus élevée que les participants des services autres que l'urgence de l'hôpital. Enfin, la réticence des omnipraticiens, principaux dispensateurs des services de première ligne, à traiter les patients ayant des troubles mentaux sévères ou complexes pourrait expliquer en partie l'achalandage à l'urgence (Fleury, Grenier, et coll. 2019; Karazivan, Leclaire, et Andres 2017; Su et coll. 2011). Le traitement de ces patients est aussi 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 coll., 2016).

Concernant les facteurs facilitants, il faut noter que peu d'innovations ont été mises en œuvre pour enrayer le phénomène des grands utilisateurs des services d'urgence, hormis les plans d'intervention individualisés. Cette clientèle, par son utilisation disproportionnée des services d'urgence, contribue à l'augmentation des dépenses globales de santé, et entrave la prise en charge de l'ensemble des patients (Fleury, Fortin, et coll., 2019; Moschetti et coll., 2018; Stone et coll., 2014). Soulignées aussi dans la littérature, l'insuffisance d'innovations à l'urgence peut s'expliquer par certaines entraves comme l'instabilité du personnel et le manque de communication entre les différents acteurs, pouvant compromettre le succès et la durabilité des nouvelles innovations (Glisson et coll., 2008; Kahan et coll., 2016; Knight et coll., 2013). La littérature démontre également que les plans d'intervention individualisés sont efficaces pour freiner le recours fréquents aux urgences (Pillow et coll., 2013; Pope et coll., 2000). D'autres innovations ont également démontré, dans plusieurs études, leur efficacité à mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs, notamment la gestion de cas et le soutien par des pairs (Adams & Nielson, 2012; Lintzeris et coll., 2020; Nossel et coll., 2016). La gestion de cas a notamment été associée à une réduction de l'utilisation des soins aigus, comparée aux services usuels (Lintzeris et coll., 2020; Shumway et coll., 2008). De même, le recours à des pairs s'est révélé efficace pour favoriser

l'engagement envers les services ambulatoires, et ce en préconisant des plans de sortie de qualité répondant aux besoins des patients, en travaillant sur l'engagement dans le traitement et en facilitant l'accès aux soins de santé (Gabet et coll., 2020; Nossel et coll., 2016).

V. Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces significatives. En effet, sa nature qualitative constitue un atout majeur. En effet, peu d'études qualitatives ont été réalisées pour examiner le phénomène de la grande utilisation des services d'urgence (Digel Vandyk et al., 2018; Walker et al., 2021). La majorité des recherches antérieures se sont principalement appuyées sur des données issues des banques clinico-administratives. De plus, la plupart des études qualitatives sur les services d'urgence sont basées sur la perspective du patient (Navas et al., 2022). En revanche, cette étude se distingue en examinant les perceptions des professionnels soignants, ce qui offre une perspective complémentaire et une vision holistique sur le sujet.

Cependant, cette étude présente également certaines limites. Premièrement, notre échantillon a été sélectionné dans un service d'urgence psychiatrique d'un seul institut universitaire en SM, et par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les services d'urgence, tels que ceux généraux ou situés dans des zones semi-urbaines ou rurales. Deuxièmement, certains éléments essentiels liés à la qualité des soins dans les services d'urgence, telles que les innovations déployées pour les grands utilisateurs de l'urgence, étaient peu implantées dans le site étudié. Troisièmement, les perspectives des patients des services d'urgence et de leurs proches n'ont pas été explorées, bien que leurs points de vue soient d'une grande importance et puissent différer de ceux des professionnels. Finalement, les facteurs facilitants et entravants identifiés ont des impacts différents, qui ne peuvent pas être considérés comme équivalents. Une seule entrave importante peut affecter ou masquer l'effet de plusieurs facteurs facilitants de moindre importance.

VI. Conclusion

Les résultats de cette étude ont permis l'identification des facteurs clés entravant ou facilitant l'efficacité des services d'urgence dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en SM. Beaucoup plus d'entraves que de facteurs facilitants ont été identifiés, principalement liés aux profils des patients, au système de santé et, dans une moindre mesure, aux caractéristiques professionnelles. Nos résultats soulignent l'importance de déployer des stratégies visant à contrer les principales entraves afin d'améliorer le fonctionnement général des services d'urgence pour ces patients et les liens de l'urgence avec ses partenaires. Notamment, des interventions motivationnelles visant une meilleure adhésion au traitement ainsi que des services visant l'orientation, le traitement provisoire et l'accès à des services ambulatoires plus soutenus pourraient être plus déployées. Des stratégies visant la rétention du personnel à l'urgence ainsi que des services de première ligne mieux consolidés et reliés aux services d'urgence pourraient également être implantés. Les facteurs facilitants ont principalement concerné les caractéristiques organisationnelles, notamment le déploiement des innovations visant à améliorer la réponse aux besoins de cette clientèle à l'urgence et en lien avec ses partenaires. Des recherches futures sont requises pour mieux investiguer les facteurs relevés et démontrer leur influence sur l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins de ces patients.

Références

Adams, P., & Nielson, H. (2012). Evidence Based Practice : Decreasing Psychiatric Revisits to the Emergency Department. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(8), 536-543. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.687803>

Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daeppen, J.-B., Peytremann-Bridevaux, I., & Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments : A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), 41-52.e42. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.03.007>

Armoon, B., Cao, Z., Grenier, G., Meng, X., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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*, 2012, e597157. <https://doi.org/10.1155/2012/597157>
- Bernardin, F., Mignot, T., Schwan, R., & 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., & 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., Daeppen, J.-B., & 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>
- Buhumaid, R., Riley, J., Sattarian, M., Bregman, B., & Blanchard, J. (2015). Characteristics of Frequent Users of the Emergency Department with Psychiatric Conditions. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0079>
- 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., & 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., & 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., & 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>
- Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., & Battersby, M. (2016). NewAccess for depression and anxiety : Adapting the UK Improving Access to Psychological Therapies Program across Australia. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 24(5), 489-492. <https://doi.org/10.1177/1039856216641310>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & 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., & 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>
- 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., & Vasiliadis, H.-M. (2019). 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., & Chiocchio, F. (2018). [Evaluation of the Mental Health Action Plan (2005-2015): Integration and Performance of Service Networks]. *Sante Mentale Au Quebec*, 43(1), 15-38.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019). 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., Vallée, C., Aubé, D., Farand, L., Bamvita, J.-M., & Cyr, G. (2016). Implementation of the Quebec mental health reform (2005–2015). *BMC Health Services Research*, 16(1), 586. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1832-5>

Fleury, M.-J., Huynh, C., Lesage, A., Vasiliadis, H., Apparico, P., Farand, L., & Ferland, F. (2015). Profils des utilisateurs des urgences avec troubles mentaux et impact des réformes sur l'urgence : Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS).

Fleury, M.-J., Proulx, R., Hachimi-Idrissi, N., Israel, M., Cloutier, C., & 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., & Lesage, A. (2019). 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., & 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., Grenier, G., Cao, Z., & Fleury, M.-J. (2020). Implementation of three innovative interventions in a psychiatric emergency department aimed at improving service use : A mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05708-2>

Gaynes, B. N., Brown, C., Lux, L. J., Ashok, M., Coker-Schwimmer, E., Hoffman, V., Sheitman, B., & Viswanathan, M. (2015). Management Strategies To Reduce Psychiatric Readmissions. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294451/>

Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H.-M., Huynh, C., & 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>

Glisson, C., Schoenwald, S. K., Kelleher, K., Landsverk, J., Hoagwood, K. E., Mayberg, S., Green, P., & Research Network on Youth Mental Health. (2008). Therapist turnover and new program sustainability in mental health clinics as a function of organizational culture, climate, and service structure. *Administration and Policy in Mental Health*, 35(1-2), 124-133. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0152-9>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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/>

Heath, C., & Staudenmayer, N. (2000). Coordination Neglect : How Lay Theories of Organizing Complicate Coordination in Organizations. *Research in Organizational Behavior*, 22, 153-191. [https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(00\)22005-4](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(00)22005-4)

Heng, K. W. (2014). Teaching and evaluating multitasking ability in emergency medicine residents—What is the best practice? *International Journal of Emergency Medicine*, 7, 41. <https://doi.org/10.1186/s12245-014-0041-4>

Hossain, L. N., Fernandez-Llimos, F., Luckett, T., Moullin, J. C., Durks, D., Franco-Trigo, L., Benrimoj, S. I., & Sabater-Hernández, D. (2017). Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services : Perspectives of patients, nurses and general medical practitioners. *BMJ Open*, 7(9), Art. 9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015471>

Institut de la statistique du Québec. (2012). Portrait statistique uête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012; Portrait chiffré (Institut de la statistique du Québec).

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., & 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., & 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., & 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., & 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>

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080. <https://doi.org/10.2307/259164>

Knight, D. K., Becan, J. E., & 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., & 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>

Kromka, W., & Simpson, S. (2019). A Narrative Review of Predictors of Adult Mental Health Emergency Department Return Visits and Interventions to Reduce Repeated Use. *The Journal of Emergency Medicine*, 57(5), 671-682. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.08.005>

Lew, K. H., Chang, E. Y., Rajagopalan, K., & 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., & 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., & Delwo, J. (2015). La psychiatrie d'urgence : Formation et pratique clinique. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(7), Art. 7.

Mahomed, F. (2020). Addressing the Problem of Severe Underinvestment in Mental Health and Well-Being from a Human Rights Perspective. *Health and Human Rights*, 22(1), 35-49.

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., & 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., & 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., & 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., Daepfen, J.-B., Wasserfallen, J.-B., & 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 autosoins 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/>

- Navas, C., Wells, L., Bartels, S. A., & 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., & 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., & 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>
- Ondler, C., Hegde, G. G., & Carlson, J. N. (2014). Resource utilization and health care charges associated with the most frequent ED users. *The American Journal of Emergency Medicine*, 32(10), 1215-1219. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.07.013>
- Pépin, M.-É., Guillette, M., Belzile, L., & Couturier, Y. (2021). Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces. *Intervention*.
- Pillow, M. T., Doctor, S., Brown, S., Carter, K., & Mulliken, R. (2013). An Emergency Department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(4), 853-860. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.020>
- 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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>
- Shumway, M., Boccellari, A., O'Brien, K., & Okin, R. L. (2008). Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users : Results of a randomized trial. *The American Journal of Emergency Medicine*, 26(2), 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.04.021>
- Silveira, J., Rockman, P., Fulford, C., & Hunter, J. (2016). Évaluer les risques dans le cas de troubles mentaux indifférenciés. *Canadian Family Physician*, 62(12), 983-990.
- Slankamenac, K., Heidelberger, R., & 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>
- Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2015). Reducing frequent visits to the emergency department : A systematic review of interventions. *PloS One*, 10(4), e0123660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123660>

Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Cohen, A., Guimond, T., Hwang, S. W., Kurdyak, P., Leszcz, M., & Wasylenki, D. (2017). The effect of brief case management on emergency department use of frequent users in mental health : Findings of a randomized controlled trial. *PloS One*, 12(8), Art. 8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182157>

Stone, C., Rosella, L., & 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.

Su, J.-A., Tsai, C.-S., Hung, T.-H., & Chou, S.-Y. (2011). Change in accuracy of recognizing psychiatric disorders by non-psychiatric physicians: Five-year data from a psychiatric consultation–liaison service. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(7), 618-623. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02272.x>

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>

Sunderland, A., & Findlay, L. C. (2013). Perceived need for mental health care in Canada : Results from the 2012 Canadian Community Health Survey-Mental Health. *Health Reports*, 24(9), 3-9.

Tsai, M.-H., Xirasagar, S., Carroll, S., Bryan, C. S., Gallagher, P. J., Davis, K., & 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>

Vasiliadis, H.-M., Dezetter, A., Lesage, A., & 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>

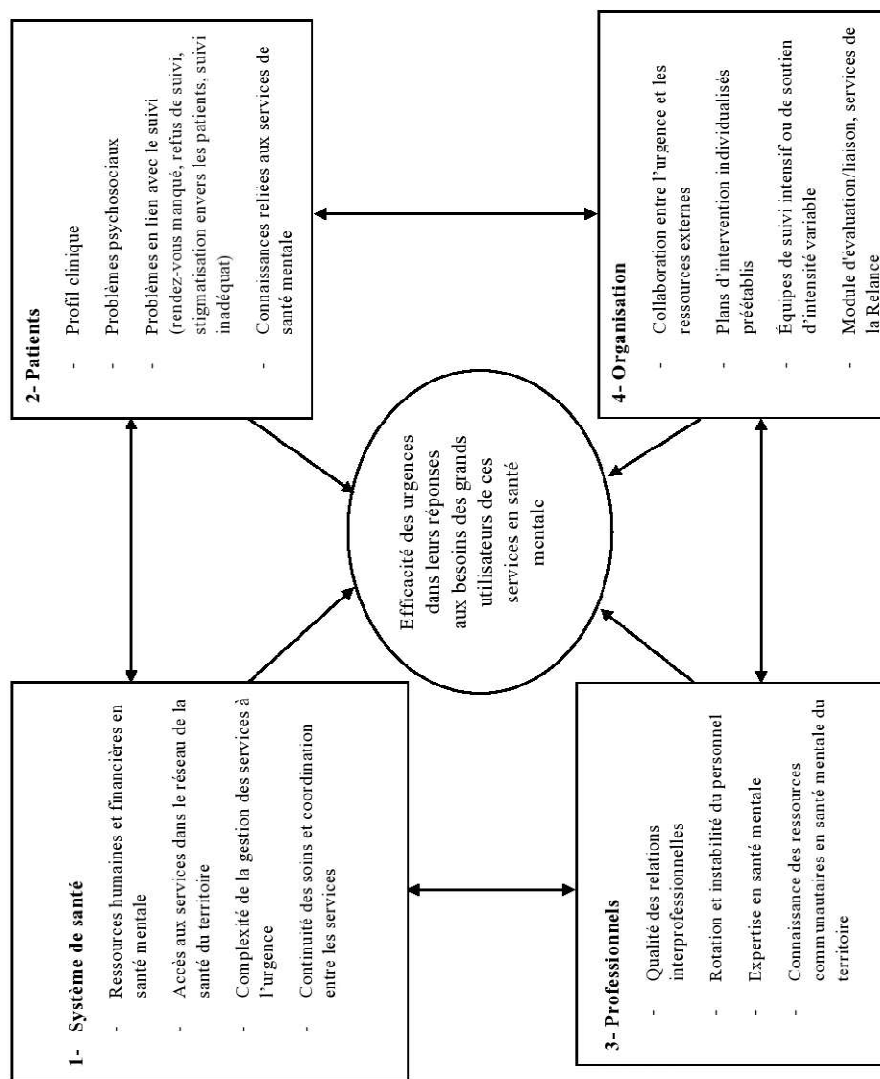
Vu, F., Daepfen, J.-B., Hugli, O., Iglesias, K., Stucki, S., Paroz, S., Canepa Allen, M., & Bodenmann, P. (2015). Screening of mental health and substance users in frequent users of a general Swiss emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0053-2>

Waddell, J. P. (2004). Périodes d'attente et ressources de la santé. *Canadian Journal of Surgery*, 47(6), 406-407.

- Walker, E. R., Fukuda, J., McMonigle, M., Nguyen, J., & 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., & 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., & 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., & 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>
- Xiao, Y., Hunter, W. A., Mackenzie, C. F., Jefferies, N. J., Horst, R. L., & Group, L. (1996). SPECIAL SECTION : Task Complexity in Emergency Medical Care and Its Implications for Team Coordination. *Human Factors*, 38(4), 636-645. <https://doi.org/10.1518/001872096778827206>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods*. Sage Publications.
- Zaboli, R., Shokri, M., Javadi, M. S., Teymourzadeh, E., & 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>

Annexes de l'article

Figure 1: Cadre conceptuel: facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale



	Total						Urgence			Autres départements de l'hôpital			Partenaires de l'urgence			
	n = 20		n = 7		n = 7		n = 7		n = 7		n = 6		n = 6		n = 6	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Sexe																
Femme	13	65.0	4	57.1	4	57.1	4	57.1	5	71.4	5	71.4	5	83.3	5	83.3
Homme	7	35.0	3	42.9	3	42.9	3	42.9	1	14.3	1	14.3	1	16.7	1	16.7
Profession																
Psychiatre	3	15.0	2	28.6	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Infirmier(ère)	7	35.0	4	57.1	1	14.3	1	14.3	2	28.6	2	28.6	2	33.3	2	33.3
Gestionnaire	7	35.0	0	0.0	5	71.4	5	71.4	2	28.6	2	28.6	2	33.3	2	33.3
Omnipraticien	1	5.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Travailleur (se) social(e)	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3	1	16.7	1	16.7
Agent(e) de relations humaines	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3	1	16.7	1	16.7
Travail à temps plein	18	90.0	6	85.7	7	100.0	7	100.0	5	71.4	5	71.4	5	83.3	5	83.3
Travail à temps partiel	2	10.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3	1	16.7	1	16.7
Age	Min	Max	m ^a	s ^b	Min	Max	m ^a	s ^b	Min	Max	m ^a	s ^b	Min	Max	m ^a	s ^b
	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
Ancienneté (en mois)	Min	Max	med ^d	EI ^e	Min	Max	med ^d	EI ^e	Min	Max	med ^d	EI ^e	Min	Max	med ^d	EI ^e
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
Dans le 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 Ecart-type

^c Abus/dépendances: alcool-drogue

^d Médiane

^e Etendue interquartile

^f 0-10 pour chaque variable, minimum = 0, maximum = 10 ; plus élevé = plus grand niveau d'aisance

Tableau 2 : Facteurs facilitant (+)/entravant (-) l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale

Catégorie	Facteurs facilitants/entravants	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)
Accès aux services	- Iniquité dans l'accès aux services selon les territoires	- (1/7)	- (2/7)	- (1/5)	(4/19)
	- Omnipraticiens	- (2/7)	- (4/7)	- (3/5)	(9/19)
Centres de crise	- 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))	- 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)
Gestion des services	- 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)
	- 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. Patients					
<i>Principaux motifs de consultation à l'urgence</i>					
Profil clinique	- 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...)	- (2/7)	- (4/7)	- (1/5)	(7/19)
<i>Problèmes en lien avec le 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 envers les patients et refus de prise en charge	- (1/7)	- (2/7)	- (2/5)	(5/19)
<i>Connaissances reliées aux services de SM</i>	- Lacunes de connaissances des services de SM des patients	- (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 en SM du territoire	- (3/7)	=	- (2/5)	(5/19)
	- Stigmatisation envers les 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>					
Qualité des communications	- 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)
Orientation/transfert des patients	- Entre l'urgence, les autres départements de l'hôpital et les ressources de la communauté	- (5/7)	- (3/7)	- (2/5)	(10/19)
<i>Introduction des innovations dans les urgences</i>	- Plans d'intervention individualisés préétablis	+ (7/7)	+ (3/7)	+ (1/5)	(11/19)
	- Réunions avec les 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, service de la Relance	+ (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 départements de l'hôpital					
^c Partenaires de l'urgence					
SM : santé mentale					
+ : Facteurs facilitants, - : facteurs entravants, = : les participants n'ont pas cité de facteurs					

Tableau 3 : citations des participants à l'étude concernant les facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale

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. » (IF 123-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 6 patients en crise à t'occuper à l'urgence donc c'est un des facteurs. » (NF 110-Infirmière-Urgence)

« Mais tout ce qu'on a eu des centres de crise comme réponse, c'est qu'actuellement, ils sont en souffrance financière et qu'ils ne peuvent pas nous fournir plus d'aide pour pouvoir sortir les patients de l'urgence. » (PR 107-Infirmière-Urgence)

« Nous, malheureusement, on intervient dans le court terme, on n'intervient pas dans le long terme, ce qui fait que quand les gens quittent, la crise n'est pas nécessairement toujours résorbée, donc soit ils vont se présenter à l'urgence ou soit ils vont revenir ici quelques semaines plus tard. » (IF 123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« Il n'y a pas de programme qui sont à long terme, tu sais un an, deux ans, pour travailler les difficultés. Alors, c'est un épisode de soin 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. » (JL 126-Infirmière-Autres départements de l'hôpital)

« Les problèmes sociaux dans les ressources psychosociales d'accueil où on offre tous les services, on dirige beaucoup les gens vers l'urgence, parce que les services n'étant pas à leurs heures... Au-delà de 20 h en soirée, ou ils ne sont pas présents les fins de semaine. » (IF 123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« En fait, on est déçu, c'est que le patient qui vient pour des premiers épisodes psychotiques induits par la consommation (...) On n'a pas réellement un soutien pour ces patients-là. On

n'a pas de personnel formé en dépendances, on n'a pas un médecin spécialisé en dépendances, on n'a pas une clinique pour les dépendances. Donc c'est ça que des fois, je trouve que ces patients-là, ils vont revenir, ils retournent encore suite à la consommation. » (PR107-Infirmière-Urgence)

« Mettons, si le patient est du secteur Lakeshore, mais que nous on fait partie de notre CIUSSS on doit quand même le référer à la clinique externe de Lakeshore, donc ce client-là, c'est sûr que ça va lui prendre plus de 4, 5 semaines à être vu par la clinique de Lakeshore, alors c'est sûr que ce patient-là dans l'espace de deux semaines, si ça ne va pas bien avec la médication, il va revenir. » (PR107-Infirmière-Urgence)

Accès aux services

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

« L'accès est souvent difficile, étant donné les listes d'attente qui existent dans d'autres services et le fonctionnement des services de première ligne qui est souvent problématique. Les gens se retrouvent à l'urgence faute de mieux. » (IF123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« 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. » (IF123-Travailleuse sociale-Partenaires de l'urgence)

« Parce que les patients les moins sévères 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)

« La personne savait qu'il avait besoin d'aide, mais ne pouvait pas rejoindre l'intervenant, bien l'équipe qui le suivait. Il ne pouvait pas rejoindre soit le psychiatre ou l'intervenant principal (...) Ils avaient laissé des messages, ils n'ont pas eu de retour d'appel (...) Ils voulaient un rendez-vous, mais il n'y avait pas de disponible avant plusieurs semaines. C'est ça. » (KB122-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

« Les listes d'attente sont longues pour les gens qui veulent, par exemple faire une thérapie (...) On se bute souvent à des situations où nos clients, malheureusement, se retrouvent devant une liste... À titre d'exemple, la semaine passée, j'ai travaillé avec quelqu'un, puis c'est comme la liste d'attente était de 4 mois, tu sais, c'est long ! » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

« Si on prend Projet Suivi, la liste d'attente est longue. Avant c'était automatique, mais maintenant, c'est comme des listes d'attente de 2 ans, c'est beaucoup (...) Ils ont le temps d'y aller 20 fois à l'urgence entre-temps. » (MMD121-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

Gestion des services

« 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 6 patients en crise à t'occuper à l'urgence donc c'est un des facteurs. » (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 la Relance et qui arrivent à fournir des premiers contacts avec les usagers, généralement en dedans de deux semaines. » (JC102-Médecin-Urgence)

« Fait que souvent, on va leur couper leur suivi après les 12 rencontres 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. ». C'est la même chose de notre côté, 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)

« Donc, il y a une réalité qui probablement est inhérente au nom de l'Institut, qui n'est pas nécessairement représentatif de la qualité des services, mais qui est juste l'image que c'est un institut psychiatrique. Et au fait, que ça se sait qu'on peut voir un psychiatre tout de suite et non pas passer par une espèce de triage, avec un omnipraticien. » (RM103-Médecin-Urgence)

« Puis les patients nous le disent carrément, quand je vois quelqu'un qui vient de x ou y région non dans un grand centre : « Pourquoi vous êtes venu ici à l'Institut ? ». « Bien je suis allé sur Internet, je sais que vous êtes ouvert 24 heures sur 24, je voulais voir un psychiatre ». (RM103-Médecin-Urgence)

2- Patients

Profil clinique

« Troubles de personnalité limite, ouais c'est ça, exactement. Donc, on se retrouve nécessairement dans un cadre où ces personnes-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. Faque, 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 gens très vulnérables qui n'ont pas de ressources et de la difficulté à s'intégrer dans la communauté » (NF110-Infirmière-Urgence)

« C'est ça, ils viennent à l'urgence à cause d'une incertitude socioéconomique, l'urgence va être utilisée comme un endroit où pouvoir... Des fois, je vais le dire carrément, peut-être rester une ou deux journées, parce qu'on n'a pas d'endroit où rester. » (RM103-Médecin-Urgence)

« Les grands utilisateurs 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 sont... Il y a des punaises, des coquerelles, les gens consomment des drogues, alors ils deviennent... 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)

« Dans le fait de venir à l'urgence, il y avait une dimension de socialisation. Elle rencontrait d'autres personnes, pour parler avec d'autres personnes, plutôt qu'être perpétuellement seule chez soi. » (JC102-Médecin-Urgence)

Problèmes en lien avec le suivi

« Les offres de services ne sont peut-être pas adéquates pour tout le monde. Et oui, il y a des gens qui quittent, qui n'ont plus accès à des services spécialisés d'une certaine intensité, mais qui n'ont toujours pas acquis les habilités 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 des rendez-vous, il refuse les suivis qui lui sont offerts, dès qu'il a de nouveau une crise, il revient aux urgences. » (KB122-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

« Moi ce que je remarque souvent, c'est que ces personnes-là sont découragées du système. C'est le reflet dans les rencontres qu'on a ici, qui revient, ça revient souvent ça. Ok. Parce qu'il y a toujours l'après centre de crise quand les gens s'en vont. Ce n'est pas... T'sais après nos rencontres, après le suivi mobile, il faut que les gens soient... Il faut qu'il se passe quelque chose, c'est souvent là que c'est comme à un moment donné... Fait que c'est pour ça que je dis, oui, les gens sont stigmatisés malheureusement. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

Connaissances reliées des 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 une personne ne sait pas trop se diriger, entrer dans le système par l'urgence, ce n'est pas évident. » (JB115-Gestionnaire-Urgence)

« Souvent ce sont les personnes immigrantes aussi qui vont peut-être avoir de la difficulté : dans leur pays, ils n'ont peut-être pas tout ce réseau-là. Donc, dans leur tête à eux, il y a seulement l'urgence aussi. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'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)

« Ce qui arrive c'est qu'il y a beaucoup un roulement de psychiatres de garde. Donc, ils ne connaissent pas vraiment le patient. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Les psychiatres de garde sont à l'urgence une fois sur trois 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)

« Une faiblesse aussi c'est que ce n'est pas vraiment de l'urgence. Mais dans les autres services, ils vont dire : mais si ça ne va pas, présentez-vous à l'urgence. Vous comprenez, c'est comme un manque de connaissances des ressources communautaires. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Moi, ce que je remarque souvent, c'est que ces personnes-là sont découragées du système. C'est le reflet dans les rencontres qu'on a ici, qui revient, ça revient souvent ça (...) Il faut qu'il se passe quelque chose, c'est souvent à un moment donné... Fait que c'est pour ça que je dis, oui, les gens sont stigmatisés malheureusement. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

4- Organisation :

Collaboration entre l'urgence et les ressources externes

« La communication est toujours défaillante 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)

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

« Quand les patients ont un intervenant CLSC, un SIV (soutien d'intensité variable) CLSC disons du CLSC x, c'est plus difficile d'avoir accès rapidement aux informations, mettons : qui contacter, quand la contacter ? Je trouve que ça dépend d'où le patient est suivi. » (LD109-Infirmière-Urgence)

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

Introduction des innovations dans les urgences

« On a déjà mis en place des choses comme des plans thérapeutiques pour certains patients avec comorbidité de maladie et trouble de 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 personnes-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 on ... 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 9h15, 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, les patients qui vont être hospitalisés, les patients de l'externe. 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

« L'est et l'ouest, comme dans bien d'autres dossiers, auraient tout avantage à communiquer ensemble, ne serait-ce que pour l'échange des difficultés puis pour parler des bons coups. » (CR124-JSG125-Gestionnaire-Partenaires de l'urgence)

« Souvent les gens vont être en lien aussi avec l'itinérance. Donc, on regarde un tout petit peu si on peut les supporter. Des fois, on fait des demandes de collaboration par exemple avec le CHUM- ils sont une équipe de suivi en dépendances. » (FMD114-Gestionnaire-Autres département de l'hôpital)

« Les gens qui sont suivis à la Relance, ils ne viennent plus à l'urgence. Je crois que le gain a été fait, qui est énorme là. » (RM103-Médecin-Urgence)

« Mais une fois qu'ils sont suivis à la Relance, ça va, ça réduit quand même fortement la fréquentation, 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 recharger leurs antidépresseurs qu'ils n'ont pas tolérés deux jours après. Donc, il y a un service comme l'urgence, j'ai l'impression, diminue l'utilisation des grands utilisateurs 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 SI (suivi intensif), les équipes SIV, et ensuite la clinique externe. » (JB115-Gestionnaire-Urgence)

« Ça dépend de quelle équipe les suivait. Mettons, si c'était quelqu'un qui était suivi par l'équipe SIV par exemple, ils étaient bien couverts » (KB122-Infirmière-Partenaires de l'urgence)

« Quand nos patients ont plus de besoins, d'être amenés vers des services plus intensifs dans la communauté, comme je vous disais : les équipes avec un soutien à intensité variable, ou un suivi intensif, et après nous. » (ML117-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

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 dernières minutes, des programmes de réinsertion dans la communauté. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« En fait, ce que je voudrais, c'est pour plus de services communautaires pour les personnes psychotiques, parce qu'il n'y en a pas beaucoup parmi les ressources communautaires. » (PR107-Infirmière-Urgence)

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

« Je pense que déterminer 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 et puis de travailler en équipe. Quel est le plan ? Quand ils arrivent ? Qu'est-ce qu'on fait ? Pour que tout le monde sache un peu le plan. » (NF110-Infirmière-Urgence)

« Bien moi, je pense qu'au niveau des collaborations, 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 genres de pré-urgence » (RM113-Gestionnaire-Autres départements de l'hôpital)

« C'est comme le concept sur lequel il faut se baser, c'est : est-ce que ces grands utilisateurs-là ont droit de parole ? Ok. Est-ce que les grands usagers 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)

Chapitre 5 – Discussion

Dans ce chapitre, nous rediscuterons tout d'abord des résultats essentiels obtenus dans le cadre de cette étude, principalement basés sur l'article présenté au chapitre précédent. Ensuite, nous utiliserons les points discutés comme fondement pour aborder les recommandations qui peuvent en découler. Enfin, nous discuterons des forces et des limites de cette étude.

5.1. Discussion des résultats

Nous rappelons que l'objectif de cette étude était de cerner les facteurs facilitant ou entravant l'efficacité de l'urgence dans sa réponse aux besoins de ses grands utilisateurs en SM, et ce, en se basant sur la perspective des professionnels soignants de différents milieux (urgences, autres services de l'hôpital et partenaires des urgences). Comme déjà indiqué dans l'article, plus d'entraves que de facteurs facilitants ont été identifiées, principalement liées aux profils des patients, au système de soins et à certaines caractéristiques professionnelles, et plusieurs de ces entraves étaient interreliées. Le peu de facteurs facilitants signalés étaient principalement liés aux caractéristiques organisationnelles.

Il convient de noter que très peu de variations ont été rapportées entre les propos des participants des différents milieux. Cette similitude pourrait être expliquée, d'une part, par la présence persistante et de longue durée de bons nombres des entraves (Fleury, Fortin, et al., 2019; Fleury, Perreault, et al., 2016). Par exemple, les problèmes d'engorgement des urgences et d'accès aux soins en général ne datent pas d'hier ; ils ont été rapportés depuis plus de 20 ans au Québec (Hutchison, 2007; Roberge et al., 2010). Or, l'ancienneté médiane de nos participants était de 13,5 ans, ce qui indique que la plupart d'entre eux ont été témoins de ces problèmes et sont ainsi en mesure de les évoquer. D'autre part, les objectifs et les missions des différents établissements de

santé appartenant à un même réseau sont alignés, de sorte que les professionnels de santé travaillant dans un même réseau peuvent partager les mêmes objectifs organisationnels et une vision commune, qu'ils soient cliniciens ou gestionnaires (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2023; CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal, 2022). De plus, les professionnels des soins suivent les mêmes lignes directrices professionnelles en matière de bonnes pratiques et partagent des valeurs, des croyances fondamentales, des éthiques ou des principes similaires, ce qui explique qu'ils pourraient être enclins à se mettre d'accord sur un bon nombre de points (Marchand, 2020).

Comme déjà indiqué, le phénomène de l'utilisation fréquente des services d'urgence est un problème complexe qui se pose dans de nombreux pays à travers le monde (Cuong Pham et al., 2017; Urbanoski et al., 2018). Il ne peut être réduit à une seule cause ou solution. Ainsi, plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'efficacité des urgences pour endiguer ce problème et pour mieux satisfaire aux besoins des patients grands utilisateurs de ces services en SM. Notre cadre conceptuel a ainsi permis, par la multitude de facteurs qu'il a réussi à faire ressortir et surtout par les relations qu'il a pu mettre en évidence entre plusieurs de ces facteurs, de démontrer sa pertinence. En effet, plusieurs entraves, soulignées dans l'article, étaient interreliées : celles liées aux profils des patients sont principalement liées à celles du système de santé, et les entraves organisationnelles, à celles liées aux caractéristiques professionnelles.

Tout comme d'autres travaux antérieurs, cette recherche a permis de montrer que les patients grands utilisateurs des services d'urgence en SM présentent souvent des troubles psychotiques, de la personnalité ainsi que des troubles concomitants de TM-dépendances (Aagaard et al., 2014; Gentil, Grenier, Vasiliadis, et al., 2021; Moe et al., 2022). Traiter ces TM dans les services d'urgence peut s'avérer difficile en raison de leur complexité, du nombre généralement élevé d'autres patients aux urgences et du peu de temps disponible des professionnels sur place

pour s'occuper directement de tels patients vulnérables qui attendent souvent longuement à l'urgence avant d'être traités (Karaca et al., 2012; Zun, 2012). Les problèmes de SM nécessitent généralement plus d'attention et un soutien continu et régulier afin d'établir une relation de confiance avec les intervenants du système de santé et mettre en place une médication adéquate (Artaud et al., 2020; MSSS, 2022d; Shim et al., 2014). Cependant, au Québec, les ressources offrant un soutien de moyenne ou de longue durée ou une aide soutenue au logement sont souvent indisponibles ou difficiles d'accès (Armoon et al., 2022; MSSS, 2022c). Et, le manque d'accès aux services de SM, notamment ambulatoires et aux ressources communautaires, demeure un problème majeur, et ce malgré les efforts des gouvernements reflétés dans les différents plans d'action en SM émis dans les dernières années (MSSS, 2015b, 2022c; St-Antoine, 2022). En fait, depuis les dernières années, plusieurs établissements de santé imposent un nombre limité de séances de traitement, qui peut néanmoins s'avérer sous-optimal, notamment les services de psychothérapie ou de soutien des équipes en SM de première ligne (INESSS, 2017; St-Antoine, 2022). Ce phénomène s'explique par la volonté d'améliorer l'accès au soutien psychosocial en première ligne et l'équité dans l'offre de soins. Il peut aussi s'expliquer par la pénurie de psychologues dans le réseau public (St-Antoine, 2022), surtout très présents dans le réseau privé dont aussi le nombre de séances de thérapie et la couverture globale des assurances privées sont limités pour les patients qui y ont accès. Particulièrement, l'accès aux équipes de SM des CLSC, qui visent à consolider les services psychosociaux, et compléter les soins obtenus par l'omnipraticien, se heurte à de longues listes d'attente (Pilon-Larose, 2022; St-Antoine, 2022). Or, attendre longtemps avant de recevoir des soins ou ne pas avoir d'alternative que se rendre aux urgences peut entraver la capacité de ces patients à gérer leur problème de SM et peut entraîner une détérioration de leur état, ce qui les oblige souvent à recourir aux services d'urgence (Armoon et coll., 2022; Fleury, Fortin, et coll., 2019; Institut de la statistique du Québec, 2012). Il en résulte une pression supplémentaire sur les

services d'urgence, qui deviennent de plus en plus engorgés. La qualité des services et l'efficacité du traitement des patients qui s'y présentent peuvent ainsi être affectées (Morley et al., 2018; Zaboli et al., 2016).

Notre étude est en outre en concordance avec la littérature en soulignant que les conditions socio-économiques difficiles et le manque de soutien social des patients sont l'un des principaux prédicteurs d'un recours fréquent aux urgences (Fiorillo, 2018; Moe et al., 2022). En effet, les conditions sociales, environnementales et économiques dans lesquelles les individus grandissent et vivent peuvent influencer leur SM (Deferio et al., 2019; Knifton & Inglis, 2020). L'isolement social, la perception de ne pas être valorisé due au manque d'emploi ainsi que l'incapacité de subvenir à ses besoins fondamentaux, tels que le logement et la nourriture, sont souvent associés à un plus grand niveau de stress et une détresse psychologique accrue (Alegría et al., 2018; Bloch & Rozmovits, 2022). De plus, l'instabilité résidentielle ainsi que les difficultés de transport associées à la précarité affectent considérablement l'accès aux services ambulatoires ainsi que l'adhérence au traitement (A. Chen et coll., 2021; Moe et coll., 2021; Ondler et coll., 2014). Ainsi, les services d'urgence apparaissent comme le dernier recours pour ces patients dont l'état de SM s'est détérioré sous l'effet de ces pressions sociales. Afin de faciliter l'accès au traitement, de promouvoir une meilleure adhérence à celui-ci et de prévenir ainsi le recours aux services d'urgence parmi ces patients, certaines études ont recommandé une meilleure implication des pharmaciens communautaires dans le traitement de ces patients (Cobb, 2014; Haddad et al., 2014; National Guideline Centre (UK), 2018). Ces pharmaciens communautaires, souvent appelés « de quartier », proposent des services clés liés à la gestion des médicaments, tels que la dispensation et le renouvellement des ordonnances, la promotion de la santé et l'orientation vers d'autres services de santé (Agomo, 2012).

Comme déjà discuté dans l'article, la consolidation des services de SM constitue l'un des moyens les plus soutenus dans la littérature pour réduire le recours aux urgences (Breslau et al., 2018; Kowal et al., 2011; Navas et al., 2022). Certaines études ont démontré que le manque de financement public pour les services de SM, en particulier communautaires, affecte l'accessibilité des services ambulatoires, ce qui se traduit par des taux disproportionnellement plus élevés de visites aux urgences pour des raisons de SM (Navas et al., 2022). Cependant, le Québec souffre, depuis longtemps, d'un sous-investissement « chronique » du secteur de la SM (St-Antoine, 2022). En effet, l'investissement en SM au Québec ne représenterait que 5,9 % du budget de la santé en 2020-21, soit beaucoup moins que dans de nombreux autres pays occidentaux comme la France et le Royaume-Uni, qui allouent respectivement 15 % et 13 % du budget de la santé aux soins de SM en 2017 (MSSS, 2021; St-Antoine, 2022; Wang et al., 2018). Notons néanmoins que des divergences dans le calcul du financement alloué aux secteurs de la santé peuvent justifier en partie ces écarts, mais un rattrapage important est recommandé dans les prochaines années. La littérature souligne que les ressources communautaires de SM sont parmi les services les plus touchés par ce sous-investissement. Au Québec, ces services reçoivent moins de 10 % du budget de la SM (Fleury & Grenier, 2012). Plusieurs études recommandent donc un meilleur financement de ces services spécifiquement, afin de mieux soutenir les patients ayant des TM et ainsi réduire leurs recours fréquents aux urgences (Moroz et al., 2020).

Outre le fait que la rotation et l'instabilité du personnel peuvent affecter la qualité du travail d'équipe ainsi que la communication entre ses membres, elles pourraient expliquer en partie le manque d'expertise en SM des professionnels soignants (Babiker et al., 2014; Rosen et al., 2018). Ce qui pourrait nuire à l'efficacité des soins qu'ils prodiguent. Déjà, une étude récente a particulièrement insisté à quel point le départ d'un membre du personnel, surtout de direction, peut nuire à l'efficacité des services, s'il n'a spécifiquement pas effectué le transfert de connaissances

nécessaires pour son remplacement (Baron et al., 2020). Toujours concernant l'expertise du personnel, nos résultats, tout comme la littérature, soulignent le manque de connaissances du personnel sur les ressources que les patients pourraient utiliser pour les soutenir (Samuels-Kalow et al., 2020). De plus, comme discuté dans notre article, certaines études ont identifié le manque de connaissance des ressources communautaires du territoire comme un obstacle majeur à une orientation adéquate et pertinente, particulièrement lors du congé aux urgences (Fleury, Grenier, et al., 2019; Plant & White, 2013). Ceci peut expliquer les problèmes d'orientation et de transfert des patients entre l'urgence, les autres départements de l'hôpital et les ressources de la communauté, dont rapportés dans notre étude. Également, plusieurs études ont évoqué la réticence des omnipraticiens à prendre en charge les patients souffrant de TM, surtout s'ils sont sévères, ce qui entraîne un recours plus fréquent aux services d'urgence (Fleury, Grenier, et al., 2019; Karazivan et al., 2017; Su et al., 2011). Pour de nombreux patients, ils représentent un point d'accès aux soins de SM (MacCarthy et al., 2013). Déjà, une étude canadienne a souligné que 25 % des visites chez les omnipraticiens sont liées à des TM (Fleury, Farand, et al., 2012). Ainsi, certaines études suggèrent la nécessité d'une formation plus poussée en SM pour ces professionnels afin qu'ils puissent bien prendre en charge les TM (Balasubramanian et al., 2021). La littérature recense d'autres facteurs qui favorisent la prise en charge des TM par les omnipraticiens, notamment le déploiement de modèles de soins partagés dans le réseau où ils pratiquent (Craven & Bland, 2006; Fleury, Bamvita, et al., 2012; Fleury, Farand, et al., 2012). Les modèles de soins partagés ou de collaboration reposent sur l'interdisciplinarité de la prise en charge, où l'omnipraticien est au centre du dispositif de soins, mais est fortement soutenu par des professionnels en SM tels que des travailleurs psychosociaux, des psychiatres et même des infirmières (Aupont et al., 2013; Fleury et al., 2021; Fleury, Farand, et al., 2012). Cela permet aux patients ayant des TM d'avoir une meilleure réponse à leurs besoins en SM et de bénéficier de soins plus adéquats sans avoir à se rendre dans

des services spécialisés en psychiatrie où les délais d'attente sont souvent longs. Ce qui peut aider à éviter leur recours aux services d'urgence.

Bien que le phénomène de la grande utilisation des services d'urgence ait toujours été au premier plan des préoccupations mondiales en matière de santé publique, et malgré le fardeau important que représentent ces patients grands utilisateurs des services de SM pour le système de santé, notre étude a rapporté que peu d'innovations ont été déployées pour mieux répondre à leurs besoins, en dehors des plans d'intervention individualisés préétablis (Moschetti et al., 2018; Stone et al., 2014). Comme abordé dans la section 2.3.2, ces plans sont prometteurs en terme de réduction de la fréquence du recours aux services d'urgence (Blind et al., 2022; Pillow et al., 2013). Cependant la littérature mentionne d'autres innovations permettant de mieux desservir cette clientèle, notamment la gestion de cas et le soutien par des pairs (abordées dans la section 2.3.2) (Gabet et al., 2020; Lintzeris et al., 2020; Steinberg et al., 2022).

Une étude récente également menée dans un service d'urgence psychiatrique d'un institut universitaire au Québec a permis d'identifier quelques innovations susceptibles d'améliorer l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins des patients en SM, mais n'étant pas nécessairement de grands utilisateurs de ces services. Ces innovations incluent une équipe d'intervention brève dont le rôle s'apparente à la stratégie de gestion de cas, offrant à la fois la médication et des interventions psychosociales (Turner & Stanton, 2015), ainsi qu'une équipe de soutien aux famille par des pairs qui remplit un rôle similaire aux pairs aidants (voir section 2.3.2) en accompagnant les patients à travers leur propre expérience de SM (Shalaby & Agyapong, 2020). Le déploiement de ces innovations a été associé à une orientation plus adéquate de ces patients et à une réduction de leur recours aux services d'urgence. En effet, 42 % des patients ont eu recours aux services d'urgence avant d'être pris en charge par l'équipe d'intervention brève, contre 25 %

après l'intervention de cette équipe (Gabet et al., 2020). Néanmoins, seulement un an plus tard, notre étude n'a pas permis de démontrer que ces innovations continuaient à être utilisées. En effet, la littérature sur les conditions clés d'une implantation réussie de ces innovations est limitée (Gabet et al., 2020; Kahan et al., 2016). Quelques études ont permis d'identifier certaines entraves susceptibles d'affecter la durabilité et l'efficacité des nouvelles innovations, pouvant expliquer en partie leur disparition peu de temps plus tard (Gabet et al., 2020; Glisson et al., 2008; Knight et al., 2013). Ces entraves peuvent être liées au système de santé en général, comme le sous-financement de ces innovations et de la SM en général, le manque de communication entre les différents acteurs de la SM ainsi que le manque de formation et de supervision des pairs aidants (Gabet et al., 2020; Gaynes et al., 2015; Shalaby & Agyapong, 2020). Ils peuvent également être individuels, tels que les difficultés à maintenir l'adhérence chez les personnes ayant des TM et la rotation et l'instabilité du personnel (Barnes et al., 2016; Gabet et al., 2020; Glisson et al., 2008). Il serait donc intéressant de mieux explorer les conditions clés d'une meilleure implantation des innovations qui peuvent aider à mieux desservir les patients grands utilisateurs des services d'urgence en SM.

Également, comme abordé dans la section 2.2.1, le PASM 2022-2026, identifie certaines innovations prometteuses pour mieux desservir tous les utilisateurs de services d'urgence en SM, notamment les équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en SM dans la communauté, les unités d'intervention brève en psychiatrie ainsi que le traitement intensif bref à domicile (MSSS, 2022a). Ces innovations visent à améliorer la continuité et l'adéquation des services après une visite aux services d'urgence pour des raisons de SM. Ainsi, assurer une bonne opérationnalisation de ce plan d'action et de ces innovations pourrait grandement contribuer à améliorer la réponse aux besoins de ces patients et à éviter leur recours aux urgences.

5.2. Recommandations

La recherche en santé est d'une grande valeur pour la société puisqu'elle permet de générer de nouvelles preuves pour aider les systèmes de santé et les professionnels soignants à améliorer la réponse aux besoins des patients. Et, « Un problème bien posé est à moitié résolu », c'est-à-dire que définir clairement le problème et identifier les facteurs qui y contribuent représentent déjà une avancée significative vers sa résolution et le développement de solutions appropriées (Meneghin, 2017). Ainsi, en identifiant les facteurs pouvant influencer l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins de ses grands utilisateurs en SM, cette étude nous permet de suggérer certaines recommandations pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle et de mettre en lumière des pistes à explorer pour approfondir la compréhension de ce phénomène de grande utilisation de ces services. Dans cette section, nous nous permettons d'accorder une attention particulière à la présentation méthodique de ces recommandations, majoritairement appuyées par la littérature, en les reliant clairement aux facteurs identifiés précédemment. Nous aborderons ces recommandations en trois parties: les recommandations stratégiques et politiques, principalement inspirées des entraves liées au système de santé, les recommandations pour les professionnels soignants, et enfin, les recommandations pour la recherche.

5.2.1. Recommandations politiques et stratégiques

La recherche en sciences de la santé a toujours été un bon outil pour éclairer la prise de décision et identifier les bonnes mesures et politiques susceptibles de générer des gains pour le système de santé et de favoriser le bien-être de la population en général (Hanney et al., 2003). Les organismes subventionnaires accordent de plus en plus d'importance à l'intégration des résultats de la recherche dans les processus décisionnels (Erismann et al., 2021; Uzochukwu et al., 2016). C'est pourquoi notre étude, en identifiant certaines entraves liées au système de santé, permet de formuler

certaines recommandations, notamment au regard de l'indisponibilité des ressources et du manque d'accès aux services, qui expliquent l'utilisation fréquente des urgences.

En ce qui concerne l'indisponibilité des ressources, nos résultats rejoignent ceux de plusieurs autres études qui soulignent l'importance d'un meilleur financement des services de SM, notamment des services communautaires et des ressources offrant un soutien de longue durée d'intensité variable (Larrieta et al., 2022; Mahomed, 2020; Stelmach et al., 2022). En fait, comme indiqué précédemment (section 2.1.1 2 et 5.1), les services de SM ont été considérablement négligés et sous financés au fil de l'évolution du système de santé canadien (Bartram & Lurie, 2017; Jacobs et al., 2010). Or, la SM nécessite plus d'attention et plus de fonds, étant donné le fardeau que représentent déjà les TM, qu'il s'agisse de la morbidité et de la mortalité élevées chez les personnes souffrant de TM ou des coûts liés aux TM, estimés à plus de 50 milliards de dollars par an au Canada (Lang et al., 2018; Lim et al., 2008). Tel qu'il a été implanté dans le cadre du projet pancanadien Chez Soi, le modèle « Logement d'abord » démontre que l'investissement dans l'accès à un logement permanent avec des services de suivi intensif a permis de réduire le nombre de visites aux urgences des personnes itinérantes ayant des problèmes sévères de SM (Aubry et al., 2015; Kerman et al., 2020; Latimer et al., 2014). Ce programme pourrait peut-être davantage cibler les grands utilisateurs des urgences directement.

Concernant l'accès aux services, notre étude souligne l'importance de la consolidation des soins primaires et d'une meilleure intégration du dispositif de soins. Pour ce faire, plusieurs modèles de soins de SM prévoient des stratégies d'intégration clinique ou organisationnelle, avec un objectif commun : fournir aux patients des soins de qualité, accessibles et adaptés à leurs besoins. Ces modèles comprennent le modèle de soins chroniques, les modèles de soins partagés ainsi que le modèle de soins par étapes. En effet, les TM sont considérés comme une maladie

chronique (Krass & Aichele, 2016), ainsi il est intéressant de mieux déployer le modèle de soins chroniques dans la prise en charge des TM (Tylee & Walters, 2007). Ce modèle suggère de mettre l'accent sur le travail des omnipraticiens en lien avec les équipes de soins de SM (Fleury & Acef, 2013; Rothman & Wagner, 2003). De même, les modèles de soins partagés ou de collaboration (introduits dans la section 5.1) soulignent l'importance pour les omnipraticiens de collaborer avec les psychiatres et les autres ressources en SM (Fleury & Acef, 2013; Kates et al., 2011). Ces modèles, soit le modèle de soins chroniques et le modèle de soins partagés ou de collaboration, en accordant plus de poids aux équipes de soins multidisciplinaires plutôt qu'aux omnipraticiens, permettent aux patients de bénéficier d'une meilleure qualité de suivi et d'un meilleur accès à des soins adéquats (Fleury et al., 2021; Kates et al., 2011). Ainsi notre étude souligne l'importance d'une meilleure opérationnalisation de ces modèles de soins. Également, il est recommandé d'assurer la bonne implantation du « Programme québécois pour les TM: des autosoins à la psychothérapie » (PQPTM). Ce programme, basé sur le modèle de soin par étape, vise à accroître et à améliorer l'offre publique de services en SM en termes de qualité et délais de prise en charge (Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2023). Selon ce programme, le patient souffrant de TM sera évalué et recevra le traitement le moins intrusif et le plus efficace en fonction de la complexité de sa situation clinique (Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2023). En effet, en améliorant l'accès aux services ambulatoires en SM ainsi que l'adéquation des soins, on pourrait contribuer à prévenir le recours fréquent de ces patients aux services d'urgence pour des raisons de SM.

Toujours en lien avec l'amélioration de l'accès aux services, il est important de faciliter l'accès aux équipes de soins primaires en SM en raison du rôle central qu'elles jouent dans la coordination et l'intégration des services de SM (Ashcroft et al., 2021; Fleury, Grenier, et al., 2016). Certaines études ont permis d'identifier des solutions potentielles pour réduire les longues listes

d'attente sur ces équipes, notamment la révision et l'adaptation du processus de triage ainsi que l'intégration des soins virtuels (consultations en ligne) (Ashcroft et al., 2021; Truelove et al., 2023). En effet, un système de triage numérique utilisant des consultations virtuelles pour déterminer la priorité et l'urgence de l'état d'un patient pourrait aider à mieux prioriser l'accès aux services primaires en général, et ainsi éviter le recours aux urgences (Mold et al., 2021).

5.2.2. Recommandations pour les professionnels soignants

Les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans le processus d'amélioration continue de l'efficacité des services de santé, dont les services d'urgence, en étant le principal point de liaison entre le système de santé et les patients. Ainsi, certaines des recommandations issues de cette étude leur sont adressées, notamment en matière d'expertise en SM, de travail en équipe et de collaboration interprofessionnelle, ainsi que des recommandations pour mieux gérer l'instabilité des équipes ou rotation du personnel dans les services.

Les TM signalés chez les grands utilisateurs des urgences en SM, notamment les troubles psychotiques et les troubles de personnalité sont complexes (Fiorillo, 2018; Shim et al., 2014). Ainsi, il est crucial que les professionnels soignants disposent de connaissances et de compétences appropriées et actualisées en matière de SM. Plusieurs études ont signalé l'importance d'une formation continue spécialisée en SM afin de remédier au manque de connaissances et de bonnes pratiques dont ne disposent pas suffisamment les professionnels non spécialistes en SM, notamment les infirmières (Caulfield et al., 2019; Levinson & Wong, 2021; Wand et al., 2022). Une formation qui a permis aux infirmières d'acquérir des connaissances cliniques essentielles, principalement pour l'évaluation et le triage des TM les plus fréquents comme les troubles psychotiques a permis d'assurer un traitement plus adéquat et plus compatissant des personnes ayant des TM (Clarke et al., 2006). Également, pour améliorer les connaissances en matière de SM

chez les professionnels de première ligne, une étude quasi-expérimentale a utilisé le guide standardisé du Programme d'action sur les lacunes en SM de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour former ces professionnels sur certains TM, notamment les troubles psychotiques et les troubles liés à la consommation (ou dépendances) d'alcool (Ayano et al., 2017; World Health Organization (WHO), 2008). Les professionnels ayant participé à ce programme ont montré une amélioration significative en termes de détection et de traitement des patients ayant ces TM. Ainsi, notre étude préconise la formation des professionnels de la santé des différents milieux aux connaissances spécifiques et aux bonnes pratiques en matière de TM fréquemment rencontrés, ce qui pourrait contribuer à désengorger les urgences.

Aussi, le ministère de la Santé et des Services sociaux a conçu des répertoires en ligne des ressources en santé et services sociaux de chaque territoire, afin de pouvoir référer les patients aux ressources spécialisées appropriées (MSSS, 2019). Ces répertoires comprennent un registre spécifique à la dépendance qui fournit une liste détaillée des ressources publiques, privées et communautaires offrant des services de traitement ou d'hébergement aux patients concernés par la dépendance, de même que les services offerts par chacune de ces ressources. Ainsi, pour remédier au manque de connaissances des ressources en SM, il serait intéressant d'élargir ces répertoires pour y inclure des listes de ressources qui soutiennent les personnes ayant des TM autres que la dépendance. Il serait également pertinent de promouvoir le recours à ces répertoires lors d'une formation préparatoire sur les ressources disponibles en SM sur le territoire, avant l'entrée en fonction. Ceci pourrait contribuer à améliorer la qualité de l'orientation de ces patients ayant des TM, à éviter leur retour après leur sortie des services d'urgence, et ainsi à désengorger ces derniers.

De plus, notre étude permet de signaler l'importance de travail d'équipe pour pouvoir mieux desservir les grands utilisateurs des services d'urgences en SM. En effet, La littérature démontre

que le système de santé actuel est souvent centré sur les médecins plutôt que sur les équipes interdisciplinaires (Hébert, 2008). Cependant, une perspective d'équipe, permettant d'éviter le travail en silo et de valoriser le rôle de tous les professionnels de l'équipe soignante, est nécessaire pour améliorer la qualité des soins et mieux répondre aux besoins des patients (Fletcher, 2008). La littérature fait état de plusieurs interventions qui se sont avérées efficaces pour promouvoir un meilleur travail d'équipe (McEwan et al., 2017). Ces interventions comprennent : des formations pour les membres de l'équipe dans un environnement de type salle de classe sur l'importance du soutien social entre eux ou sur les moyens de gérer les conflits interprofessionnels (Cheater et al., 2005), des ateliers comprenant des discussions sur les objectifs communs de l'équipe (Aaron et al., 2014), et des simulations permettant aux membres d'acquérir diverses compétences en matière de travail d'équipe, telles que la communication inter personnelle et la coordination, dans un environnement imitant les tâches de l'équipe (mannequins de patients médicaux) (Banerjee et al., 2016; Beaubien & Baker, 2004). En outre, une bonne communication entre les différents membres de l'équipe a été associée dans la littérature à un meilleur travail d'équipe, à une meilleure coordination des soins et donc à une plus grande efficacité des soins. Parmi les méthodes les plus soutenues dans la littérature pour améliorer la qualité de la communication entre les membres de l'équipe figure le bon débriefing interprofessionnel (Poore et al., 2019; Rose et al., 2022). Cette méthode, qui facilite la discussion des actions et guide la réflexion, a montré qu'elle améliorerait l'efficacité des soins pour les patients atteints de troubles complexes (Servotte et al., 2020). L'American Heart Association (AHA) et le Conseil européen de réanimation (CER) l'ont déjà recommandé pour améliorer les résultats cliniques des patients (Kleinman et al., 2018; Monsieurs et al., 2015). Ainsi, il serait intéressant, comme l'ont suggéré d'autres études, de développer un programme de débriefing dans les services d'urgence, avec une formation des professionnels soignants sur ses lignes directrices et les mesures de son succès (Theophilos et al., 2009).

Enfin, notre étude permet de recommander la nécessité de travailler sur des stratégies de rétention du personnel. En effet, la rotation et l'instabilité du personnel affectent considérablement la continuité relationnelle entre le professionnel soignant et le patient, ainsi que le bon déroulement des services d'urgence (Burge et al., 2011; Duru & Hammoud, 2022). Définie comme la relation thérapeutique continue basée sur la confiance entre un patient et son prestataire, la continuité relationnelle a été largement associée dans la littérature à de meilleurs résultats pour les patients, notamment une réduction de l'utilisation des services d'urgence et du nombre d'admissions à l'hôpital (Alberta Medical Association, 2019; Burge et al., 2003; Chipidza et al., 2015). En réalité, au Canada, la surcharge de travail représente le principal problème pour de nombreux professionnels de la santé, en particulier pour le personnel infirmier (Berry & Curry, 2012). Et au Québec, les infirmières ont été forcées de travailler doubles quarts pour pallier l'engorgement des urgences et la pénurie du personnel (Shields, 2020). Une charge de travail excessive due à un ratio élevé infirmière/patient peut entraîner un stress professionnel considérable pour le personnel infirmier, les épuisant aussi bien émotionnellement que physiquement. Cela peut également affecter leur capacité à fournir des soins de qualité et à accorder une attention adéquate à chaque patient. Ainsi, une diminution du ratio infirmière/patient permettrait de réduire la charge de travail individuelle et d'influencer positivement leur désir de rester en poste dans leur affectation (Chan et al., 2010; Ramsey et al., 2018). Certaines études ont d'ailleurs montré que des conditions de travail plus gérables sont essentielles pour la satisfaction et la rétention du personnel infirmier (Berry & Curry, 2012; Djupedal et al., 2022; Ramsey et al., 2018).

5.2.3. Recherches futures

La présente étude représente une contribution importante à la compréhension du phénomène de la grande utilisation des services d'urgence en SM. À notre connaissance, il s'agit

de la première étude à explorer les facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité de ces services à répondre aux besoins de leurs grands utilisateurs en SM. Ainsi, elle pourrait servir de tremplin pour de futures études. En effet, d'autres recherches devraient explorer davantage les facteurs identifiés par cette étude et examiner leur impact sur l'efficacité de la réponse aux besoins de ces patients. D'autres méthodes pourraient être utilisées, notamment des méthodes mixtes, permettant de développer une vision plus holistique de ce phénomène. En outre, l'élargissement de l'échantillon permettra de renforcer la capacité de généralisation des résultats et aidera à mieux comprendre les variations potentielles entre différents établissements.

De plus, ces dernières années, la pandémie de Covid-19 a perturbé le fonctionnement des systèmes de santé au Canada et dans le monde entier (Daly et al., 2021; WHO, 2020). La littérature internationale indique que les problèmes qui existaient avant la pandémie ont été aggravés par les politiques gouvernementales qui donnent la priorité à la lutte contre la pandémie et la mobilisation des professionnels de la santé pour dépister et vacciner les patients qui ont contracté le Covid-19 (Ashcroft et al., 2021; Djupedal et al., 2022). En effet, le manque de ressources humaines s'est aggravé en raison de l'infection ou de la mise en quarantaine de professionnels (Rosenberg et al., 2020). Les ajustements continus dus à l'absence de professionnels infectés ainsi que les changements continus des lignes directrices en lien avec la COVID-19 ont rendu la gestion des services, notamment les services d'urgences, beaucoup plus complexe (Duden et al., 2022; Nair et al., 2021). L'accès aux ressources en SM et l'orientation de patients sont devenu plus limité qu'avant, et que les TM ont été exacerbés par l'isolement social (Duden et al., 2022). Certains groupes vulnérables, notamment les personnes en état d'itinérance et les personnes ayant des TM, seraient parmi les plus touchés par les effets de la pandémie de Covid-19 (Crouzet et al., 2022). Par ailleurs, plusieurs études ont révélé une diminution de l'adhérence au traitement chez ces personnes, ce qui peut les amener à revenir plus fréquemment aux urgences (Duden et al., 2022;

Honey et al., 2021). Or ces problèmes, correspondent déjà, selon les résultats de notre étude, à des entraves à l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins de ses grands utilisateurs en SM. Ainsi, il serait intéressant d'étudier dans le même contexte que notre étude l'effet de cette pandémie sur les patients grands utilisateurs des services d'urgence en SM et sur les facteurs qui peuvent influencer l'efficacité des services qu'ils reçoivent aux urgences.

De plus, pour faire face à la demande accrue de services de SM durant la pandémie de la Covid-19, certains services ont développé des stratégies et des méthodes pour gérer le grand nombre de patients (Ashcroft et al., 2021). En effet, certaines équipes de SM de première ligne ont mis en place des programmes de groupes virtuels portant sur divers sujets liés à la SM (Ashcroft et al., 2021). Il sera intéressant d'examiner de telles méthodes innovantes utilisées par ces équipes pour travailler avec les patients pendant cette période difficile, et d'examiner comment elles peuvent continuer à être utiles pour faciliter l'accès à ces services après la pandémie, ce qui pourrait contribuer à éviter le recours de ces patients aux services d'urgence pour répondre à leurs besoins en SM (Ashcroft et al., 2021).

5.3. Forces et limites de l'étude

5.3.1. Forces de l'étude

La principale force de cette recherche réside dans sa nature qualitative. En effet, peu d'études qualitatives ont été réalisées pour étudier ce phénomène de grande utilisation des services d'urgence en SM, et la majorité des études se sont basées sur des données provenant des banques clinico-administratives. Or, le devis qualitatif permet d'offrir une vision riche et une compréhension profonde d'un phénomène mal compris (Crowe et al., 2011). C'est surtout que le phénomène de la

grande utilisation des services d'urgence en SM est un problème complexe qui demeure présent en dépit de nombreuses recherches scientifiques effectuées sur ce sujet.

Aussi, le fait que nos résultats soient fondés sur la perspective des professionnels de la santé constitue un autre point fort de notre étude. En effet, peu d'études qualitatives traitant le phénomène de grande utilisation des services d'urgence en SM sont fondées sur la perspective de ces professionnels soignants. Or, ils sont bien placés pour comprendre les lacunes du système de santé, puisqu'ils les vivent au quotidien. Ils ont une connaissance approfondies sur les problèmes du système de santé et leur perspective permet de capturer une image complète et réaliste des enjeux auxquels les urgences sont confrontés (Choo et al., 2015). Ainsi, l'étude de leur perspective complète celle des patients et contribue considérablement à élargir notre compréhension du phénomène de grande utilisation des services d'urgence. De plus, les professionnels ayant participé à notre étude occupent différentes positions (gestionnaires et cliniciens) et proviennent de différents milieux (urgences, autres départements de l'hôpital et partenaires de l'urgence), ce qui confère une grande richesse aux données collectées et permet d'obtenir une perspective holistique.

5.3.2. Limites de l'étude

Il est important de mentionner que cette étude présente certaines limites, même si des efforts considérables ont été déployés pour en assurer la rigueur. Premièrement, dû à la restriction de temps, imposée par la nature du programme de formation de l'étudiant chercheur, cette étude s'est concentrée uniquement sur les données provenant d'un seul site, soit l'urgence d'un institut universitaire en SM dans un grand centre urbain du Québec. Ainsi, les résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les services d'urgence, tels que les services d'urgence généraux ou ceux situés dans des zones semi-urbaines ou rurales. En fait, les services d'urgence situés dans des zones semi-urbaines ou rurales peuvent faire face à des défis spécifiques tels que le moindre volume de

ressources spécialisés, et des défis reliés au transport vers les services de santé (Fleet et al., 2018; National Academies of Sciences et al., 2018).

Deuxièmement, notre étude n'a pas exploré les perspectives des patients des services d'urgence et de leurs proches. En effet, La perspective du patient a souvent été mise en avant dans la recherche sur l'amélioration de l'efficacité des soins (Kelley et al., 2015). Surtout que leur point de vue peut différer de celui des professionnels de la santé et qu'ils peuvent identifier des problèmes très spécifiques tels que la stigmatisation ou l'insatisfaction à l'égard des soins reçus.

Enfin, les facteurs facilitants et entravants identifiés dans notre étude ont des effets distincts sur l'efficacité des urgences à répondre aux besoins de cette clientèle, et ne peuvent pas être considérés comme tous équivalents. Il convient également de noter qu'ils ne sont pas nécessairement exclusifs, autrement dit que certains facteurs peuvent être à la fois facilitants et entravants, selon le point de vue des différents participants. En effet, une analyse plus approfondie de ceux-ci aurait pu apporter une vision plus riche et plus nuancée des résultats obtenus.

Chapitre 6 – Conclusion

Cette étude exploratoire visait à mieux comprendre le phénomène de la grande utilisation des services d'urgence en identifiant les facteurs qui facilitent ou entravent l'efficacité de ces services à répondre aux besoins de ces grands utilisateurs en SM. Elle a recouru à une méthode qualitative et s'est intéressée aux points de vue des professionnels soignants provenant de différents milieux de soins (urgences, autres départements de l'hôpital et partenaires de l'urgence).

L'analyse des données provenant de 20 participants (cliniciens et gestionnaires) a relevé plus d'entraves que de facteurs facilitants. Les entraves identifiées ont été principalement liées au système de santé (comme l'indisponibilité des services en SM et la complexité de la gestion des services à l'urgence), aux patients (comme certains profils cliniques problématiques) ainsi qu'aux caractéristiques professionnelles (comme les problèmes d'expertise en SM). Les facteurs facilitants étaient surtout liés aux caractéristiques organisationnelles, notamment les innovations implantées à l'urgence ou en partenariat avec l'urgence, pouvant contribuer à mieux répondre aux besoins de ces patients.

À notre connaissance, cette étude est la première à explorer les facteurs pouvant influencer l'efficacité des services d'urgence à répondre aux besoins de leurs grands utilisateurs en SM, et ce, en se basant sur la perspective des professionnels soignants. Cela ouvre la porte à d'autres recherches qui viseront à mieux comprendre le phénomène de grande utilisation de ces services ou à investiguer davantage, voir à démonter, la relation entre les facteurs que nous avons identifiés et la qualité de la réponse apportée aux besoins de ces patients.

Références bibliographiques

Aagaard, J., Aagaard, A., & Buus, N. (2014). Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room : A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), Art. 7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.002>

Aaron, J. R., McDowell, W. C., & Herdman, A. O. (2014). The Effects of a Team Charter on Student Team Behaviors. *Journal of Education for Business*, 89(2), 90-97. <https://doi.org/10.1080/08832323.2013.763753>

Adams, P., & Nielson, H. (2012). Evidence Based Practice : Decreasing Psychiatric Revisits to the Emergency Department. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(8), 536-543. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.687803>

Agomo, C. O. (2012). The role of community pharmacists in public health : A scoping review of the literature. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 3(1), 25-33. <https://doi.org/10.1111/j.1759-8893.2011.00074.x>

Alberta Medical Association. (2019). RELATIONAL CONTINUITY - Clinical Practice Guideline. <https://actt.albertadoctors.org/file/Relational-Continuity-CPG.pdf>

Alegría, M., NeMoyer, A., Falgas, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health : Where We Are and Where We Need to Go. *Current psychiatry reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>

Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daepfen, J.-B., Peytremann-Bridevaux, I., & Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments : A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), 41-52.e42. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.03.007>

Arfken, C. L., Zeman, L. L., Yeager, L., White, A., Mischel, E., & Amirsadri, A. (2004). Case-Control Study of Frequent Visitors to an Urban Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 55(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.3.295>

Armoon, B., Cao, Z., Grenier, G., Meng, X., & 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>

Artaud, L., Abdel-Baki, A., Nolin, M., & Rousseau, C. (2020). Adherence to Treatment in First Episode Psychosis : Acceptance, Refusal, or Ambivalent Process? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(3), 17-31. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-018>

Ashcroft, R., Donnelly, C., Dancey, M., Gill, S., Lam, S., Kourgiantakis, T., Adamson, K., Verrilli, D., Dolovich, L., Kirvan, A., Mehta, K., Sur, D., & Brown, J. B. (2021). Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic : A qualitative study. *BMC Family Practice*, 22(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01496-8>

Association québécoise des thérapeutes naturels (AQT). (2018, septembre 18). Les différents niveaux de soins au Québec (première ligne, deuxième ligne, ...). Association Professionnelle - Massothérapeutes, Naturothérapeutes et Naturopathes. <https://aqtn.ca/questions/association-quebec-aqtn-other-posts/les-differents-niveaux-de-soins-au-quebec/>

Aubry, T., Nelson, G., & Tsemberis, S. (2015). Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless : A Review of the Research and Findings From the At Home—Chez soi Demonstration Project. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(11), 467-474.

Augenstein, T., Schneider, A., Wehler, M., & 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>

Aupont, O., Doerfler, L., Connor, D. F., Stille, C., Tisminetzky, M., & McLaughlin, T. J. (2013). A collaborative care model to improve access to pediatric mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 40(4), 264-273. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0413-0>

Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Haile, K., Solomon, M., Yohannis, K., awoke, A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care : Evaluation of effect on knowledge,

attitude and practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 63. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0169-8>

Babiker, A., El Husseini, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F., & Al Zamil, F. (2014). Health care professional development : Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(2), 9-16.

Balasubramanian, S., Anand, A. K., Sawant, P. S., Rao, B. C., & Prasad, R. (2021). Managing mental health problems in a family and community setting : Reflections on the family physician approach and Re-imagining psychiatric education. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 1639-1643. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1236_20

Banerjee, A., Dreisbach, E., Smyres, C., Ence, T., Brennan, J., & 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>

Banerjee, A., Slagle, J. M., Mercaldo, N. D., Booker, R., Miller, A., France, D. J., Rawn, L., & Weinger, M. B. (2016). A simulation-based curriculum to introduce key teamwork principles to entering medical students. *BMC Medical Education*, 16, 295. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0808-9>

Barnes, T. R. E., Leeson, V. C., Paton, C., Costelloe, C., Simon, J., Kiss, N., Osborn, D., Killaspy, H., Craig, T. K. J., Lewis, S., Keown, P., Ismail, S., Crawford, M., Baldwin, D., Lewis, G., Geddes, J., Kumar, M., Pathak, R., & Taylor, S. (2016). Antidepressant Controlled Trial For Negative Symptoms In Schizophrenia (ACTIONS) : A double-blind, placebo-controlled, randomised clinical trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 20(29), 1-46. <https://doi.org/10.3310/hta20290>

Baron, A. N., Hemler, J. R., Sweeney, S. M., Tate Woodson, T., Cuthel, A., Crabtree, B. F., & Cohen, D. J. (2020). Effects of Practice Turnover on Primary Care Quality Improvement Implementation. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 35(1), 16-22. <https://doi.org/10.1177/1062860619844001>

Barratt, H., Rojas-García, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S., Thomas, J., Pilling, S., & 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>

Bartram, M., & Lurie, S. (2017). Closing the Mental Health Gap : The Long and Winding Road? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(2), 5-18. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-021>

Beaubien, J., & Baker, D. (2004). The use of simulation for training teamwork skills in health care : How low can you go? *Quality & safety in health care*, 13(Suppl 1), i51-i56.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009845>

Benzer, J. K., Beehler, S., Miller, C., Burgess, J. F., Sullivan, J. L., Mohr, D. C., Meterko, M., & 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*, 2012, e597157. <https://doi.org/10.1155/2012/597157>

Bernardin, F., Mignot, T., Schwan, R., & 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>

Berry, L., & Curry, P. (2012). Nursing Workload and Patient Care : Understanding the Value of Nurses, the Effects of Excessive Workload, and How Nurse-Patient Ratios and Dynamic Staffing Models Can Help. *The Canadian Federation of Nurses Unions*.

Birmingham, L. E., Cochran, T., Frey, J. A., Stiffler, K. A., & 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>

Blind, F., Melton, J., Karp, J., Oldano, K., Homa, K., Blanco, A., Leoni, R., & Pazanese, A. (2022). Evaluation of the use of individualized patient care plans in frequent emergency department visitors with pain complaints. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00440-6>

Bloch, G., & Rozmovits, L. (2022). Mise en œuvre d'interventions sociales en soins de santé primaires. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 194(1), E26-E33. <https://doi.org/10.1503/cmaj.210229-f>

Bodenmann, P., Kasztura, M., Graells, M., Schmutz, E., Chastonay, O., Canepa-Allen, M., Moullin, J., von Allmen, M., Lemoine, M., Hugli, O., Daeppen, J.-B., & 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>

Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. *Health Services Research*, 42(4), 1758-1772. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x>

Breslau, J., Leckman-Westin, E., Han, B., Pritam, R., Guarasi, D., Horvitz-Lennon, M., Scharf, D., Finnerty, M., & Yu, H. (2018). Impact of a mental health based primary care program on emergency department visits and inpatient stays. *General hospital psychiatry*, 52, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.008>

Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J.-L. (2009). Integrating Public Health into Local Healthcare Governance in Quebec: Challenges in Combining Population and Organization Perspectives. *Healthcare Policy*, 4(3), e159-e178.

Breton, M., Ricard, J., & Walter, N. (2012). Les guichets d'accès aux clientèles sans médecin de famille. *Canadian Family Physician*, 58(9), 923-924.

Buhumaid, R., Riley, J., Sattarian, M., Bregman, B., & Blanchard, J. (2015). Characteristics of Frequent Users of the Emergency Department with Psychiatric Conditions. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0079>

Burge, F., Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Lévesque, J.-F., Beaulieu, C., & Santor, D. A. (2011). Relational Continuity from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*, 7(Spec Issue), 124-138.

Burge, F., Lawson, B., & Johnston, G. (2003). Family physician continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care. *Medical Care*, 41(8), 992-1001. <https://doi.org/10.1097/00005650-200308000-00012>

Canada population. (2022). Quebec Population 2022. <https://www.canadapopulation.net/quebec-population/>

Canadian Institute for Health Information. (2020). Hospital spending : Focus on the emergency department. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hospital-spending-highlights-2020-en.pdf>

Canadian Institute for Health Information. (2022). NACRS emergency department visits and lengths of stay. <https://www.cihi.ca/en/nacrs-emergency-department-visits-and-lengths-of-stay>

Canadian Life and Health Insurance association (CLHIA). (2018). Canadian Life and Health Insurance Facts, 2018 Edition. CLHIA. https://www.clhia.ca/web/clhia_lp4w_lnd_webstation.nsf/page/1B00C9E89A243EE08525846C0047B7FA

Case Management Society of America. (2021). What Is A Case Manager? <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>

Caulfield, A., Vatansever, D., Lambert, G., & Van Bortel, T. (2019). WHO guidance on mental health training : A systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open*, 9(1), e024059. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024059>

Chan, T. C., Killeen, J. P., Vilke, G. M., Marshall, J. B., & Castillo, E. M. (2010). Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 17(5), 545-552. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00727.x>

Cheater, F. M., Hearnshaw, H., Baker, R., & Keane, M. (2005). Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 779-791. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.11.002>

Chen, A., Fielding, S., Hu, X. J., McLane, P., McRae, A., Ospina, M., & Rosychuk, R. J. (2020). Frequent users of emergency departments and patient flow in Alberta and Ontario, Canada : An administrative data study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 938. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05774-6>

Chen, A., Ospina, M., McRae, A., McLane, P., Hu, X. J., Fielding, S., & 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., & 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>

Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 17(5), 10.4088/PCC.15f01840. <https://doi.org/10.4088/PCC.15f01840>

Chiu, Y. M., Vanasse, A., Courteau, J., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Elazhary, N., Dufour, I., & Hudon, C. (2020). Persistent frequent emergency department users with chronic conditions : A population-based cohort study. *PLOS ONE*, 15(2), e0229022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229022>

Choo, E. K., Garro, A. C., Ranney, M. L., Meisel, Z. F., & 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>

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2023, juillet 17). CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal | Mission. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. <https://www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/notre-ciusss/mission/>

CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal. (2022, mars 24). CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal | Vision and Strategic Objectives. CIUSSS Du Centre-Ouest de l'Île de Montréal. <https://www.ciuSSWestcentral.ca/programs-and-services/mental-health-and-addictions/who-we-are/vision-and-strategic-objectives/>

Cl, M., T, O., S, M., B, B., J, L., & L, K. (2017). Defining « high-frequency » emergency department use : Does one size fit all for urban and rural areas? *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 63(9), Art. 9.

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>

Clarke, D. E., Brown, A.-M., Hughes, L., & Motluk, L. (2006). Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. *Accident and Emergency Nursing*, 14(4), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.08.005>

Cobb, C. D. (2014). Optimizing medication use with a pharmacist-provided comprehensive medication management service for patients with psychiatric disorders. *Pharmacotherapy*, 34(12), 1336-1340. <https://doi.org/10.1002/phar.1503>

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2012). RAPPORT D'APPRÉCIATION de la PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2012 : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2017). Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec. 88.

Couturier, Y., Wankah, P., Lanneville, D., Diallo, I., & Belzile, L. (2020). Transition démographique en cours, transitions professionnelles et organisationnelles à accomplir : Le cas du Québec. *Pensée plurielle*, 52(2), 67-76. <https://doi.org/10.3917/pp.052.0067>

Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51(6 Suppl 1), 7S-72S.

Creswell, J. W. (2009). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 3rd ed (p. xxix, 260). Sage Publications, Inc.

Creswell, J. W., & Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches* (3rd ed). SAGE Publications.

Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., & Battersby, M. (2016). *NewAccess for depression and anxiety : Adapting the UK Improving Access to Psychological Therapies Program*

across Australia. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 24(5), 489-492. <https://doi.org/10.1177/1039856216641310>

Crouzet, L., Scarlett, H., Colleville, A.-C., Pourtau, L., Melchior, M., & Ducarroz, S. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on vulnerable groups, including homeless persons and migrants, in France: A qualitative study. *Preventive Medicine Reports*, 26, 101727. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101727>

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>

Cuong Pham, J., D. Bayram, J., & K. Moss, D. (2017). Characteristics of Frequent Users of Three Hospital Emergency Departments. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/emergency-dept/frequent-use.html>

Daly, Z., Slemon, A., Richardson, C. G., Salway, T., McAuliffe, C., Gadermann, A. M., Thomson, K. C., Hirani, S., & Jenkins, E. K. (2021). Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health in Canada. *Psychiatry Research*, 295, 113631. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113631>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & 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>

Deferio, J. J., Breitinger, S., Khullar, D., Sheth, A., & Pathak, J. (2019). Social determinants of health in mental health care and research : A case for greater inclusion. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 26(8-9), 895-899. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz049>

Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C., & 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>

Dinh, M. M., Bein, K. J., Latt, M., Chalkley, D., & Muscatello, D. (2015). Age before acuity : The drivers of demand for emergency department services in the Greater Sydney Area. *Emergency Medicine Journal*, 32(9), 708-711. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-204174>

- Djupedal, I. L. R., Pallesen, S., Harris, A., Waage, S., Bjorvatn, B., & Vedaa, Ø. (2022). Changes in the Work Schedule of Nurses Related to the COVID-19 Pandemic and Its Relationship with Sleep and Turnover Intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8682. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148682>
- Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R.-A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent users of emergency departments : Developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Annals of Emergency Medicine*, 60(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11.036>
- Duden, G. S., Gersdorf, S., & Stengler, K. (2022). Global impact of the COVID-19 pandemic on mental health services : A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 354-377. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.08.013>
- Dufour, I., Chouinard, M.-C., Dubuc, N., Beaudin, J., Lafontaine, S., & Hudon, C. (2019). Factors associated with frequent use of emergency-department services in a geriatric population : A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19, 185. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1197-9>
- Duru, D. C., & Hammoud, M. S. (2022). Identifying effective retention strategies for front-line nurses. *Nursing Management (Harrow, London, England: 1994)*, 29(1), 17-24. <https://doi.org/10.7748/nm.2021.e1971>
- Erismann, S., Pesantes, M. A., Beran, D., Leuenberger, A., Farnham, A., Berger Gonzalez de White, M., Labhardt, N. D., Tediosi, F., Akweongo, P., Kuwawenaruwa, A., Zinsstag, J., Brugger, F., Somerville, C., Wyss, K., & Prytherch, H. (2021). How to bring research evidence into policy? Synthesizing strategies of five research projects in low-and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00646-1>
- Ferrada-Videla, M. (2019). Étude descriptive qualitative de l'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers visant la qualité des soins des établissements de santé en réforme au Québec. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23598>
- Fertel, B. S., Podolsky, S. R., Mark, J., Muir, M. R., Ladd, M. E., & Smalley, C. M. (2019). Impact of an individual plan of care for frequent and high utilizers in a large healthcare system. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(11), 2039-2042. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.02.032>

- Fiorillo, A. (2018). The complexity of vulnerability to psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), 138-139. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000690>
- Fleet, R., Turgeon-Pelchat, C., Tounkara, F. K., Trottier, J.-G., Ouellet, J., Lapointe, L., Renaud, M.-P., & Fortin, J.-P. (2018). Organisation des services dans une urgence rurale éloignée : Réflexions autour du cas de Fermont, Québec. *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada*, 23(4), 106-112.
- Fletcher, S. W. (2008). Chairman's summary of the conference. Continuing education in the health professions : Improving healthcare through lifelong learning. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(3), 112-118. <https://doi.org/10.3928/00220124-20080301-09>
- Fleury, M.-J. (2005). Quebec mental health services networks : Models and implementation. *International Journal of Integrated Care*, 5, e07.
- Fleury, M.-J., & Acef, S. (2013). Réformes du système de santé mentale. Tendances internationales et perspectives Québec-France. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 17-41. <https://doi.org/10.7202/1019184ar>
- Fleury, M.-J., Bamvita, J.-M., Farand, L., Aubé, D., Fournier, L., & Lesage, A. (2012). GP group profiles and involvement in mental health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 396-403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01597.x>
- Fleury, M.-J., Farand, L., Aubé, D., & Imboua, A. (2012). La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Canadian Family Physician*, 58(12), e725-e731.
- Fleury, M.-J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huÿnh, C., Pelletier, É., & Vasiliadis, H.-M. (2019). 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. (2012). ÉTAT DE SITUATION SUR LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC ET RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. Le Commissaire à la santé et au bien-être. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., Farand, L., & Chiocchio, F. (2018). [Evaluation of the Mental Health Action Plan (2005-2015): Integration and Performance of Service Networks]. *Sante Mentale Au Quebec*, 43(1), 15-38.

Fleury, M.-J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019). 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., & 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., Grenier, G., Vallée, C., Aubé, D., Farand, L., Bamvita, J.-M., & Cyr, G. (2016). Implementation of the Quebec mental health reform (2005–2015). *BMC Health Services Research*, 16(1), 586. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1832-5>

Fleury, M.-J., Huynh, C., Lesage, A., Vasiliadis, H., Apparico, P., Farand, L., & Ferland, F. (2015). Profils des utilisateurs des urgences avec troubles mentaux et impact des réformes sur l'urgence : Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS).

Fleury, M.-J., Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Meng, X., Huynh, L., Franad, L., & Ferland, F. (2020). CIHR, Project grant proposal: Grands utilisateurs de l'urgence en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services. https://webapps.cihr-irsc.gc.ca/decisions/p/project_details.html?applId=408295&lang=en

Fleury, M.-J., Perreault, M., Grenier, G., Imboua, A., & Brochu, S. (2016). Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), Art. 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.2457>

Fleury, M.-J., Proulx, R., Hachimi-Idrissi, N., Israel, M., Cloutier, C., & 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., & Lesage, A. (2019). 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., & 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., Grenier, G., Cao, Z., & Fleury, M.-J. (2020). Implementation of three innovative interventions in a psychiatric emergency department aimed at improving service use : A mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05708-2>

Gask, L., & Coventry, P. (2012). Person-centred mental health care : The challenge of implementation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(2), 139-144. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000078>

Gaulin, D. (2018). Doubles stigmates : Au croisement de la judiciarisation et de la folie. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20355>

Gaynes, B. N., Brown, C., Lux, L. J., Ashok, M., Coker-Schwimmer, E., Hoffman, V., Sheitman, B., & Viswanathan, M. (2015). Management Strategies To Reduce Psychiatric Readmissions. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294451/>

Gélinas, D. (2010). Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec. *Vie sociale*, 1(1), 129-150. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0129>

Gentil, L., Grenier, G., Meng, X., & Fleury, M.-J. (2021). Impact of Co-occurring Mental Disorders and Chronic Physical Illnesses on Frequency of Emergency Department Use and Hospitalization for Mental Health Reasons. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 735005. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.735005>

Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H.-M., Huynh, C., & 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>

Giroux, C. (2015). Consolider les soins en santé mentale au Québec : Le plan d'action en santé mentale 2005-2010. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, 3. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v3i2.2474>

Glisson, C., Schoenwald, S. K., Kelleher, K., Landsverk, J., Hoagwood, K. E., Mayberg, S., Green, P., & Research Network on Youth Mental Health. (2008). Therapist turnover and new program sustainability in mental health clinics as a function of organizational culture, climate, and service structure. *Administration and Policy in Mental Health*, 35(1-2), 124-133. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0152-9>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & 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>

Gutkin, C. (2011). Temps d'attente inacceptables à l'urgence. *Canadian Family Physician*, 57(2), 255.

Guttmann, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J., & Stukel, T. A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department : Population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342, d2983. <https://doi.org/10.1136/bmj.d2983>

Hacimusalar, Y., Misir, E., Civan Kahve, A., Demir Hacimusalar, G., Alperen Guclu, M., & 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., & 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., & 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., & 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>

- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J., & Kogan, M. (2003). The utilisation of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-1-2>
- Hardy, M., Jackson, C., & 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. (2016a). Under Pressure | Emergency Department Performance in Ontario. <http://underpressure.hqontario.ca/>
- Health Quality Ontario. (2016b). Under Pressure—Emergency Department Performance in Ontario. <http://underpressure.hqontario.ca/>
- Heath, C., & Staudenmayer, N. (2000). Coordination Neglect: How Lay Theories of Organizing Complicate Coordination in Organizations. *Research in Organizational Behavior*, 22, 153-191. [https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(00\)22005-4](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(00)22005-4)
- Hébert, P. (2008). Le besoin d'un Institut de l'éducation continue en santé. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 178(7), 809-810. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080354>
- Heng, K. W. (2014). Teaching and evaluating multitasking ability in emergency medicine residents—What is the best practice? *International Journal of Emergency Medicine*, 7, 41. <https://doi.org/10.1186/s12245-014-0041-4>
- Honey, A., Waks, S., Hines, M., Glover, H., Hancock, N., Hamilton, D., & Smith-Merry, J. (2021). COVID-19 and Psychosocial Support Services: Experiences of People Living with Enduring Mental Health Conditions. *Community Mental Health Journal*, 57(7), 1255-1266. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00871-0>
- Hossain, L. N., Fernandez-Llimos, F., Lockett, T., Moullin, J. C., Durks, D., Franco-Trigo, L., Benrimoj, S. I., & Sabater-Hernández, D. (2017). Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services: Perspectives of patients, nurses and general medical practitioners. *BMJ Open*, 7(9), Art. 9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015471>

- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Lambert, M., Diadiou, F., Bouliane, D., & Beaudin, J. (2017). Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services : A thematic analysis review. *BMJ Open*, 7(10), e017762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017762>
- Hudon, C., Courteau, J., Krieg, C., & Vanasse, A. (2017). Factors associated with chronic frequent emergency department utilization in a population with diabetes living in metropolitan areas : A population-based retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 525. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2453-3>
- Hunt, K. A., Weber, E. J., Showstack, J. A., Colby, D. C., & Callahan, M. L. (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 48(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.12.030>
- Hutchison, B. (2007). Disparité dans l'accès aux soins de santé et dans leur utilisation : Encore du bla-bla. *Healthcare Policy*, 3(2), 14-18.
- INESSS. (2017). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2012). Portrait statistique uête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012; Portrait chiffré (Institut de la statistique du Québec).
- Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. (2023). Programme québécois pour les troubles mentaux. Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. <https://pinel.qc.ca/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>
- 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.
- Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Escobar-Doran, C., Mulvale, G., & Yim, R. (2010). The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada. Institute of health Economics, Alberta.
- Jiang, H. J., Weiss, A. J., & Barrett, M. L. (2006). Characteristics of Emergency Department Visits for Super-Utilizers by Payer, 2014 : Statistical Brief #221. Dans *Healthcare Cost and Utilization*

Project (HCUP) Statistical Briefs. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442038/>

Kahan, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Hwang, S. W., Wasylenki, D. A., Kurdyak, P., Wise Harris, D., Gozdzik, A., & 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>

Karaca, Z., Wong, H. S., & Mutter, R. L. (2012). Duration of patients' visits to the hospital emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 12, 15. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-12-15>

Karazivan, P., Leclaire, M., & 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>

Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., Isomura, T., Craven, M., Gervais, M., & Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada : A shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 56, 1-10.

Kelley, M., James, C., Alessi, S., Korngiebel, D., Wijangco, I., Rosenthal, E., Joffe, S., Cho, M. K., Wilfond, B., & Lee, S. S.-J. (2015). Patient Perspectives on the Learning Health System : The Importance of Trust and Shared Decision Making. *The American journal of bioethics : AJOB*, 15(9), 4-17. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1062163>

Kerman, N., Aubry, T., Adair, C. E., Distasio, J., Latimer, E., Somers, J., & 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., & 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>

- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080. <https://doi.org/10.2307/259164>
- Kleinman, M. E., Goldberger, Z. D., Rea, T., Swor, R. A., Bobrow, B. J., Brennan, E. E., Terry, M., Hemphill, R., Gazmuri, R. J., Hazinski, M. F., & Travers, A. H. (2018). 2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 137(1), e7-e13. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000539>
- Knifton, L., & Inglis, G. (2020). Poverty and mental health: Policy, practice and research implications. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 193-196. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.78>
- Knight, D. K., Becan, J. E., & Flynn, P. M. (2013). The Impact of Staff Turnover on Workplace Demands and Coworker Relationships. *Counselor (Deerfield Beach, Fla.)*, 14(3), 20-23.
- Kowal, J., Swenson, J. R., Aubry, T. D., Marchand, H. D., & Macphee, C. (2011). Improving access to acute mental health services in a general hospital. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(1), 5-14. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492415>
- Kozłowska, O., Lumb, A., Tan, G. D., & 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>
- Krass, M., & Aichele, J. (2016). Soins aux patients souffrant de graves maladies mentales par des médecins de famille. *Canadian Family Physician*, 62(12), 969-971.
- Krieg, C., Hudon, C., Chouinard, M.-C., & Dufour, I. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 16(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1852-1>
- Kromka, W., & Simpson, S. (2019). A Narrative Review of Predictors of Adult Mental Health Emergency Department Return Visits and Interventions to Reduce Repeated Use. *The Journal of Emergency Medicine*, 57(5), 671-682. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.08.005>

LaCalle, E., & Rabin, E. (2010). Frequent users of emergency departments : The myths, the data, and the policy implications. *Annals of Emergency Medicine*, 56(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032>

Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems--an international review : An overview. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 14 Suppl 6, 3-9. https://doi.org/10.1093/ndt/14.suppl_6.3

Lang, J. J., Alam, S., Cahill, L. E., Drucker, A. M., Gotay, C., Kayibanda, J. F., Kozloff, N., Mate, K. K. V., Patten, S. B., & Orpana, H. M. (2018). Global Burden of Disease Study trends for Canada from 1990 to 2016. *CMAJ*, 190(44), E1296-E1304. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180698>

Larrieta, J., Miguel Esponda, G., Gandhi, Y., Simpson, N., Biriotti, M., Kydd, A., Eaton, J., & Ryan, G. K. (2022). Supporting community-based mental health initiatives : Insights from a multi-country programme and recommendations for funders. *BMJ Global Health*, 7(5), e008906. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008906>

Latimer, E., & Rabouin, D. (2011). Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : Que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales ? *Santé mentale au Québec*, 36(1), 13-34. <https://doi.org/10.7202/1005812ar>

Latimer, E., Rabouin, D., Métho, C., McAll, C., Ly, A., Dorvi, H., Crocker, A., Roy, L., Poremski, D., Bonin, J.-P., Fleury, M.-J., & Braithwaite, E. (2014). *Projet Chez Soi – Rapport final du site de Montréal*. <https://commissionsantementale.ca/resource/rapport-final-du-projet-pancanadien-chez-soi/>

Lee, W.-L., Chen, W.-T., Hsiao, F.-H., Huang, C.-H., & Huang, L.-Y. (2022). Characteristics and Resource Utilization Associated with Frequent Users of Emergency Departments. *Emergency Medicine International*, 2022, 8064011. <https://doi.org/10.1155/2022/8064011>

Lemieux, V. (2003). *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*. Presses Université Laval.

Levinson, W., & Wong, B. M. (2021). Conjuguer développement professionnel continu et amélioration de la qualité. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 193(29), E1151-E1153. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202797-f>

- Lew, K. H., Chang, E. Y., Rajagopalan, K., & Knoth, R. L. (2006). The effect of medication adherence on health care utilization in bipolar disorder. *Managed Care Interface*, 19(9), 41-46.
- Li, G., Lau, J. T., McCarthy, M. L., Schull, M. J., Vermeulen, M., & Kelen, G. D. (2007). Emergency Department Utilization in the United States and Ontario, Canada. *Academic Emergency Medicine*, 14(6), 582-584. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.02.030>
- Lim, K.-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Lincoln, A. K., Wallace, L., Kaminski, M. S., Lindeman, K., Aulier, L., & Delman, J. (2016). Developing a Community-Based Participatory Research Approach to Understanding of the Repeat Use of Psychiatric Emergency Services. *Community Mental Health Journal*, 52(8), Art. 8. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-9989-2>
- Lintzeris, N., Deacon, R. M., Shanahan, M., Clarke, J., MacFarlane, S., Leung, S., Schulz, M., Jackson, A., Khamoudes, D., Gordon, D. E. A., & 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., & Delwo, J. (2015). La psychiatrie d'urgence : Formation et pratique clinique. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(7), Art. 7.
- MacCarthy, D., Weinerman, R., Kallstrom, L., Kadlec, H., Hollander, M. J., & Patten, S. (2013). Mental Health Practice and Attitudes of Family Physicians Can Be Changed! *The Permanente Journal*, 17(3), 14-17. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-033>
- MacDonald, K., Laporte, L., Desrosiers, L., & Iyer, S. N. (2022). Emergency Department Use for Mental Health Problems by Youth in Child Welfare Services. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Academie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent*, 31(4), 202-213.
- Mahomed, F. (2020). Addressing the Problem of Severe Underinvestment in Mental Health and Well-Being from a Human Rights Perspective. *Health and Human Rights*, 22(1), 35-49.

- Malebranche, M., Grazioli, V. S., Kasztura, M., Hudon, C., & Bodenmann, P. (2021). Case management for frequent emergency department users : No longer a question of if but when, where and how. *Cjem*, 23(1), 12-14. <https://doi.org/10.1007/s43678-020-00024-4>
- 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.
- Marleau, I. (2019). L'évaluation des troubles mentaux. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/l-evaluation-des-troubles-mentaux>
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system : Achieving its potential. *Lancet* (London, England), 391(10131), 1718-1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- Matsumoto, C.-L., O'Driscoll, T., Lawrance, J., Jakubow, A., Madden, S., & Kelly, L. (2017). A 5 year retrospective study of emergency department use in Northwest Ontario : A measure of mental health and addictions needs. *CJEM*, 19(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1017/cem.2016.387>
- McEwan, D., Ruissen, G. R., Eys, M. A., Zumbo, B. D., & Beauchamp, M. R. (2017). The Effectiveness of Teamwork Training on Teamwork Behaviors and Team Performance : A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventions. *PLOS ONE*, 12(1), e0169604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169604>
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Mallon, W. K., Hernandez, C., & Morley, E. J. (2019). Emergency department and hospital crowding : Causes, consequences, and cures. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 6(3), 189-195. <https://doi.org/10.15441/ceem.18.022>
- McKetin, R., Degenhardt, L., Shanahan, M., Baker, A. L., Lee, N. K., & Lubman, D. I. (2018). Health service utilisation attributable to methamphetamine use in Australia : Patterns, predictors and national impact. *Drug and Alcohol Review*, 37(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1111/dar.12518>
- Meneghin, L. (2017, mars 27). Comment Prendre De Meilleures Décisions ? Forbes France. <https://www.forbes.fr/management/comment-prendre-de-meilleures-decisions/>

Michas, F. (2022). Hospital expenditure share used by emergency departments Canada 2005-2021. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1194650/share-of-hospital-expenditure-used-by-emergency-services-in-canada/>

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.

Mitchell, M. S., León, C. L. K., Byrne, T. H., Lin, W.-C., & Bharel, M. (2017). Cost of health care utilization among homeless frequent emergency department users. *Psychological Services*, 14(2), 193-202. <https://doi.org/10.1037/ser0000113>

Moe, J., O'Sullivan, F., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Grafstein, E., Hohl, C. M., Trimble, J., & McGrail, K. M. (2021a). 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., O'Sullivan, F., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Grafstein, E., Hohl, C. M., Trimble, J., & McGrail, K. M. (2021b). Identifying subgroups and risk among frequent emergency department users in British Columbia. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 2(1), e12346. <https://doi.org/10.1002/emp2.12346>

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., & 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>

Mold, F., Cooke, D., Ip, A., Roy, P., Denton, S., & Armes, J. (2021). COVID-19 and beyond : Virtual consultations in primary care—reflecting on the evidence base for implementation and ensuring reach: commentary article. *BMJ Health & Care Informatics*, 28(1), e100256. <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2020-100256>

Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., Perkins, G. D., Soar, J., Truhlář, A., Wyllie, J., Zideman, D. A., & ERC Guidelines 2015 Writing Group. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 : Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1-80. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>

- Morandi, S., Silva, B., Golay, P., & Bonsack, C. (2017). Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders : An observational study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12, 26. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>
- Morganti, K. G., Bauhoff, S., Blanchard, J. C., Abir, M., Iyer, N., Smith, A., Vesely, J. V., Okeke, E. N., & Kellermann, A. L. (2013). The Evolving Role of Emergency Departments in the United States. *Rand Health Quarterly*, 3(2), 3.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & 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>
- Moroz, N., Moroz, I., & D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada : Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden*.
- Moschetti, K., Iglesias, K., Baggio, S., Velonaki, V., Hugli, O., Burnand, B., Daeppen, J.-B., Wasserfallen, J.-B., & 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. (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf
- MSSS. (2010). Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-722-01.pdf>
- MSSS. (2015a). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-938/>
- MSSS. (2015b). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>

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. (2022a). 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. (2000). Guide de gestion de l'unité d'urgence—Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000601/?&date=DESC& sujet=urgences&critere=sujet>

MSSS. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010—La force des liens. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>

MSSS. (2015c). Structure du réseau—Portrait organisationnel du réseau—Santé et Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/>

MSSS. (2019). Répertoires—Santé et Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/repertoires/>

MSSS. (2020). Programme québécois pour les troubles mentaux : Des autosoins 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/>

MSSS. (2022b). Mission de l'urgence—Orientations et organisation du réseau—Professionnels de la santé—MSSS. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-orientations-et-organisation-du-reseau/>

MSSS. (2022c). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026—S'unir pour un mieux-être collectif. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

MSSS. (2022d). Soutien d'intensité variable (programme en santé mentale). Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/soutien-intensite-variable>

MSSS. (2022e). Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU)—Ressources de l'information, des technologies et des installations—Professionnels de la santé—MSSS.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-information-technologies-et-installations/systeme-information-gestion-des-urgences/#tableau-debord>

Nair, S., Kannan, P., Mehta, K., Raju, A., Mathew, J., & Ramachandran, P. (2021). The COVID-19 pandemic and its impact on mental health services : The provider perspective. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 43(Supplement_2), ii51-ii56. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab163>

National Academies of Sciences, E., Division, H. and M., Practice, B. on P. H. and P. H., Equity, R. on the P. of H., & Improvement, R. on P. H. (2018). Potential Challenges and Opportunities in Rural Communities. Dans *Achieving Rural Health Equity and Well-Being : Proceedings of a Workshop*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531871/>

National Guideline Centre (UK). (2018). *Emergency and acute medical care in over 16s : Service delivery and organisation*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564911/>

Navas, C., Wells, L., Bartels, S. A., & 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., & 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., & 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>

O’Cathain, A., Connell, J., Long, J., & Coster, J. (2020). ‘Clinically unnecessary’ use of emergency and urgent care : A realist review of patients’ decision making. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 23(1), 19-40. <https://doi.org/10.1111/hex.12995>

Ondler, C., Hegde, G. G., & Carlson, J. N. (2014). Resource utilization and health care charges associated with the most frequent ED users. *The American Journal of Emergency Medicine*, 32(10), 1215-1219. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.07.013>

Penzenstadler, L., Gentil, L., Huynh, C., Grenier, G., & Fleury, M.-J. (2020). Variables associated with low, moderate and high emergency department use among patients with substance-related disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 207, 107817. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107817>

Pépin, M.-É., Guillette, M., Belzile, L., & Couturier, Y. (2021). Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces. *Intervention*.

Petrik, M. L., Gutierrez, P. M., Berlin, J. S., & Saunders, S. M. (2015). Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments : A qualitative study of provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 37(6), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.018>

Phillips, G. A., Brophy, D. S., Weiland, T. J., Chenhall, A. J., & Dent, A. W. (2006). The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 184(12), 602-606. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00412.x>

Pillow, M. T., Doctor, S., Brown, S., Carter, K., & Mulliken, R. (2013). An Emergency Department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(4), 853-860. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.020>

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>

Plant, L. D., & White, J. H. (2013). Emergency Room Psychiatric Services : A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 240-248. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.718045>

Poore, J. A., Dawson, J. C., Dunbar, D.-M., & Parrish, K. (2019). Debriefing Interprofessionally : A Tool for Recognition and Reflection. *Nurse Educator*, 44(1), 25-28. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000518>

Pope, D., Fernandes, C. M., Bouthillette, F., & 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., Kunjithapatham, G., Koh, D., Lim, X. Y., Alexander, M., & Lee, C. (2017). Lost Keys : Understanding Service Providers' Impressions of Frequent Visitors to Psychiatric Emergency Services in Singapore. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 68(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600165>

Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D., & 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>

Ramsey, Z., Palter, J. S., Hardwick, J., Moskoff, J., Christian, E. L., & Bailitz, J. (2018). Decreased Nursing Staffing Adversely Affects Emergency Department Throughput Metrics. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(3), 496-500. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.1.36327>

Réseau local d'intégration des soins de santé de Toronto Centre. (2012). Fact sheet : High-needs populations.

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>

Roberge, D., Pineault, R., Larouche, D., & Poirier, L.-R. (2010). The Continuing Saga of Emergency Room Overcrowding : Are We Aiming at the Right Target? *Healthcare Policy*, 5(3), 27-39.

Rose, S. C., Ashari, N. A., Davies, J. M., Solis, L., & O'Neill, T. A. (2022). Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *CJEM*, 24(7), 695-701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & 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>

Rosenberg, S., Mendoza, J., Tabatabaei-Jafari, H., & Salvador-Carulla, L. (2020). International experiences of the active period of COVID-19—Mental health care. *Health Policy and Technology*, 9(4), 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.016>

Rothman, A. A., & Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management : What is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 256-261. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00034>

Saini, P., McIntyre, J., Corcoran, R., Daras, K., Giebel, C., Fuller, E., Shelton, J., Wilson, T., Comerford, T., Nathan, R., & 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., & 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>

Sawadogo, H. P. (2021). L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>

Schmidt, M., Garmy, P., Stjernswärd, S., & Janlöv, A.-C. (2020). Professionals' Perspective on Needs of Persons Who Frequently Use Psychiatric Emergency Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(3), 182-193. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1663565>

Servotte, J.-C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Ghuysen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in Simulation*, 5, 32. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00150-0>

Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health : Literature Review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e15572. <https://doi.org/10.2196/15572>

Shields, B. (2020, janvier 10). Nurses forced to work double shifts as emergency rooms overflow. Montreal. <https://montreal.ctvnews.ca/nurses-forced-to-work-double-shifts-as-emergency-rooms-overflow-1.4762675>

Shim, R. S., Druss, B. G., Zhang, S., Kim, G., Oderinde, A., Shoyinka, S., & 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>

Shumway, M., Boccellari, A., O'Brien, K., & Okin, R. L. (2008). Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users : Results of a randomized trial. *The American Journal of Emergency Medicine*, 26(2), 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.04.021>

Silveira, J., Rockman, P., Fulford, C., & Hunter, J. (2016). Évaluer les risques dans le cas de troubles mentaux indifférenciés. *Canadian Family Physician*, 62(12), 983-990.

Slankamenac, K., Heidelberger, R., & 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/fpsyt.2020.00048>

Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2015). Reducing frequent visits to the emergency department : A systematic review of interventions. *PloS One*, 10(4), e0123660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123660>

Sørup, C. M., Jacobsen, P., & Forberg, J. L. (2013). Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21, 62. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-62>

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications. <http://books.google.com/books?id=sIMOAQAAMAAJ>

Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. Dans *The Sage handbook of qualitative research*, 3rd ed (p. 443-466). Sage Publications Ltd.

St-Antoine, D. (2022). Accès aux soins en santé mentale Un portrait québécois alarmant. <https://psychotherapeutesquebec.ca/wp-content/uploads/2022/06/Acce%CC%80s-aux-soins-en-sante%CC%81-mentale-Rapport-annuel-2022-MQRP-1.pdf>

Steinberg, R., Markoulakis, R., & Wang, K. (2022). Facilitating Community Support Linkages for Frequent Emergency Department Users : The ENCOMPASS-ED Project. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 41(1), 107-111. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2022-005>

- Stelmach, R., Kocher, E. L., Kataria, I., Jackson-Morris, A. M., Saxena, S., & Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide : A modelling study. *BMJ Global Health*, 7(6), e007759. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759>
- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Cohen, A., Guimond, T., Hwang, S. W., Kurdyak, P., Leszcz, M., & Wasylenki, D. (2017). The effect of brief case management on emergency department use of frequent users in mental health : Findings of a randomized controlled trial. *PloS One*, 12(8), Art. 8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182157>
- Stone, C., Rosella, L., & 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.
- Su, J.-A., Tsai, C.-S., Hung, T.-H., & Chou, S.-Y. (2011). Change in accuracy of recognizing psychiatric disorders by non-psychiatric physicians : Five-year data from a psychiatric consultation–liaison service. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(7), 618-623. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02272.x>
- 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>
- Sulzer, S. H. (2015). Does « difficult patient » status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine* (1982), 142, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.008>
- Sunderland, A., & Findlay, L. C. (2013). Perceived need for mental health care in Canada : Results from the 2012 Canadian Community Health Survey-Mental Health. *Health Reports*, 24(9), 3-9.
- Theophilos, T., Magyar, J., Babl, F. E., & Collaborative (PREDICT), P. R. in E. D. I. (2009). Debriefing critical incidents in the paediatric emergency department : Current practice and perceived needs in Australia and New Zealand. *Emergency Medicine Australasia*, 21(6), 479-483. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01231.x>
- Titscher, S., Meyer, M., Wodak, R., & Vetter, E. (2000). *Methods of Text and Discourse Analysis*. <https://doi.org/10.4135/9780857024480>

Truelove, S., Ng, V., Kates, N., Alloo, J., Sunderji, N., & Patriquin, M. J. (2023). Les soins de santé mentale en collaboration. *Canadian Family Physician*, 69(2), 86-88. <https://doi.org/10.46747/cfp.690286>

Tsai, M.-H., Xirasagar, S., Carroll, S., Bryan, C. S., Gallagher, P. J., Davis, K., & 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>

Turner, S. B., & Stanton, M. P. (2015). Psychiatric Case Management in the Emergency Department. *Professional Case Management*, 20(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000106>

Tylee, A., & Walters, P. (2007). We need a chronic disease management model for depression in primary care. *The British Journal of General Practice*, 57(538), 348-350.

Urbanoski, K., Cheng, J., Rehm, J., & Kurdyak, P. (2018). Frequent use of emergency departments for mental and substance use disorders. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 35(4), 220-225. <https://doi.org/10.1136/emered-2015-205554>

Uzochukwu, B., Onwujekwe, O., Mbachu, C., Okwuosa, C., Etiaba, E., Nyström, M. E., & Gilson, L. (2016). The challenge of bridging the gap between researchers and policy makers : Experiences of a Health Policy Research Group in engaging policy makers to support evidence informed policy making in Nigeria. *Globalization and Health*, 12(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0209-1>

Vadeboncoeur, A. (2019, janvier 4). L'actualité : La congestion des urgences ne date pas d'hier. L'actualité. <https://lactualite.com/sante-et-science/la-congestion-des-urgences-ne-date-pas-dhier/>

Vandyk, A. D., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D., & 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., & 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., Daeppen, J.-B., Hugli, O., Iglesias, K., Stucki, S., Paroz, S., Canepa Allen, M., & Bodenmann, P. (2015a). Screening of mental health and substance users in frequent users of a general Swiss emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 15, 27. <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0053-2>

Vu, F., Daeppen, J.-B., Hugli, O., Iglesias, K., Stucki, S., Paroz, S., Canepa Allen, M., & Bodenmann, P. (2015b). 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>

Waddell, J. P. (2004). Périodes d'attente et ressources de la santé. *Canadian Journal of Surgery*, 47(6), 406-407.

Walker, E. R., Fukuda, J., McMonigle, M., Nguyen, J., & 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>

Wammes, J. J. G., Wees, P. J. van der, Tanke, M. A. C., Westert, G. P., & Jeurissen, P. P. T. (2018). Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open*, 8(9), e023113. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023113>

Wand, T., Glover, S., & Paul, D. (2022). What should be the future focus of mental health nursing? Exploring the perspectives of mental health nurses, consumers, and allied health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 179-188. <https://doi.org/10.1111/inm.12947>

Wang, J., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Dezetter, A., & 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>

Wankah, P., Guillette, M., Dumas, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Mosbah, Y., & Breton, M. (2018). Reorganising health and social care in Québec : A journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care*, 10(3), 48-53. <https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1453957>

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.

Weinick, R. M., Burns, R. M., & Mehrotra, A. (2010). Many Emergency Department Visits Could Be Managed At Urgent Care Centers And Retail Clinics. *Health Affairs*, 29(9), 1630-1636. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0748>

Weiss, A. J., Barrett, M. L., Heslin, K. C., & Stocks, C. (2006). Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006–2013 : Statistical Brief #216. Dans *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409512/>

Westbrook, J. I., Raban, M. Z., Walter, S. R., & 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>

Wiens, K., Rosella, L. C., Kurdyak, P., Chen, S., Aubry, T., Stergiopoulos, V., & Hwang, S. W. (2021). Factors associated with higher healthcare costs in a cohort of homeless adults with a mental illness and a general cohort of adults with a history of homelessness. *BMC Health Services Research*, 21, 555. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06562-6>

Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S. W., & 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>

World Health Organization. (2020). Maintaining essential health services : Operational guidance for the COVID-19 context. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>

World Health Organization (WHO). (2008). Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43976>

Xiao, Y., Hunter, W. A., Mackenzie, C. F., Jefferies, N. J., Horst, R. L., & Group, L. (1996). SPECIAL SECTION : Task Complexity in Emergency Medical Care and Its Implications for Team Coordination. *Human Factors*, 38(4), 636-645. <https://doi.org/10.1518/001872096778827206>

Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods*. Sage Publications.

Zaboli, R., Shokri, M., Javadi, M. S., Teymourzadeh, E., & 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>

Zeman, L., & Arfken, C. L. (2006). Decreasing unnecessary care in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.137>

Zun, L. S. (2012). Pitfalls in the Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 829-835. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.01.064>

Annexe 1 : Formulaire de consentement à la recherche



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

À L'INTENTION DES CLINIENS ET DES GESTIONNAIRES DES ÉQUIPES DE L'URGENCE

Il est important que vous compreniez bien toutes les informations contenues dans ce formulaire d'information et de consentement. N'hésitez pas à poser des questions si un mot ne vous est pas familier ou si une information n'est pas claire.

Titre du projet de recherche

« Grands utilisateurs de l'urgence en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services »

Chercheur responsable du projet de recherche :

Marie-Josée Fleury, professeure titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; chercheuse, Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD).

Co-Chercheurs :

Alain Lesage, psychiatre et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal (UdeM); chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMD).

Lambert Farand, médecin généraliste et professeur agrégé, Département d'administration de la santé, Université de Montréal (UdeM).

Francine Ferland, psychologue et chercheuse, Centre en réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ); professeure associée, Université Laval et Université de Sherbrooke (UdeS).

Helen-Maria Vasiliadis, professeure titulaire, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke (UdeS).

Christophe Huynh, chercheur, CRD de Montréal; professeur associé, École de psychoéducation, Université de Montréal (UdeM).

Xiangfei Meng, professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill; chercheuse, Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD).

Page 1 sur 8

Version # 1 – 08/09/2020

Membre (s) du personnel de recherche :

Armelle Imboua, coordonnatrice de recherche.

Nom du sponsor ou de l'organisme subventionnaire :

IRSC (Institut canadien de recherche en santé)

Numéro du protocole :

IUSMD-20-26

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à documenter : 1) les prédicteurs et les profils des grands utilisateurs des services d'urgence pour raison de santé mentale ainsi que 2) les facteurs facilitants ou entravants l'efficacité des urgences et les innovations à y déployer, ou alternatives à introduire à l'urgence en lien avec les services de la communauté, contribuant à éliminer les grands utilisateurs des services d'urgence.

L'étude a lieu à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) et dans les trois hôpitaux suivants : l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal, QC), le Centre hospitalier Pierre-Boucher (Longueuil, QC) et le CIUSSS de la Capitale-Nationale (sites CHUL, Enfant-Jésus et Saint-Sacrement). La recherche s'étalera sur trois ans (2020-2023).

Les participants sollicités pour la recherche sont les suivants : des usagers, soit vous-même (environ 180 participants) et des cliniciens et gestionnaires des urgences (une cinquantaine de participants). La consultation de données médico-administratives sur l'utilisation de vos services de santé à l'hôpital (ou votre dossier clinique de l'hôpital) et

de ceux d'autres patients ayant consulté les urgences pour raison de santé mentale, un questionnaire et des entrevues constituent les sources de données du projet.

3. Déroulement du projet de recherche

3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche se déroulera au site de l'urgence concerné ou à distance, et votre participation à ce projet durera entre 20 minutes (entrevue individuelle) et 2 heures (entrevue de groupe), soit la réalisation d'une entrevue.

3.2 Nature de votre participation

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité(e) à une entrevue de groupe ou individuelle réalisée avec un ou deux membres de l'équipe de recherche d'une durée de 20 minutes à 2 heures (selon si l'entrevue est individuelle ou en groupe). L'entrevue sera enregistrée. On vous posera des questions sur le traitement des clientèles, les raisons des visites des patients, les orientations et références lors du congé, les innovations réalisées dans les dernières années à l'urgence ou en lien avec les partenaires de votre territoire, et on recueillera vos recommandations pour améliorer la gestion de l'urgence et la prise en charge de cette clientèle d'une façon globale. L'entrevue se déroulera dans un local privé de votre hôpital ou pourrait se faire par téléphone ou vidéo-conférence. Lors de cette entrevue, vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question.

3.3 Impact de la CoVid-19

Dans le contexte présent de pandémie et de restriction des contacts en face à face, les entrevues prévues pourront se faire au téléphone ou par vidéo-conférence. Toute autre considération pour l'adaptation du présent projet au contexte actuel émise par l'un des sites participants sera prise en compte.

4. Inconvénients associés au projet de recherche

À notre connaissance, la participation à cette étude ne comporte aucun risque ou préjudice. Toutefois, il est possible que vous ayez un inconfort ou de la gêne face à certaines questions. De plus, cette entrevue vous demandera un certain investissement en temps, même si celui-ci sera limité (2 heures maximum). Sachez que lors de l'entrevue vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question et/ou arrêter l'entrevue à tout moment. Si vous souhaitez discuter avec un professionnel de la santé mentale, une personne ressource sera à votre disposition.

5. Risques associés au projet de recherche

L'équipe de recherche est d'avis que la participation à ce projet de recherche ne comporte aucun ou peu de risque pour vous.

6. Avantages associés au projet de recherche

Vous ne recevrez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Cependant, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

7. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité de votre relation avec vos collègues, supérieurs ou la direction de l'établissement.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

8. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par le chercheur responsable de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données de recherche codées pourront être transmises par le chercheur responsable à la coordonnatrice de recherche. Cependant, le chercheur responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant un maximum de 7 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires, par l'établissement ou par le Comité d'éthique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

10. Financement du projet de recherche

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour mener à bien ce projet de recherche.

11. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

12. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et

vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

13. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec un membre du personnel de recherche, au numéro suivant : (514) 761-6131 poste 4344.

14. Plaintes

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, au 1 844 630-5125 ou par courriel à commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca.

15. Conflits d'intérêt

Le chercheur principal déclare n'avoir aucun intérêt personnel qui pourrait entrer en conflit avec son rôle de chercheur.

16. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec participants.

Déclaration de consentement

Titre du projet de recherche :

« Grands utilisateurs de l'urgence en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services »

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à

mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Consentements spécifiques facultatifs

Enregistrement audio

Acceptez-vous d'être enregistré lors des entretiens? La ou les cassettes audio seront incluses dans votre dossier de recherche et seront conservées pendant une durée maximale de 7 ans après la fin de l'étude par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Le contenu de la ou des bandes peut être publié ou discuté scientifiquement, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Oui Non

Projets de recherche futurs (utilisation secondaire)

Êtes-vous d'accord pour que vos données de recherche soient utilisées par le chercheur en charge du projet de recherche principal pour mener d'autres projets de recherche dans le même domaine de recherche? Cette utilisation secondaire sera conforme aux conditions d'utilisation des données mentionnées dans le formulaire de consentement éclairé, y compris la section 8 sur les exigences de confidentialité et de date de destruction. Seuls les projets de recherche ayant obtenu une approbation éthique seront autorisés à utiliser vos données à des fins secondaires.

Oui Non

Re-contact pour participer à d'autres études, y compris des projets de biobanque et la banque de cerveaux

Acceptez-vous d'être contacté à l'avenir, d'être invité à participer à d'autres projets de recherche, y compris des projets de biobanque et la Banque de cerveaux? Ces autres projets de recherche vous seront ensuite présentés et le consentement libre et éclairé spécifique au projet sera recherché. Seuls les projets ayant obtenu l'approbation éthique vous seront présentés.

Oui Non

Nom et signature du participant

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Signature

Marie-Josée Fleury, PhD

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Merci d'accepter de participer à ce projet de recherche !

Annexe 2 : Questionnaire socioprofessionnel



INFORMATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE – POUR L'ENTREVUE SUR : Grands utilisateurs de l'urgence en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services

**Pour les cliniciens des urgences et équipes de liaison en dépendance travaillant à l'urgence des
hôpitaux ciblés par le projet de recherche (IRSC)**

Chercheur principal :

Marie-Josée Fleury, Ph.D., Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill

Co-chercheurs :

Lambert Farand, MD, Ph.D., Université de Montréal

Francine Ferland, Ph.D., CIUSSS Capitale-Nationale (site : CRD de Québec), U de Laval

Pour tout renseignement :

Armelle Imboua, Msc

Coordonnatrice de recherche

Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD)

6875, boulevard LaSalle Montréal (Québec) Canada H4H 1R3 Téléphone : (514) 761-6131, poste 3471. Télécopieur : (514) 762-3049

armelle.imboua@douglas.mcgill.ca

Directives générales

Vous trouverez ci-après de courtes questions afin de compiler des informations sociodémographiques sur vous.
Vous aurez à indiquer ce que vous jugez le plus représentatif de votre situation.

Nous vous remercions de votre participation à ce projet de recherche !

Informations générales à votre sujet

CODE DE RÉPONDANT ATTRIBUÉ PAR L'ÉQUIPE DE RECHERCHE : _____

DATE DE PASSATION DU QUESTIONNAIRE : ____/____/____
(jour, mois, année)

1) Quelle est votre profession ?

- Médecin généraliste
- Urgentologue
- Psychiatre
- Infirmière / Infirmier
- Psychologue
- Travailleur social / Travailleuse sociale
- Ergothérapeute
- Nutritionniste
- Gestionnaire
- Autre (veuillez préciser) _____

2) Depuis combien d'années/mois exercez-vous cette profession ?

Années _____

Mois _____

3) Depuis combien d'années/mois travaillez-vous dans cet établissement ?

Années _____

Mois _____

4) Depuis combien d'années/mois occupez-vous votre poste actuel dans cet établissement ?

Années _____

Mois _____

5) Travaillez-vous :

- À temps plein
- À temps partiel
- À horaire fixe
- À horaire variable
- De jour
- De soir
- De nuit

6) Quel est votre âge ? _____

7) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

8) Degré d'aisance – détection et soins concernant la dépendance/troubles concomitants (cette section est à compléter par les cliniciens uniquement).

Sur les trois (3) échelles suivantes, **0** signifie que vous n'êtes pas du tout à l'aise dans la détection et les soins concernant la dépendance ou les troubles concomitants; **10** signifie que vous être tout à fait à l'aise et **5** (au milieu) signifie que vous êtes moyennement à l'aise. Cochez svp la case qui s'applique à votre situation dans chaque cas.

8.1. Degré d'aisance par rapport à la détection et aux soins concernant la dépendance (abus/dépendance: alcool):

Pas du tout à l'aise		Moyennement à l'aise						Tout à fait à l'aise		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2. Degré d'aisance par rapport à la détection et aux soins concernant la dépendance (abus/dépendance: drogue):

Pas du tout à l'aise		Moyennement à l'aise						Tout à fait à l'aise		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3. Degré d'aisance par rapport à la détection et aux soins concernant les troubles concomitants: troubles mentaux et dépendance (abus/dépendance: alcool-drogue):

Pas du tout à l'aise		Moyennement à l'aise						Tout à fait à l'aise		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 3 : Guide d'entrevues pour les équipes cliniques ou gestionnaires de l'urgence

Grands utilisateurs des urgences : profils, défis, solutions Fleury et collaborateurs; 04-2021

Guide d'entrevues – Équipes cliniques ou gestionnaires de l'urgence – *Projet de recherche grands utilisateurs de l'urgence pour raison de santé mentale (incluant la dépendance)*

Courte présentation des personnes présentes

1. Nom et description de votre poste occupé en lien avec l'urgence ou votre hôpital.

A. Profil des grands utilisateurs de l'urgence desservis

1. Quels sont *les profils* des grands utilisateurs de l'urgence (conditions cliniques, sociodémographiques, etc.) ?
2. Qu'est-ce qui explique **qu'un nombre substantiel de patients** reviennent fréquemment à votre urgence ?
 - a. Quels sont les principaux **motifs de consultation** ?
3. Quel est le *pourcentage respectif* approximatif, selon vous, des grands utilisateurs de l'urgence qui sont suivis : **a)** par un gestionnaire de cas, **b)** une équipe de suivi intensif ou **c)** dans vos autres services spécialisés ?
 - a. *Est-ce suffisant, assez intensif et adéquat* d'après vous ?
4. Les profils de ces patients ou leur nombre, les motifs de consultation ou la prise en charge de ces patients dans vos services à l'urgence ou à l'hôpital ont-ils changé dans le contexte de la *COVID-19* ?

B. Contexte territorial et relié au système de santé qui expliquent le phénomène des grands utilisateurs de l'urgence

1. Comment qualifiez-vous *l'accès, la continuité et l'adéquation* aux services des patients ayant des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance dans *votre territoire/ou votre réseau* ?
2. *Selon vous, si l'accès, la continuité et l'adéquation aux services étaient optimaux*, est-ce qu'il y aurait **malgré tout** de grands utilisateurs de l'urgence ?
3. Selon vous, y aurait-il **d'autres facteurs reliés au contexte territorial ou au système de santé** qui pourrait expliquer le phénomène des grands utilisateurs de l'urgence ?

C. Les services de l'urgence reliés aux grands utilisateurs

1. **Comment sont desservis** (ou quels services reçoivent) les grands utilisateurs dans votre urgence ?
 - a. En quoi leur offre de service **diffère de celle des autres patients à l'urgence** ?
 - b. Est-ce que les grands utilisateurs des urgences **déjà desservis par les services de votre hôpital** sont traités différemment des autres grands utilisateurs non suivis dans vos services ?
 - c. Comment **faire mieux** ?
2. Pouvez-vous nous parler des principales **difficultés (ou défis) que vous rencontrez à votre urgence** auprès de ces patients grands utilisateurs ?
3. Quel est **l'impact** des grands utilisateurs **sur vos services d'urgence** ?
4. Comment s'opère les **références (ou orientations à la sortie)** vers les ressources en santé mentale ou en dépendance, pour éviter les retours à répétition à l'urgence de ces patients ?
 - a. Quels sont les principales **ressources où sont référés** les patients dans votre territoire/ou réseau à leur sortie de l'urgence ?
 - Médecins de famille, CLSC: équipes de santé mentale, centres de réadaptation en dépendance (CRD), ressources communautaires (*centres de crise, etc.*)...
 - b. Parlez-nous de **l'efficacité de ces références** pour contrer le retour de ces patients à votre urgence et bien répondre à leurs besoins ?
5. L'offre de service et les orientations concernant les grands utilisateurs, ou les difficultés rencontrées à l'urgence par rapport à ces patients, ou encore l'impact de ces patients sur l'urgence ont-ils changé dans le **contexte de la COVID-19** ?

D. Les caractéristiques des professionnels influençant l'offre des services aux grands utilisateurs de l'urgence

1. Pour votre site, pouvez-vous nous exposer les *conditions reliées aux pratiques des professionnels* (ex.: reliées aux omnipraticiens, à l'équipe de 1^e ligne en santé mentale-CLSC, aux organismes communautaires, centre de réadaptation en dépendance, autres ressources), qui pourraient expliquer le nombre d'utilisateurs fréquents de votre urgence ?
2. Dans votre urgence, comment évaluez-vous *la qualité des interventions réalisées* auprès des grands utilisateurs (capacité à offrir des services/orienter les patients) ?
 - a. Comment *faire mieux* ?
3. Comment percevez-vous *l'efficacité de votre urgence* à endiguer le phénomène des grands utilisateurs ?
 - a. Comment *faire mieux* ?
4. Est-ce que le *contexte de la COVID-19* a changé l'efficacité de votre urgence à endiguer le phénomène des grands utilisateurs de l'urgence ?

E. Innovations à déployer à l'urgence ou alternatives à développer avec les partenaires en lien avec l'offre des services aux grands utilisateurs des urgences

1. Quelles ont été les *solutions envisagées* dans votre *urgence, ou dans votre hôpital*, pour soutenir une *meilleure efficacité de l'urgence*, afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs ?
2. Quelles sont les *forces et les faiblesses de ces innovations/solutions* ou commenter *leur efficacité* ?
3. Qu'est-ce qui serait *à déployer dans le futur dans votre urgence ou votre hôpital* pour endiguer le phénomène des grands utilisateurs et mieux répondre à leurs besoins ?
4. Quelles sont les *alternatives à l'urgence ou les collaborations avec les ressources dans la communauté qui ont été déployées* afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs ?
 - a. Pouvez-vous nous commenter *leur efficacité* ?
5. Quels seraient les *collaborations ou alternatives aux services d'urgence à développer avec les ressources de votre réseau/ou territoire*, pour réduire l'usage répétitif ou inadéquat de l'urgence par les grands utilisateurs ?

6. Avez-vous d'autres **recommandations** pour améliorer les urgences ou les ressources de votre réseau/territoire afin de **mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs** ?
7. Est-ce que la **Covid-19** a modifié vos plans pour mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs et éviter qu'ils reviennent aux urgences si fréquemment ?
8. Avez-vous **d'autres commentaires** ?

***Nous vous remercions pour votre participation à notre projet !
Votre collaboration est précieuse, et contribuera à nos recommandations visant à
optimiser les services et mieux répondre aux besoins de ces patients !!***

Annexe 4 : Guide d'entrevues pour les partenaires de l'urgence

Grands utilisateurs des urgences : profils, défis, solutions Fleury et collaborateurs; 04-2021

Guide d'entrevues – Partenaires de l'urgence – *Projet de recherche grands utilisateurs de l'urgence pour raison de santé mentale (incluant la dépendance)*

Courte présentation des personnes présentes

1. Nom et description de votre poste occupé en lien avec l'urgence.

A. Profil des grands utilisateurs de l'urgence desservis

1. Quels sont *les profils* des grands utilisateurs de l'urgence (conditions cliniques, sociodémographiques, etc.) ?
2. *Pourquoi consultent-ils à répétition* les services d'urgence ?
3. Quels sont leurs comportements d'*utilisation des autres services en santé mentale* ou de dépendance (autres que les urgences), dans votre réseau/ou territoire ?
 - a. Sont-ils *pris en charge par certaines ressources* de votre réseau ?
 - Médecins de famille, CLSC: équipes de santé mentale, centres de réadaptation en dépendance (CRD), ressources communautaires (centres de crise, etc.)...
 - b. *Est-ce suffisant, assez intensif et adéquat* d'après vous ?
4. *Quel pourcentage* ces grands utilisateurs de l'urgence représentent-ils d'après vous dans vos propres services (ex. : 10% des usagers de ma ressource environ sont de grands utilisateurs des urgences) ?
 - a. *Quels services offrez-vous* à ces grands utilisateurs ?
 - b. *Est-ce suffisant, assez intensif et adéquat* d'après vous ?
5. Les profils de ces patients ou leur nombre, les motifs de consultation ou la prise en charge de ces patients dans vos services ont-ils changé dans le contexte de la *COVID-19* ?

B. Contexte territorial et relié au système de santé qui expliquent le phénomène des grands utilisateurs de l'urgence

1. Comment qualifiez-vous *l'accès, la continuité et l'adéquation* aux services des patients ayant des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance dans *votre territoire/ou votre réseau* ?
2. ***Selon vous, si l'accès, la continuité et l'adéquation aux services étaient optimaux, est-ce qu'il y aurait malgré tout de grands utilisateurs de l'urgence ?***
3. Selon vous, y aurait-il ***d'autres facteurs reliés au contexte territorial ou au système de santé*** qui pourrait expliquer le phénomène des grands utilisateurs de l'urgence ?

C. Les services de l'urgence ou des partenaires reliés aux grands utilisateurs

1. Comment percevez-vous *l'efficacité de l'urgence* à endiguer le phénomène des grands utilisateurs ?
 - a. ***Comment l'urgence ou l'hôpital pourrait faire mieux ?***
 - Collaboration avec autres ressources de votre réseau/territoire: médecins de famille, CLSC: équipes de santé mentale, centres de réadaptation en dépendance (CRD), ressources communautaires (centres de crise, etc.)...
2. Pouvez-vous nous parler des principales ***difficultés (ou défis) que vous pensez que le réseau rencontre*** face aux grands utilisateurs des urgences ?
3. Pour votre site, pouvez-vous nous exposer les ***conditions reliées aux pratiques des professionnels*** (ex.: reliées aux omnipraticiens, à l'équipe de 1^e ligne en santé mentale-CLSC, aux organismes communautaires, centre de réadaptation en dépendance, autres ressources), qui selon vous pourraient expliquer le nombre important d'utilisateurs fréquents de l'urgence ?
4. Quel est ***l'impact*** des grands utilisateurs ***sur les services de santé mentale-dépendance*** dans votre réseau/ou territoire d'après vous ?
 - a. ***Comment votre réseau/ou votre territoire pourrait faire mieux ?***
5. Les services offerts aux grands utilisateurs dans votre réseau, ou les difficultés rencontrées par rapport à ces patients, ou encore l'impact de ces patients sur l'urgence ou votre réseau ont-ils changé dans le ***contexte de la COVID-19*** ?

D. Innovations à déployer à l'urgence ou alternatives à développer avec les partenaires en lien avec l'offre de services aux grands utilisateurs

1. Quelles sont les *alternatives à l'urgence* ou les *collaborations* avec les ressources dans la communauté *qui ont été déployées* afin de mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs ?
 - a. Pouvez-vous nous commenter *leur efficacité* ?
2. Quels seraient les *collaborations ou alternatives aux services d'urgence à développer en lien avec les ressources de votre réseau/ou territoire*, pour réduire l'usage répétitif ou inadéquat de l'urgence par les grands utilisateurs ?
3. Avez-vous d'autres *recommandations* pour améliorer les urgences ou les ressources de votre réseau/territoire (en lieu avec l'urgence), et particulièrement *mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs* ?
4. Est-ce que la *Covid-19* a modifié les plans de votre réseau/ou territoire pour mieux répondre aux besoins des grands utilisateurs et éviter qu'ils reviennent aux urgences si fréquemment ?
5. Avez-vous *d'autres commentaires* ?

*Nous vous remercions pour votre participation à notre projet !
Votre collaboration est précieuse, et contribuera à nos recommandations visant à
optimiser les services et mieux répondre aux besoins de ces patients !!*

Annexe 5 : Figures

Figure 2. – Cadre conceptuel: facteurs facilitant (+) /entravant (-) l'efficacité des urgences dans leurs réponses aux besoins des grands utilisateurs de ces services en santé mentale

