

Université de Montréal

L'utilisation des urgences en santé mentale : déterminants, profils et
innovations associés

par

Morgane Gabet

Département de gestion évaluation et politiques de santé (DGEPS)

École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph. D. en santé publique, option analyse des
systèmes et politiques de santé

Avril 2023

© Gabet, 2023

Université de Montréal

Département de gestion évaluation et politiques de santé (DGEPS), École de santé publique de
l'Université de Montréal (ESPUM)

Cette thèse intitulée

L'utilisation des urgences en santé mentale : déterminants, profils et innovations associés

présentée par

Morgane Gabet

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais

président-rapporteur

Marie-Josée Fleury

directrice de recherche

Maud-Christine Chouinard

membre du jury

Catherine Hudon

examinatrice externe

Lourdès Rodriguez Del Barrio

représentant du doyen

Résumé

Contexte. Un nombre important de patients souffrant de troubles mentaux reçoivent des soins ambulatoires insuffisants ou inadéquats, les conduisant à visiter régulièrement les urgences. L'accès aux soins et la continuité du suivi offert à ces patients après une visite aux urgences, régulièrement rapportés comme étant faibles, sont des indicateurs clés de la qualité des soins de santé dans une optique de rétablissement. Il semble donc nécessaire d'évaluer l'accès et la continuité du suivi après une visite aux urgences pour ces patients, d'en cerner les déterminants ainsi que les profils de patients les plus susceptibles d'en bénéficier. De plus, pour renforcer l'amélioration de l'organisation des services en santé mentale à partir des urgences pour ces patients, il serait pertinent de développer des interventions innovantes à la lumière d'une meilleure connaissance des conditions qui en facilitent ou limitent l'implantation et l'efficacité.

Objectifs et méthodes. Cette étude a, dans un premier temps, utilisé des données extraites de bases de données administratives de patients ayant visité les urgences au Québec (Canada) en 2014-2015 (visite index) et ayant un trouble mental. Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients de 2012-2013 à 2014-2015 ainsi que l'utilisation des services 12 mois avant la visite index ont été étudiées en tant que déterminants pour les patients avec ou sans suivi rapide, et ce, à l'aide d'une régression logistique hiérarchique. Une analyse de classes latentes a également été réalisée pour identifier les profils des patients en fonction du suivi ambulatoire qu'ils ont reçu après leur visite à l'urgence. Des analyses bivariées ont examiné les associations entre les variables sociodémographiques et cliniques, les profils des patients ainsi que le suivi ambulatoire que ceux-ci ont reçu après la visite à l'urgence. Plus spécifiquement, notre premier article portait sur l'identification des caractéristiques cliniques, sociodémographiques et d'utilisation des services des patients associées à l'accès à un suivi rapide (≤ 30 jours) pour les patients ayant visité les urgences et ayant un trouble mental.

Dans le deuxième article, il s'agissait d'identifier : les profils des patients ayant un trouble mental incident selon un suivi ambulatoire accessible et continu après une visite aux urgences sur une période de 12 mois (à 30, 90 et 365 jours) ; les variables sociodémographiques et cliniques

associées ; et les résultats de santé de ces patients à long terme (24 mois). Par la suite, deux recensions de la littérature ont été menées. Dans le troisième article, une recension narrative des innovations organisationnelles destinées à améliorer la qualité des soins offerts aux patients ayant des troubles de santé mentale et visitant les urgences, en particulier à partir de leurs conditions d'implantation, a été menée. Enfin, pour le quatrième article, nous avons réalisé une recension systématique sur l'efficacité des innovations aux urgences étant destinées à améliorer la qualité des soins offerts aux grands utilisateurs en santé mentale.

Résultats. Moins d'un tiers des patients ayant des troubles mentaux ont expérimenté un accès et une continuité de suivi adéquats après leur visite aux urgences. Globalement, ce sont les patients peu connus du système de santé, ceux avec des troubles liés à l'usage de substances qui connaissent une faible priorité au triage lors de la visite aux urgences, mais aussi les patients plus jeunes, résidant en milieux ruraux et les hommes qui ont été identifiés comme ayant bénéficié d'un accès et d'une continuité du suivi moindres après leur visite aux urgences. L'accès et la continuité du suivi restent donc à être grandement améliorés pour les patients ayant des TM, une population aux besoins importants qui fréquente régulièrement les urgences du Québec.

Conclusions. Malgré de nombreuses réformes, trop peu d'efforts semblent avoir été investis dans les services en santé mentale en regard des besoins des patients et du fait que les urgences restent une porte d'entrée aux soins peu adaptée et très coûteuse pour les patients ayant des TM. De plus, l'organisation actuelle du système répond mieux aux patients déjà desservis par le système, ce qui démontre une capacité réactive ; en revanche, peu d'activités ou d'interventions proactives ont été relevées malgré l'importance du dépistage et de l'intervention précoce. Ce constat est en cohérence avec les dernières priorités ministérielles (PQPTM, 2020 et PAISM, 2022) qui visent à renforcer la prévention-promotion ainsi que certaines interventions, notamment à l'urgence, comme celles liées aux plans de soins et à la gestion de cas. Néanmoins, il sera important de considérer les nombreux défis limitant l'implantation de ces innovations, sans quoi leur efficacité pourrait être limitée.

Mots clés. Santé mentale. Urgences. Utilisation des services. Qualité des soins. Accès aux soins. Continuité des soins. Épidémiologie psychiatrique. Innovations organisationnelles. Implantation.

Abstract

Context. Some patients with mental disorders receive insufficient or inadequate outpatient care, leading to frequent visits to emergencies. Access to and continuity of follow-up care for these patients after an emergency department visit, regularly reported as poor, is a key indicator of the quality of care they received and ultimately their recovery. It therefore seems necessary to evaluate access and continuity of follow-up care after an emergency department visit for these patients, and to better identify determinants of these quality-of-care indicators and patient profiles most likely to benefit from better care. In addition, to improve the organization of mental health services for these patients in the emergency departments, it would be relevant to develop innovative interventions with a better understanding of the conditions that facilitate or limit their implementation and effectiveness.

Objectives and methods. This study initially used data extracted from administrative databases of patients who visited emergency departments in Quebec (Canada) in 2014-2015 (index visit) and had a mental health disorder. Clinical and sociodemographic characteristics of patients from 2012-2013 to 2014-2015, as well as service utilization 12 months before the index visit, were studied as determinants for patients with and without prompt follow-up care, using hierarchical logistic regression. Latent class analysis was also performed to identify patient profiles based on an outpatient follow-up received after their ED visit. Bivariate analyses examined associations between sociodemographic and clinical variables and each of the patient profiles, as well as the ambulatory follow-up received after the ED visit. Specifically, our first article focused on identifying patient characteristics (clinical, sociodemographic, service utilization) associated with access to prompt follow-up care (≤ 30 days) for patients after they visited the ED for mental health reasons.

The second article aimed to identify profiles of patients with incident mental disorder based on accessible and continuous ambulatory follow-up care after an ED visit over a 12-month period (at 30, 90, and 365 days), associated sociodemographic and clinical variables, and long-term (24 months) health outcomes for these patients. Subsequently, two literature reviews were conducted. The third article, based on a narrative review, identified organizational innovations

designed to improve quality of care for patients visiting emergency departments for mental health reasons, particularly in terms of their implementation. For the fourth article, a systematic review of the effectiveness of innovations in emergency departments to improve quality of care for high users of mental healthcare was conducted.

Results. Less than one third of patients with mental health issues experienced adequate access and continuous follow-up care after their emergency department visit. Overall, patients with little knowledge of the healthcare system, with substance use disorder, experiencing low triage priority at their emergency department visit, but also younger patients, residing in rural areas, and men, were found to experience the least access and continuity of follow-up care after their emergency department visit. Access and continuity of follow-up care therefore remain to be improved for patients with MD, a high-need population that regularly visits Quebec emergency departments.

Conclusions. Despite numerous reforms, insufficient effort seems to have been invested in mental health services compared to the needs of patients and the fact that emergency departments remain an ill-adapted and very costly gateway to care for patients with MD. In addition, the current organization of the system is more responsive to patients already served by the system, demonstrating a reactive capacity. In contrast, few proactive activities or interventions were identified, despite the importance of early detected and deployed interventions in this area. These findings are consistent with the latest Quebec policy orientations (PQPTM, 2020 and PAISM, 2022), which aimed to strengthen prevention and deploy new interventions including in the ED, such as those related to care plans and case management. Nevertheless, it will be important to consider the many persistent implementation challenges, that may limit efficiency of those innovations.

Keywords. Mental health. Emergency department. Service utilization. Quality of care. Access to care. Continuity of care. Psychiatric epidemiology. Organizational innovations. Implementation.

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract	5
Table des matières	7
Liste des tableaux.....	11
Liste des figures.....	12
Liste des sigles et abréviations.....	13
Remerciements	14
Chapitre 1 — Introduction	16
Chapitre 2 — Recension des écrits.....	23
2.1. Contexte de l'étude : les troubles de santé mentale, l'organisation des soins en santé mentale et la place centrale des urgences.....	23
2.1.1. La prévalence des troubles de santé mentale dans la population	23
2.1.2. L'organisation des soins dans le secteur de la santé mentale	24
2.1.3. La place des urgences dans le secteur de la santé mentale	29
2.2. La qualité des soins liée à l'utilisation des urgences pour les patients ayant des TM : modèles théoriques, indicateurs, déterminants et profils de patients	31
2.2.1. La qualité des soins : définitions et modèles théoriques.....	31
2.2.2. Les indicateurs de l'accès et la continuité des soins : perspective générale et application à l'accès et la continuité en santé mentale.....	35
2.2.3. L'évaluation de l'accès et de la continuité des soins à la suite d'une visite aux urgences	37
2.2.4. Les déterminants et profils de patients associés à l'accès et la continuité des soins depuis les urgences	39

2.3. Les innovations destinées à améliorer la qualité du suivi pour les patients ayant des TM depuis les urgences	42
2.3.1 Les bonnes pratiques pour améliorer la qualité du suivi pour les patients ayant des TM depuis les urgences	42
2.3.2. L’implantation des bonnes pratiques pour améliorer la qualité des soins en santé mentale depuis les urgences.....	44
2.4. Synthèse de l’état des connaissances	47
Chapitre 3 — Cadre conceptuel	49
3.1 Cadre conceptuel	49
3.2 Objectif général et objectifs spécifiques.....	53
Chapitre 4 — Méthodes	55
4.1. Contexte du projet de recherche	55
4.2. Objectifs 1 et 2 : Étude quantitative	57
4.2.1. Devis et échantillons	57
4.2.2. Population à l’étude et critères d’inclusion	58
4.2.3. Variables à l’étude et instruments de mesure	58
4.2.4. Plan d’analyse des données pour les deux premiers articles	63
4.3. Objectifs 3 et 4 : recensions de la littérature.....	64
4.3.1. Devis et échantillons	64
4.3.2. Population à l’étude et critères d’inclusion	65
4.3.3. Variables à l’étude et instruments de mesure	67
4.3.4. Plan d’analyse des données	67
Chapitre 5 — Résultats.....	69
5.1. Premier article: Predicting characteristics of patients affected by mental disorders with or without outpatient physician follow-up within 30 days of emergency department discharge	70

5.2. Deuxième article: Profiles, correlates and outcomes among patients experiencing an onset of mental disorder based on outpatient care received following index emergency department visits.....	98
5.3. Troisième article : Innovations organisationnelles aux urgences pour améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec des TM.....	123
5.4. Quatrième article: Effectiveness of interventions to reduce service use and improve clinical and social outcomes for frequent emergency department users with mental health issues: a systematic review.....	149
Chapitre 6 — Discussion.....	192
4.1. Résumé des principaux résultats de la thèse.....	193
4.1.1. État des lieux de l'accès aux soins et la continuité du suivi après une visite aux urgences de patients ayant des TM au Québec	193
4.1.2. Portrait des patients ayant des TM et visitant les urgences en fonction de leur accès aux soins et la continuité de leur suivi	195
4.1.3. Résultats de santé pour les patients ayant des TM et visitant les urgences	199
4.1.4. Innovations prometteuses pour améliorer la qualité du suivi pour les patients visant les urgences et ayant des TM.....	200
4.2. Limites et forces de l'étude.....	204
4.3. Recommandations pour l'amélioration des services et suggestions de futures recherches	206
4.3.1. Recommandations pour l'amélioration des services : la mesure de l'accès et la continuité des soins en santé mentale	206
4.3.2. Recommandations pour l'amélioration des services : la nécessaire personnalisation des interventions en fonction des déterminants et des profils de patients.....	208
4.3.3. Recommandations pour l'amélioration des services : implantation et efficacité des innovations destinées à améliorer la qualité du suivi.....	209

4.3.4. Suggestions pour les recherches futures	211
Chapitre 7 — Conclusion	214
Références bibliographiques.....	216
Annexes	240
Annexe 1. Données CAI	240
Annexe 2. Approbation CER Douglas	257
Annexe 3. Approbation CERSES	259

Liste des tableaux

Article 1. Table 1.....	77
Article 1. Table 2.....	82
Article 1. Table 3.....	87
Article 2. Table 1.....	107
Article 2. Table 2.....	110
Article 2. Table 3.....	111
Article 2. Table 4.....	112
Article 4. Table 1.....	171
Article 4. Table 2.....	175
Tableau 1.....	193

Liste des figures

Figure 1.....	52
Article 1. Figure 1.....	76
Article 2. Figure 1.....	104
Article 4. Figure 1.....	169

Liste des sigles et abréviations

AIC: Aikake information criteria

BIC: Bayes information criteria

BDA : Banque de données administratives

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

CHU : Centre hospitalier universitaire

C(I)(U)SSS : Centre (intégré) (universitaire) de santé et des services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CoC : Continuity of care index

CSBE : Commissariat à la santé et au bien-être

FRQS : Fonds de la recherche Québec — Santé

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPS : Infirmières praticiennes spécialisées

LCA : Latent class analysis

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NCCA : National Commission for Certifying Agencies

NCQA : National Commission for Quality Agencies

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA(I)SM : Plan d'action (interministériel) en santé mentale

PQPTM : Plan québécois de traitement des troubles mentaux

RNGCC : Réseau national des gestionnaires de cas du Canada

SAMSAH : Substance abuse and mental health services administration

TLS : Troubles liés à l'usage de substances

TM : Troubles mentaux

UPC : Usual provider continuity

VD/VI : Variable dépendante/indépendante

Remerciements

Ce sont presque cinq ans d'un long parcours qui se concluent ici. Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à celles et ceux qui m'ont accompagnée durant ce cheminement et qui ont cru en ma capacité à relever ce défi.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Marie-Josée Fleury, qui m'a offert de nombreuses opportunités dès le début de mon parcours doctoral, qui m'ont permis de naviguer plus sereinement mon parcours académique à l'aide de financements, et qui m'a soutenue tout au long de ce travail. C'est en grande partie grâce à votre rigueur, minutie et réactivité que nous pouvons aujourd'hui mettre un point d'orgue à ce long travail. Je remercie également toute l'équipe de recherche du Douglas, en particulier Armelle Imboua, Guy Grenier, Judith Sabetti, Lia Gentil, Zhirong Cao et Gesthika Kaltsidis, qui ont été de formidables atouts pour développer mes compétences, de l'analyse statistique à la gestion de projet de recherche. Je remercie également tous les membres du jury ayant accepté d'évaluer cette thèse : les Professeurs Régis Blais, Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard. C'est un honneur pour moi de pouvoir discuter et surtout améliorer ce travail de thèse grâce à vos expertises précieuses.

Ma reconnaissance va également aux organismes subventionnaires pour l'appui financier qui m'a été offert tout au long de mes études : le Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) ; la Fondation Arbour, dont le mentorat fourni par Marine Hadengue a été très précieux ; l'Institut Universitaire sur les Dépendances (IUD) ; le Réseau-1 Québec ; et le Réseau québécois sur le suicide et les troubles de l'humeur associés (RQSHA), qui, par leurs bourses, m'ont encouragée à achever ce travail. Je tiens également à remercier les premières personnes à m'avoir fait confiance dans la réalisation de projets de recherche ou d'enseignement, en particulier Lara Gautier, Michel Perreault et Pierre-Marie David.

Merci à mes ami.e.s et collègues de l'ESPUM de m'avoir écoutée, conseillée et inspirée. Une mention spéciale à Margot, Jolianne, Geneviève et Jonathan, sans qui les groupes Discord et WhatsApp n'auraient pas la même saveur, et, surtout, sans qui cette thèse ne se conclurait tout

simplement pas si efficacement, avec tant de partage, de bienveillance et de plaisir (quand même). Merci pour vos précieux conseils et votre incroyable patience et générosité !

À ma mère et mon frère, ma famille, mes amis de Montréal ou d'ailleurs : à vous tous qui, bien loin de la vie académique et universitaire, m'aidez à garder les pieds sur terre, que ce soit dans un chalet, sur un sentier ou dans les parcs. Que vous m'ayez entourée dans le passé ou que vous m'entouriez encore et toujours, je garde à l'esprit et au cœur tous ceux qui m'ont permis de conserver un juste équilibre de vie. C'est grâce à vous si j'ai pu vivre pleinement ce retour aux études en ayant l'impression de pouvoir accomplir quelque chose d'important. À Mathieu, qui a rejoint l'aventure en cours de route, mais de la meilleure des manières : en musique, avec amour et, surtout, beaucoup d'humour et de patience, sans jamais douter que, plus tôt que tard, nous passerions à autre chose. À tous ceux qui, chacun à leur façon et, parfois, voire souvent, à leur insu, m'ont beaucoup appris pendant les cinq ans les plus (trans)formateurs de ma vie. Enfin, à tous ceux que je ne cite pas, mais que je n'oublie pas... Merci !

Chapitre 1 — Introduction

« Lorsque je vais au CLSC (centre local de services communautaires), il y a six mois d'attente rien que pour obtenir une évaluation. Qu'est-ce que je fais, moi, pendant tout ce temps ? Je me retrouve ici, aux urgences » (extrait de verbatim, étude de Fleury et al., 2019).

Dans la plupart des études internationales, on estime qu'une personne sur trois est à risque d'être affectée par des troubles mentaux (TM), incluant les troubles liés aux substances psychoactives (TLS), durant sa vie (Institut de la Statistique du Québec, 2015 ; OMS, 2023). Pourtant, moins d'une personne concernée sur deux rapporte utiliser des services de santé en lien avec ces troubles, que ce soit au Québec ou à l'international (Barratt et al., 2016). Plusieurs raisons sont évoquées dans la littérature pour expliquer ces besoins non comblés, notamment le manque de qualité des services offerts. Une des conséquences à ces lacunes du système de santé est le recours aux urgences. Les urgences restent le premier lieu où les patients se retrouvent lorsqu'ils sont en état de crise ou lorsqu'ils évaluent les autres ressources comme inadéquates, et leur dernier recours lorsque les autres ressources ont été épuisées ou sont inaccessibles (Barker et al., 2020). En Amérique du Nord, on rapporte que de 4 à 12 % des visites aux urgences sont effectuées pour raison de santé mentale (Weiss et al., 2016). Ces dernières visites auraient augmenté de 15 % depuis la fin des années 2000 (Olfson et al., 2012). De plus, de 25 à 40 % de ces visites seraient non prioritaires (CSBE, 2017) et pourraient donc être traitées au niveau des soins primaires, ce qui confirme un manque d'accès aux services en santé mentale. Cette utilisation semble être variable en fonction de caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients. Par exemple, un taux d'utilisation des urgences et d'hospitalisation plus important a été rapporté en milieu urbain en comparaison aux territoires plus ruraux, et également chez les patients ayant des TLS (Schmidt et al., 2018) et chez les personnes plus âgées (Weiss et al., 2016) comparativement aux patients ayant seulement des TM ou ceux plus jeunes.

Un autre élément important est la présence de grands utilisateurs des urgences. De nombreux patients souffrant de TM, y compris les TLS et les comportements suicidaires, utilisent en effet les urgences de manière répétée (Schmidt et al., 2018) et sont identifiés comme des utilisateurs répétés des urgences (effectuant par exemple plus de deux visites au cours des six mois précédents, Houle et al., 2010) ou grands utilisateurs (par exemple à partir de 3, 4 ou 5 visites au cours de l'année précédente, Huang et al., 2004, Hunt et al., 2006). Le manque d'accès à des soins ambulatoires adéquats, soient ici rapidement accessibles et continus, peut en partie expliquer le recours fréquent aux urgences (Kurdyak et al., 2021). Une revue systématique de 2022 relate que, dans des études menées dans des pays occidentaux, la proportion de visites aux urgences attribuables aux personnes sans domicile fixe varie de 0,41 à 19,6 % (Vohra et al., 2022). De même, des études, dont des revues systématiques (Bersia et al., 2022 ; Kawashima et al., 2014), ont montré que les personnes ayant des comportements suicidaires peuvent également utiliser fréquemment les urgences. Pourtant, les urgences ne peuvent remplacer l'offre de soins ambulatoires pour répondre aux besoins des populations vulnérables affectées par des problèmes multiples y compris ceux en santé mentale qui nécessitent non pas une aide ponctuelle pour un épisode temporaire, mais plutôt des soins ambulatoires intensifs et continus par des équipes de soins de santé interdisciplinaires (Mitchell et al., 2017).

Afin de mieux répondre à ces différents besoins de services en santé mentale au Québec, des réformes importantes ont été introduites, dont la consolidation des soins primaires au début des années 2000 (rapport Clair, 2001) et les Plans d'action en santé mentale (PASM) en 2005, 2015 et, plus récemment, en 2022, le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Ces réformes ont permis l'introduction d'équipes interdisciplinaires et de soins collaboratifs dans l'optique d'améliorer l'accès et la continuité des services ainsi que de promouvoir l'utilisation de meilleures pratiques axées sur le rétablissement et basées sur les données probantes. Le rétablissement est ici défini comme « une expérience de santé mentale complète reposant sur la restauration à l'égard de la maladie mentale et l'optimisation de la santé mentale positive [...] Sur le plan des pratiques, les interventions qui ne visent qu'à l'amélioration de la maladie sont vues comme insuffisantes pour promouvoir le rétablissement et requièrent l'ajout d'autres interventions orientées vers la

promotion de la santé mentale positive » (Provencher et Keyes, 2010). Pour évaluer la réponse aux besoins en santé mentale, l'utilisation des urgences agit comme un baromètre de la qualité des services prodigués, permettant l'évaluation des trajectoires d'utilisation des services des patients, de leur suivi après les urgences à l'évolution de leurs trajectoires de soins à travers le temps (Sorup et al., 2013). Ces données sont importantes puisque, selon des études internationales, la discontinuité dans le suivi après une visite aux urgences ou une hospitalisation augmente les risques de revisites ou de ré-hospitalisations, en particulier auprès des patients aux prises avec des TM graves ou des comorbidités physiques chroniques (Barker et al., 2020 ; Pfeiffer et al., 2012).

Il apparaît donc important d'offrir un suivi de qualité, accessible et continu aux patients ayant des TM se présentant aux urgences. Des études utilisant des indicateurs comme celui du National Committee for Quality Assurance (NCQA, 2023) ont montré que l'accès à un suivi rapide dans les 30 jours suivant un épisode aigu de trouble en santé mentale et nécessitant un recours aux urgences est un indicateur pertinent de l'accès au suivi (Barker et al., 2020). En comparaison avec d'autres indicateurs, le suivi dans les 30 jours à la suite d'une visite aux urgences laisse aux patients suffisamment de temps pour accéder aux services ambulatoires, ce qui est important considérant les listes d'attente. Comme indiqué au préalable, cet indicateur est crucial, car l'accès au suivi après une visite aux urgences est associé à une baisse des réadmissions aux urgences et à de meilleurs résultats de santé chez les patients. Cependant, des études ont montré que seuls 31 à 71 % de ceux qui souffrent de TM ont eu accès à un suivi rapide après leur visite aux urgences (Croake et al., 2017 ; Hunter et al., 2018). En plus de l'accès à un suivi après une visite aux urgences, il a été démontré que la continuité du suivi était importante pour réduire le recours aux services, notamment les visites aux urgences et les hospitalisations, et améliorer les résultats de santé (Moe et al., 2017), qui plus est si l'on considère les TM comme des maladies chroniques nécessitant un suivi régulier (Wagner et al., 2004). Pour les patients ayant des TM, le fait de recevoir un suivi au moins deux fois au cours de la phase aiguë de 90 jours du TM, puis minimalement cinq fois pendant 365 jours, sont des indicateurs de suivi utilisés (Fleury et al., 2019).

Peu d'études ont évalué les déterminants de ce suivi accessible et/ou continu après une visite aux urgences pour les patients souffrant de TM. Parmi les quelques études primaires recensées, les diagnostics ont été les facteurs prioritairement étudiés. Par exemple, le fait d'avoir des TLS a été évalué comme affectant positivement (Breton et al., 2007) ou négativement (Barker et al., 2020) le suivi à ≤ 30 jours. Cette association a néanmoins été identifiée négative pour la continuité des soins lors d'un suivi à ≤ 1 an (Adair et al., 2005). Par ailleurs, des variables socioéconomiques peuvent influencer la qualité des soins. Par exemple, pour la continuité des soins, le fait d'être une femme augmente le fait de recevoir un suivi médical à ≤ 1 an (Wang et al., 2005 ; Young et al., 2001). Quelques rares variables liées aux services ont été étudiées. Par exemple, divers programmes tels que le suivi intensif, le suivi d'intensité variable, les équipes de santé mentale en première ligne et les interventions de crise ont été identifiés comme réduisant les bris de continuité (Crawford et al., 2004). Dans le même ordre d'idées, peu d'études ont examiné les profils des patients en fonction de la nature et l'étendue du suivi reçu après une visite aux urgences. Ces études ont principalement porté, par ailleurs, sur l'utilisation des services, y compris les types et la fréquence des services ambulatoires ou aux hospitalisations (Loranger et al., 2020 ; Tomczyk et al., 2018). Une étude a distingué trois classes de patients : ceux qui utilisent peu, modérément ou beaucoup les services en santé mentale (Zhdanova et al., 2021).

Pour aider à désengorger les urgences et mieux répondre aux besoins des patients ayant des TM, notamment en leur offrant un suivi accessible et continu, des guides de bonnes pratiques existent. Des travaux montrent que certaines innovations, déjà existantes, pourraient être mieux déployées dans les urgences ou en partenariat entre celles-ci et les autres services dans l'optique d'améliorer la qualité des soins (Tyler et al., 2019). Leur rôle vise à dépister, à assurer une transition ou une alternative aux services ambulatoires, et à y recommander les patients afin qu'ils reçoivent des services adéquats, continus et sécuritaires. Les innovations déployées aux urgences visent aussi à améliorer l'adhérence aux traitements ainsi qu'à réduire les risques de rechute et la durée de l'attente pour recevoir des services (Moe et al., 2017). Aux urgences générales, ces innovations permettent principalement d'optimiser les services qui ciblent les patients aux diagnostics cliniques plus complexes comme la schizophrénie. Aux urgences psychiatriques, l'accent est plutôt mis sur les patients sans soutien ambulatoire approprié, avec

des TLS, en situation d'itinérance, ainsi que les grands utilisateurs des urgences. Certaines innovations sont également déployées à l'extérieur des urgences. Elles ciblent les patients utilisant fréquemment les urgences ou qui sont hospitalisés (soins aigus) et visent à diminuer l'utilisation de ces services, notamment les programmes de suivi intensif (« *assertive community treatment* ») ou de soutien d'intensité variable (« *intensive case management* ») s'adressant aux patients avec des TM graves (Kahan et al., 2016 ; Moe et al., 2017). Des interventions spécifiquement destinées aux grands utilisateurs des urgences peuvent également être une solution pour mieux coordonner les services qui leur sont dédiés, notamment en les arrimant vers des services ambulatoires plus appropriés (Kromka et al., 2019). Améliorer les pratiques et l'organisation des services en santé mentale à partir des urgences à travers des interventions innovantes pourrait ainsi permettre de renforcer la qualité des soins destinés aux patients en général, mais aussi plus spécifiquement à ceux moins bien desservis et en grand besoin de soins ou ne requérant pas nécessairement de services médicaux immédiats (Bost et al., 2015 ; Paton et al., 2016).

La littérature scientifique sur l'implantation et l'efficacité d'innovations visant à améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés après une visite aux urgences pour les patients ayant des TM est néanmoins limitée, contrairement à la littérature sur ce type d'innovations pour tous types de patients aux urgences qui est, elle, plus importante. Dans une recension systématique de revues des écrits (« une revue de revues ») (Van den Heede et al., 2016), ces innovations ont été classées en six catégories, soit celles reliées : (1) aux coûts ; (2) au renforcement des soins primaires ; (3) à la réorientation ; (4) à la coordination ; (5) à l'éducation et soutien à l'autogestion ; (6) aux obstacles à l'accès aux services d'urgence. Des exemples de ce type d'interventions qui ont pu être repérés dans la littérature, dans le contexte québécois, vont de la gestion de cas (Gélinas, 2010) au soutien par les pairs (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2014). L'implantation des innovations aux urgences ou en lien avec les partenaires rencontre des défis majeurs. Afin d'optimiser leur efficacité, identifier les principales variables pouvant faciliter ou entraver le déploiement de ces innovations nous apparaît donc crucial. Les difficultés d'implantation associées au système sont surtout liées aux difficultés d'accès aux services ambulatoires ; les variables organisationnelles, au déploiement d'un leadership

administratif et médical fort ; les variables ayant trait aux caractéristiques des professionnels de santé sont liées à la disponibilité et à l'expertise adéquate des cliniciens ; et les variables liées aux profils des patients, à la complexité de ces profils qui est susceptible de limiter ou faciliter l'adhésion aux innovations (Fleury et al., 2019). En termes de résultats, les études sur l'efficacité des innovations aux urgences ont démontré des résultats partagés, avec une grande diversité de variables étudiées (Van den Heede et al., 2016). Les études ont par exemple démontré une diminution de l'utilisation des soins aigus (Fletcher et al., 2019 ; Röhricht et al., 2017) et une amélioration de la satisfaction envers les services (Hamilton-West et al., 2017 ; Noseworthy et al., 2014). Certaines revues systématiques ont évalué l'efficacité des interventions qui visaient à réduire l'utilisation des services chez les grands utilisateurs des urgences sans focus sur les TM (Althaus et al., 2011 ; Kumar et al., 2013 ; Moe et al., 2017 ; Raven et al., 2016 ; Soril et al., 2015 ; Van den Heede et al., 2016), tandis que d'autres ont ciblé les patients des urgences avec TM qui n'utilisaient pas fréquemment les services (Benjenk et Chen, 2018 ; Tyler et al., 2019).

Une seule revue des interventions s'est intéressée à celles visant à réduire l'utilisation des urgences chez les patients atteints de TM : il s'agit d'une revue narrative des études publiées entre 1986 et 2018 (Kromka et al., 2019). En outre, la plupart des revues ont considéré l'utilisation des soins aigus comme principal et/ou seul résultat de l'intervention (Moe et al., 2017). Elles ont généralement conclu que ces interventions, en particulier la gestion de cas, réduisaient à la fois l'utilisation fréquente des urgences et les hospitalisations. Peu d'études ont examiné des résultats autres que l'utilisation des urgences, par exemple une modification de l'utilisation des services ambulatoires ou des conditions cliniques ou sociales comme le statut du logement. Dans deux revues systématiques (Moe et al., 2017 et Tyler et al., 2019), les résultats en matière de conditions cliniques et sociales ont justement été étudiés, avec des résultats mitigés. Développer une meilleure connaissance de ce type de résultats pourrait informer plus largement sur le rétablissement de ces patients.

À notre connaissance, les données disponibles au Québec sur l'accès et la continuité du suivi après une visite aux urgences par des patients ayant des TM sont lacunaires. De plus, certaines variables importantes comme l'utilisation antérieure de services comme déterminants de l'accès ou la continuité du suivi depuis les urgences ont peu été étudiées, ce qui limite les connaissances sur

la problématique du manque de qualité des services en santé mentale. Dans le même ordre d'idées, aucune étude n'a à notre connaissance distingué de profils de patients en fonction du suivi reçu après leur visite aux urgences ni étudié ceux-ci au vu des résultats de santé des patients. Pour améliorer l'utilisation des services et l'état clinique ou social des patients ayant des TM et visitant les urgences, des données sur l'implantation et l'efficacité de bonnes pratiques ou d'innovations seraient pertinentes. Des trajectoires de soins plus personnalisées et des programmes de services renforcés qui soient étayés par des évaluations fondées sur des données probantes pourraient aider à mieux cibler les besoins des patients ayant des TM et visitant les urgences et ainsi améliorer leurs conditions. Face à ces constats, la présente étude vise à approfondir les connaissances sur les déterminants, les profils de patients et les innovations liés au suivi reçu après une utilisation des urgences par les patients ayant des TM.

Chapitre 2 — Recension des écrits

Ce chapitre est divisé en trois sous-sections : le contexte de l'étude, incluant un bref état des lieux de l'organisation des soins dans le secteur de la santé mentale au Québec ; l'état des connaissances sur la qualité des soins dispensés dans ce secteur, en particulier ses dimensions d'accès et de continuité, et les principaux indicateurs pour les mesurer ; ainsi qu'un sommaire des bonnes pratiques destinées à l'amélioration de la qualité des soins, en particulier à partir des urgences.

2.1. Contexte de l'étude : les troubles de santé mentale, l'organisation des soins en santé mentale et la place centrale des urgences

2.1.1. La prévalence des troubles de santé mentale dans la population

Au Canada, environ une personne sur trois (environ 9,1 millions de personnes) sera concernée par des problèmes de santé mentale au cours de sa vie (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC – SM), 2012). Les TM se divisent généralement en trois grandes catégories, soit les TM courants comme la dépression, l'anxiété ou les troubles de l'adaptation ; les TM graves comme la schizophrénie et les troubles bipolaires ; et les troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2022). Les comportements suicidaires, incluant les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, et les TLS (d'alcool ou de drogues) sont souvent associés aux TM. Les TLS comprennent les troubles d'utilisation d'une substance, que ce soit un abus ou une dépendance ; les troubles induits par une substance, c'est-à-dire les TM et les maladies physiques découlant directement de la consommation ; et les intoxications (Huynh et al., 2020).

Au Québec, la prévalence des TM sur 12 mois est estimée à environ de 12 % (Fleury et al., 2019 INSPQ). En 2021, on estimait les coûts sociosanitaires liés à la perte de productivité des personnes touchées par les TM au Canada à plus de 50 milliards de dollars (CAMH, 2023).

Au-delà des coûts engendrés, les TM sont associés à de nombreuses problématiques physiques, comme des diagnostics de maladies chroniques ou infectieuses, et sociales, comme des épisodes de violence, des accidents intentionnels ou non intentionnels et une instabilité résidentielle. Considérant l'importance de la prévalence et de la chronicité des TM, la consolidation des services dédiés à répondre aux besoins diversifiés et soutenus de ces populations a souvent été priorisée par les instances gouvernementales (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Pourtant, les personnes ayant des TM utilisent peu les services et cumulent d'importants besoins de services non comblés (ISQ, 2010). Au Québec, en 2018, la proportion de personnes ayant déclaré des besoins en santé mentale non satisfaits ou partiellement satisfaits était de 38,9 % (Statistique Canada, 2019). Parmi les personnes diagnostiquées avec un TLS, 63 % n'avaient pas eu recours à des services médicaux en santé mentale ou en dépendance (SAMSAH, 2019). Des besoins non satisfaits en santé mentale peuvent être, parmi d'autres causes, le résultat de lacunes dans l'organisation des soins, que ce soit au Québec (Dezetter et al., 2015) ou à l'international (Olsson et al., 2021 ; Rens et al., 2020). L'organisation des soins dans le secteur de la santé mentale sera donc succinctement présentée dans la partie suivante.

2.1.2. L'organisation des soins dans le secteur de la santé mentale

Au Québec comme dans d'autres pays industrialisés, le secteur de la santé mentale est au cœur des priorités du système sociosanitaire et, de fait, a souvent fait l'objet de différentes réformes (Fleury et al., 2014). À la fin des années 1980, le secteur de la santé mentale a été le premier à se voir « régionaliser » et à faire l'objet d'une politique spécifique (Politique de santé mentale — PSM, 1989). De plus, dès 1986, en réponse à l'engorgement des urgences, un problème récurrent depuis, la diversification des services et la consolidation des organismes communautaires ont été promues par la création de centres de crises et de services d'hébergement temporaire (Fleury et al., 2014). La compression des dépenses publiques et l'optimisation de l'efficacité du système sociosanitaire du milieu des années 1990 ont accentué la pression sur le système en faveur d'une communautarisation et d'une diversification des services se traduisant par exemple par un virage ambulatoire et une fusion d'établissements. « Intégration des services » devient, dès le milieu des années 1990, un autre mot clé dans l'organisation du secteur de la santé mentale. Il s'agit d'un renforcement en vue de rationaliser et de coordonner les services et d'arrimer l'action de

différents partenaires afin de limiter les duplications de services et de répondre de la façon la plus pertinente et efficiente possible aux besoins diversifiés des personnes (Fleury et al., 2014).

À cause d'un manque de résultats significatifs démontrant l'amélioration de la qualité des services après ces réformes, une nouvelle réforme du secteur de la santé mentale au Québec a été mise en œuvre entre 2005 et 2015 (Fleury et al., 2018). Son objectif était de mieux arrimer les services de soins primaires aux autres et de développer au sein de chaque réseau des guichets uniques d'accès aux services dans les CLSC (ou centres locaux de santé communautaire) ainsi qu'en soins spécialisés. En 2005, le lancement d'un nouveau plan d'action en santé mentale (PASM, 2005) a mis de l'avant la responsabilité populationnelle et le travail interdisciplinaire à travers les projets de loi 90 et 21 en 2002 et 2009 respectivement. Le PASM proposait d'améliorer l'accès et la continuité des services en augmentant l'offre de soins primaires et de services dans la communauté. Le rétablissement (autonomisation des personnes, patients et proches) était également un principe central. Pour ce faire, différents services ont été créés ou consolidés : 1) des équipes de santé mentale en CLSC ; 2) des équipes de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable ; 3) un hébergement autonome gréé de différents types de soutien ; 4) des services de crise mobiles, téléphoniques en tout temps et d'hébergement ; et 5) un soutien à l'intégration au travail et aux études. Pour améliorer la continuité de ces différents services, des mécanismes de coordination étaient aussi prévus (PASM, 2005), notamment des ententes de services entre les organisations ; des agents de liaison, des intervenants pivots ou gestionnaires de cas pour les patients ; et, enfin, la fonction de professionnel/psychiatre répondant. Tout en instituant une « vision locale » de l'organisation de services de santé mentale, le PASM (2005) proposait d'optimiser les ressources et de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de leur population.

En 2015, s'inscrivant dans la continuité de la restructuration du dispositif sociosanitaire et du précédent PASM, un nouveau PASM (2015-2020) a été proposé, visant la prise en charge continue des besoins biopsychosociaux et l'amélioration de l'habilitation ou du pouvoir d'agir des patients. Le rétablissement était le principe central des PASM de 2005 et 2015, qui proposaient ainsi de rehausser substantiellement les services de première ligne pour les TM courants et de créer des soins de collaboration. Les soins de collaboration sont destinés à rehausser l'expertise des

équipes de soins primaires ainsi que leur coordination avec les autres professionnels de santé, comme les omnipraticiens ou les psychiatres.

La littérature recense différents modèles de soins de collaboration (Kates et al., 2011). C'est le modèle de coordination-consultation qui est privilégié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), avec la fonction de psychiatre répondant pour les omnipraticiens et les équipes de santé mentale de première ligne en CLSC. Le psychiatre répondant, aidé ou non d'une équipe interdisciplinaire spécialisée, est étroitement lié à un groupe d'omnipraticiens ou une équipe de première ligne en CLSC, qu'il soutient dans la dispensation des soins de santé mentale à travers différentes stratégies comme des visites en personne, une ligne téléphonique ou des échanges par courrier ou courriel, facilitant ainsi l'accès au psychiatre et à l'équipe spécialisée selon le modèle en question (Meadows et al., 2007 ; Burian et al., 2016). Globalement, les différents modèles de soins collaboratifs varient en fonction de l'intensité du soutien offert à la première ligne par les psychiatres ou les équipes psychiatriques. Cette réforme s'est principalement opérationnalisée par les guichets d'accès et le déploiement d'équipes de santé mentale en CLSC. Si le temps d'attente élevé et la non-rétroaction du suivi aux omnipraticiens ont été particulièrement critiqués (Fleury et al. 2014), les psychiatres répondants ont également été limités quant au soutien aux autres professionnels de santé à cause de leur horaire chargé (Fleury et al., 2014).

Ces réformes cherchaient à répondre aux lacunes du secteur de la santé mentale en vue de fournir des soins de qualité. L'amélioration de la qualité des soins est d'ailleurs l'un des seuls objectifs à se retrouver systématiquement dans toutes les réformes menées, qui ont souvent des résultats mitigés (Fleury et al., 2014). Dans une évaluation menée en 2018 (Fleury et al., 2018), les objectifs des réformes ont été évalués comme mieux atteints dans les grands réseaux pourvus de services spécialisés ainsi que ceux où des collaborations entre organismes existaient préalablement. Le fait que les réformes se soient concentrées sur le déploiement de nouvelles structures en négligeant les pratiques et stratégies pour les opérationnaliser explique également les résultats mitigés de leur implantation, particulièrement dans les réseaux moins bien pourvus en ressources et au leadership moins affirmé. Globalement, les ententes de services ainsi que plusieurs pratiques basées sur des données probantes qui étaient planifiées dans les PASM ont peu été

implantées (Fleury et al., 2018). Qui plus est, leur implantation a coïncidé avec la réforme du système socio-sanitaire et des services sociaux, qui a entraîné la fusion de plusieurs organisations aux valeurs et pratiques différentes (réforme Barette, 2015) et a perturbé l'implantation du PASM de 2015 (Fleury et al., 2018). Toujours dans cette étude évaluative (Fleury et al., 2018), l'absence de guides expliquant comment mettre en œuvre les nouvelles structures et services a été reporté comme un facteur retardant leur implantation. Aussi, certaines de ces nouvelles structures, comme le guichet d'accès ou les soins de collaboration, ne répondaient pas toujours aux attentes des cliniciens, dont les omnipraticiens, expliquant leur réticence à les utiliser. Enfin, le soutien ou la formation pour aider le personnel à implanter ces réformes était très limité ce qui a pu en freiner ou entraver l'adoption ou la pérennisation.

Très récemment, une dernière réforme a été lancée. Avec le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026, le MSSS veut renforcer le déploiement d'une offre de soins et de services en santé mentale qui soit diversifiée, accessible et qui réponde aux besoins de la population en mettant encore plus l'accent sur les services de proximité. Ce premier plan d'action interministériel devrait être « un pas de plus en matière de concertation et de collaboration pour la mise en place de conditions favorisant la santé mentale ainsi qu'un accompagnement optimal des personnes et de leurs proches » (MSSS, 2022). L'aspect « interministériel » sous-tend une mobilisation de plusieurs programmes-services au sein d'établissements, de ministères, d'organismes et partenaires tant publics que communautaires et privés vers une amélioration continue de la qualité, la continuité et la complémentarité des soins et services. L'objectif principal est dès lors de fournir un « accès au bon service, offert par le bon intervenant, au bon moment », notamment en soutenant la poursuite de l'implantation du *Programme québécois pour les TM : des autosoins à la psychothérapie* (PQPTM) dans toutes les régions du Québec (MSSS, 2022). Aussi, l'expertise et les pratiques du milieu communautaire sont amenées à être davantage reconnues et soutenues par une hausse de leur financement, l'instauration de partenariats ; et l'amélioration de la concertation nationale et territoriale entre les organismes communautaires, les établissements du réseau de Santé et de Services Sociaux) et le MSSS. L'accent est également mis sur les urgences dans l'objectif de fournir des soins plus adéquats aussitôt que les patients s'y présentent. Une des innovations proposées est le déploiement des

infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les services de proximité ainsi que certaines urgences. Aussi, afin d'intervenir rapidement en permettant à la personne se présentant aux urgences avec un TM d'accéder rapidement aux services, des équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale seront introduites.

Ces équipes devraient permettre aux personnes qui reçoivent un congé des urgences de recevoir rapidement un suivi avec une équipe interdisciplinaire (psychiatre, IPS, travailleuse sociale, etc.). Une autre intervention proposée est le renforcement d'unités d'intervention brève en psychiatrie (UBIP), dont le rôle est de recevoir, pour un court séjour (de 48 à 72 heures), des personnes vivant un épisode aigu lié à un TM et de favoriser un retour rapide à leur domicile via un programme général d'intervention. Enfin, il existe aussi les équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD), qui offrent une alternative à l'hospitalisation à des individus en crise qui sont âgés de dix-huit ans et plus et souffrent principalement de troubles psychotiques, bien que d'autres diagnostics soient aussi acceptés. Ces équipes sont constituées de médecins, psychiatres, travailleurs sociaux et infirmiers. En mettant l'accent sur des innovations destinées à améliorer l'accès et la continuité des soins depuis les urgences, le MSSS mise sur le rétablissement des personnes concernées pour qu'elles reprennent « le plus rapidement possible leurs rôles occupationnels et sociaux » (PAISM, 2022).

Ce résumé des différentes réformes menées depuis le début des années 1980 qui visaient l'amélioration de l'organisation des services de santé mentale permet de tracer le cadre de ce secteur et ses enjeux. La préoccupation d'une meilleure qualité des soins est au cœur des différentes réformes, particulièrement des dernières qui s'attardent davantage aux innovations et pratiques. La réflexion menée dans le dernier PAISM (2022) sur la qualité des soins depuis les urgences, notamment engorgées par des patients s'y présentant avec des TM, nous permet d'introduire la section suivante sur la place des urgences dans l'organisation des soins en santé mentale.

2.1.3. La place des urgences dans le secteur de la santé mentale

À l'international (Di Somma et al., 2015) comme au Québec (INSPQ, 2019), de récents rapports soulignent que les urgences jouent un rôle de baromètre de la qualité des soins dispensés aux patients ayant des TM. En cas de services inadéquats ou indisponibles, les urgences restent le lieu de prédilection des patients en crise ou à court de solutions dans leur recherche de soins (Heyland et al., 2017).

Une méta-analyse incluant sept pays dont le Canada démontrait que de 4 à 15 % des visites aux urgences étaient réalisées pour raison de santé mentale et que ces visites étaient en constante augmentation (Barratt et al., 2016). Au Québec, un rapport du gouvernement (2016-2017) estimait à 6 % le nombre de visites aux urgences pour des raisons de santé mentale (CSBE, 2017). En 2015 et 2016, c'est près du double des patients avec un TM (12 %) qui se sont présentés aux urgences (Fleury et al., 2019), comparativement à la population générale. Le manque de services dans la communauté, le peu de services offerts les soirs et les fins de semaine, les procédures de renouvellement de la médication ainsi que le manque de soutien social ont été les principales raisons identifiées par les patients avec TM à fréquemment utiliser les urgences (Fleury et al., 2019). La stigmatisation de la population envers les personnes ayant des TM, principalement ceux qui sont graves et les TLS, contribue aussi à la sous-utilisation des services ambulatoires (Schnyder et al., 2017), pouvant elle-même entraîner le recours aux urgences.

Ici, nous nous intéresserons donc à l'utilisation des urgences par les patients ayant des TM, incluant les TLS. Ceci diffère de l'utilisation des urgences pour raison de santé mentale, dont l'analyse restreindrait partiellement la population à l'étude lorsque l'on sait que les maladies physiques ont constitué la principale raison des visites aux urgences (77 %) des personnes ayant des TM en 2014 et 2015 au Québec (Fleury et al., 2019). À l'inverse, une perspective plus large de l'utilisation des urgences par les patients ayant des TM permet à la fois de suggérer des recommandations 1) concernant la vulnérabilité de cette population, en particulier des patients ayant des TM graves ou présentant des comportements suicidaires et 2) afin de prévenir l'aggravation ou la chronicité des TM, incluant les TM courants. Traiter rapidement les TM incidents est aussi important dans l'optique de développer des interventions précoces incluant

des traitements efficaces, permettant la réduction de la chronicité des TM et des coûts économiques et sociaux qu'ils engendrent (Firth et al., 2019).

De plus, le phénomène des grands utilisateurs des urgences, soit ceux qui y font minimalement 3 ou 4 visites par année (LaCalle et Rabin, 2010) est particulièrement prévalent chez les patients ayant des TM d'après une revue systématique récente investiguant les caractéristiques de ce type de patients (Soril et al., 2016).

Parmi les personnes avec des TM ayant visité les urgences en 2014 et 2015 au Québec, plus de 16 % étaient de « grands utilisateurs », cumulant entre 4 et 11 visites par année et 1 % de « très grands utilisateurs », avec 12 visites et plus par année (Fleury et al., 2019). Ces « grands » et « très grands utilisateurs » constituaient en 2014 et 2015 près de la moitié du volume de visites aux urgences et d'hospitalisations. Vingt-deux % des personnes ayant des TM étaient aussi des utilisateurs récurrents des urgences sur 3 ou 5 années consécutives (Fleury et al., 2019). L'engorgement des urgences conduit à la prolongation du temps d'attente ainsi qu'à une réduction de la qualité des soins et de la satisfaction des patients comme des professionnels de la santé (Pines et al., 2011).

D'autre part, à la suite d'une visite aux urgences, l'hospitalisation en santé mentale est élevée : au Québec en 2016 et 2017, on l'estime à 20 % (Fleury et al., 2019 INSPQ). En santé mentale, l'hospitalisation prolongée sur plus de 30 jours est à éviter pour plutôt favoriser l'intégration sociale et professionnelle et le rétablissement des patients (Pauselli et al., 2017). De plus, une discontinuité dans le suivi après une visite aux urgences ou une hospitalisation augmente les risques de revisites ou ré-hospitalisations. Ces retours se produisent jusqu'à 15 % des cas, dans une période de 30 jours après la sortie de l'hôpital, pour les patients avec des TM sévères ou comorbidités physiques chroniques (Pfeiffer et al., 2012). Les urgences représentent un important lieu d'utilisation des services pour les personnes souffrant de TM, ce qui permet dès lors d'y apprécier la réponse ou non aux besoins des patients à partir d'indicateurs clés de la qualité comme l'accès et la continuité des services.

Pour conclure cette partie 2.1., on observe que la prévalence des TM, y compris les TLS, constitue un problème de santé majeur au Québec. De plus, malgré de nombreuses réformes, l'organisation des soins dans le secteur de la santé mentale connaît encore des lacunes dans son aptitude à livrer des soins de qualité. Les urgences joueraient donc un rôle crucial chez les patients ayant des TM. Pour prévenir leur utilisation non justifiée et améliorer l'accès et la continuité des services pour les patients souffrant de TM, la prochaine partie de cette recension portera sur l'évaluation de ces dimensions de la qualité des soins dispensés depuis les urgences pour cette population.

2.2. La qualité des soins liée à l'utilisation des urgences pour les patients ayant des TM : modèles théoriques, indicateurs, déterminants et profils de patients

2.2.1. La qualité des soins : définitions et modèles théoriques

L'amélioration de la qualité des soins dans le secteur de la santé mentale est une priorité dans la plupart des pays, ce qui est rapporté par plusieurs revues systématiques (Kilbourne et al., 2018 ; Noorain et al., 2023 ; Pilar et al., 2022). Au Québec, tout comme au Canada, malgré les réformes précédemment évoquées, il semble que la qualité des soins dispensés aux populations vulnérables, notamment celles ayant des TM, soit toujours sous-optimale (Kilbourne et al., 2010 ; Pincus et al., 2011), ce qui entraîne la nécessité d'évaluer la qualité des soins. D'après la Commission de santé mentale du Canada (CSMC, 2023), les soins de santé mentale de qualité peuvent être décrits comme « des soins exempts de stigmatisation, axés sur le rétablissement, fondés sur des données probantes, respectueux des valeurs culturelles et linguistiquement adaptés, équitables et inclusifs ». Cette définition s'inspire d'une conception assez large de la qualité des soins, qui reste néanmoins une notion complexe à définir et dont on trouve de nombreuses définitions génériques ou multidimensionnelles (Campbell et al., 2000).

Parmi les définitions génériques de la qualité des soins, la plus connue a été développée en 1992 par l'Institute of Medicine (IOM) et définissait la qualité des soins comme « *the degree to which healthcare services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge* ». Les définitions dites

multidimensionnelles ont finalement été favorisées dans la littérature scientifique, car celles-ci facilitaient l'évaluation de la qualité. En 2001, l'Institute of Medicine a donc précisé sa définition en explicitant les différentes dimensions constitutives de la qualité des soins (Atkinson et al., 2010). Ces dimensions de la qualité étaient les suivantes : 1) la sécurité des soins ; 2) l'efficacité des soins ; 3) les soins centrés sur le patient ; 4) l'adéquation temporelle des soins ; 5) l'efficience des soins ; et 6) l'équité dans les soins. En 2010, dans un rapport subséquent (Atkinson et al., 2010), l'Institute Of Medicine a ajouté à cette liste : 7) l'accès des soins ; 8) la coordination (un des aspects de la continuité) des soins ; et 9) la capacité des infrastructures à livrer des soins de qualité. Cette définition générique de l'Institute Of Medicine semble faire un relatif consensus. Par exemple, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a partiellement basé sa mesure de la qualité des soins sur cette définition (OCDE, 2022). Pareillement, les organismes canadiens HQO (Health Quality Ontario) et ICIS (Institut Canadien de l'Information sur la Santé) ont eux aussi basé leur approche de la qualité des soins sur cette définition. Enfin, si l'on considère les organismes québécois, via par exemple le rapport sur l'évaluation des soins et des services en santé mentale du MSSS (2021) ou le rapport de recherche sur l'amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale de l'INSPQ (2007), on observe des définitions de la qualité des soins assez semblables où quatre différentes dimensions semblent faire consensus (l'efficacité, l'efficience, l'accès, la continuité) alors que d'autres sont ajoutées, comme l'imputabilité et la gestion des risques.

En analysant les orientations québécoises actuelles quant à la qualité des soins en santé mentale, qui est retranscrite dans le PAISM (2022), deux dimensions semblent prioritaires : l'accès aux soins et leur continuité. Dans un rapport évaluant l'accès des soins au Québec (Champagne et al., 2018), l'accès aux services de santé mentale et services sociaux est jugé déficient, et ce, presque partout dans la province. Pour ce qui est des résultats concernant la continuité des soins au Québec, les résultats sont également lacunaires (rapport du vérificateur général, 2023), notamment dû au fait que les trajectoires de services en santé mentale semblent peu implantées (Fleury et al., 2018). Pourtant, de tels manquements dans l'accès au suivi ou dans la continuité des soins après une visite aux urgences ou une hospitalisation augmentent les risques de revisites

ou de ré-hospitalisations, surtout pour les patients avec des TM sévères ou des comorbidités physiques chroniques (Pfeiffer et al., 2012).

Concernant d'abord à l'accès aux soins, il s'agit d'une dimension centrale dans la performance des systèmes de soins de santé dans le monde (Levesque et al., 2013). Tout comme leur qualité, l'accès aux soins de santé est une notion complexe. L'accès est couramment défini comme « l'accès à un service » ou l'opportunité et la facilité avec laquelle le patient peut utiliser des services appropriés en fonction de ses besoins (Haggerty et al., 2004). Penchansky et Thomas (1981) ont conceptualisé explicitement l'accès en termes de qualité entre les caractéristiques des professionnels et services de santé et les caractéristiques et besoins des patients. Ici, nous considérons la définition de Levesque et al. (2013), qui considère l'accès comme « la possibilité d'identifier les besoins en matière de soins de santé, de rechercher des services de soins de santé, d'atteindre, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé, et d'avoir effectivement un besoin de services satisfait ». Cette définition se résume en cinq dimensions : 1) la facilité d'approche (les services existent et sont connus) ; 2) l'acceptabilité (les services sont socialement et culturellement adaptés aux besoins des patients) ; 3) la disponibilité (les services sont par exemple géographiquement et temporellement accessibles) ; 4) l'abordabilité (financière et économique), et 5) la pertinence (principalement clinique).

La continuité des soins est habituellement définie à partir de sept dimensions (Bachrach, 1981), traduites en français par Clément et Aubé (2002) : 1) la longitudinalité, qui fait référence à une dimension temporelle se traduisant par des contacts répétés à travers le temps entre la personne et un professionnel ; 2) l'individualité, qui réfère à une adaptation des services dispensés à la réalité particulière de la personne et de sa famille ; 3) la globalité, qui permet de répondre à l'ensemble des besoins par une variété de services biopsychosociaux ; 4) la flexibilité, qui rend possible l'ajustement de l'offre de services à l'évolution du contexte et des besoins des patients ; 5) la dimension relationnelle, qui témoigne d'un lien chaleureux et personnalisé s'appuyant sur l'acceptation de l'autre et favorisant l'établissement d'une confiance mutuelle et d'une alliance thérapeutique ; 6) l'accès, qui renvoie à l'absence de barrières géographiques, temporelles, financières, etc., dans l'obtention des services ; et, finalement, 7) la communication, qui soutient les échanges entre les intervenants œuvrant auprès des patients et leurs proches. Un résumé de

ces dimensions, d'après une revue systématique d'Haggerty et al., (2003) faisant consensus dans le domaine, positionne la continuité comme le « degré d'adéquation entre les besoins des personnes et les services dispensés, incluant également la disponibilité des ressources, l'acceptabilité et l'adaptabilité des services » (Haggerty et al., 2003).

Pour les patients ayant des TM, comme pour d'autres patients ayant des besoins de soins importants, les liens entre accès aux services et continuité sont établis dans plusieurs écrits scientifiques, dont une synthèse des écrits (Haggerty et al., 2003) : l'accès aux services est un préalable à sa continuité, et recevoir des soins accessibles et continus renforce les résultats de santé. De plus, les guides de pratique récents liés à la qualité des soins en santé mentale préconisent tous une prestation de soins suivant un continuum (ICIS, 2022). Ce continuum implique des liens entre différents dispensateurs de soins, établissements, traitements et interventions, dont l'accès et la continuité des services sont cruciaux (CSMC, 2013). À titre d'exemple, Barker et al. (2017) ont soulevé qu'une plus grande continuité de soins était associée à une diminution des admissions aux urgences pour des motifs liés à la santé mentale.

Dans le cas de la qualité des soins dispensés aux urgences pour les patients ayant des TM, nous nous sommes donc particulièrement intéressés à 1) l'accès au suivi (dimensions de disponibilité et d'adéquation d'après le cadre conceptuel de Levesque et al., 2013) c'est-à-dire la capacité du patient à obtenir des soins à la suite de sa visite aux urgences dans le but de résoudre une problématique de santé et 2) la continuité du suivi (soit la continuité relationnelle, un dispensateur de soins qui est le principal responsable du suivi du patient ; et la continuité de gestion, soit la coordination, si nécessaire, des soins avec ceux d'autres dispensateurs). Plusieurs éléments justifient ce choix. D'abord, une prise en charge adéquate par les services appropriés des patients ayant des TM, ce qui représente un suivi accessible et continu, pourrait éviter des visites non requises aux urgences, comme explicité dans plusieurs revues systématiques (Kromka et al., 2019 ; Moe et al., 2017). De plus, dans une perspective de continuum de soins, l'accès au suivi permet de mieux répondre à la crise ou au besoin urgent lié à la visite aux urgences (court terme), tandis que la continuité du suivi (moyen ou long terme) permet la stabilisation en vue d'une rémission ou d'un rétablissement. La cohérence des soins obtenus auprès des cliniciens et la qualité des relations entre les professionnels et les patients sont aussi des conséquences

positives d'un suivi plus accessible et continu, qui permet dès lors une plus grande satisfaction des patients ainsi que de meilleurs résultats de santé (Barker et al., 2017).

À partir d'une définition de la qualité des soins, en particulier ceux reliés à la santé mentale, et de ses dimensions d'accès et de continuité, nous avons pu justifier la pertinence de nous attarder à l'accès et à la continuité du suivi depuis les urgences pour les patients ayant des TM. Pour mesurer ces deux dimensions, des indicateurs sont nécessaires et seront exposés dans la partie suivante.

2.2.2. Les indicateurs de l'accès et la continuité des soins : perspective générale et application en santé mentale

Nous discuterons dans un premier temps des indicateurs génériques (appliqués à tous types de soins) de l'accès aux soins, puis ceux appliqués à la santé mentale. En prenant l'exemple du rapport de Champagne (2018), nous pouvons dégager une liste d'indicateurs génériques de l'accès aux soins disponibles au Québec. Ils peuvent être classés selon leur adéquation (pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale est adéquat ; durée moyenne de séjour ; proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits ; taux d'implantation de l'offre de services), la disponibilité des ressources (pourcentage de la population inscrite auprès d'un professionnel de santé ; taux de personnes ayant reçu des services dispensés par un professionnel de santé spécifique ; délai moyen d'attente pour un service), ou encore leur acceptabilité (taux d'assiduité des visites auprès d'un professionnel de santé).

De la même manière, les travaux de Haggerty (2003), tout particulièrement, nous permettent de classer des indicateurs de continuité génériques en plusieurs catégories : ceux dits de continuité chronologique ; ceux qui s'intéressent à la densité des soins (UPC ou *usual provider continuity*, Breslau et al., 1975) ; ceux qui sont liés à la dispersion des soins (CoC ou *continuity of care index*, Bice et al., 1977) ; ou encore ceux décrivant la séquence de soins (SECON ou *sequential continuity of care*, Steinwachs 1979). Il existe également des indicateurs dits de continuité relationnelle qui s'intéressent par exemple à la perception de continuité avec un même médecin (Perception of Continuity Scale, Chao, 1988). Enfin, les indicateurs de continuité informationnelle s'intéressent eux aussi à la séquence de soins (RDI, Referral Data Inventory, Anderson & Helms, 1995).

Compte tenu de l'intérêt accru pour la qualité des soins en santé mentale de manière générale et plus particulièrement pour les deux dimensions qui nous intéressent dans ce travail : l'accès et la continuité, plusieurs opérationnalisations spécifiques de ces indicateurs à la santé mentale ont été proposées ces dernières années (Killbourne et al., 2018) et publiées dans de nombreux guides pratiques émis par différents organismes, notamment ceux que nous avons précédemment cités. Dans un article à paraître (Gabet et Meneau, 2023, numéro spécial de la revue Santé mentale au Québec dirigé par Marie-Josée Fleury), nous avons pu recenser vingt-neuf organismes proposant des indicateurs de qualité en santé mentale, dont 12 organismes canadiens. Chacun de ces organismes proposait une liste diversifiée d'indicateurs d'accès et de continuité, permettant ainsi de dégager au total plus d'une centaine d'exemples d'indicateurs pour chaque domaine de la qualité.

En restreignant la recherche aux indicateurs d'accès et de continuité de suivi après une visite aux urgences en santé mentale, un exemple probant semble être les indicateurs retenus par le NCCA — National Commission for Certifying Agencies (2023); utilisés à l'échelle nationale aux États-Unis, mais aussi comme une inspiration pour d'autres agences comme au Canada (Health Quality Ontario ou INSPQ). Cette commission distingue deux indicateurs majeurs, soit 1) l'accès à un suivi rapide après une visite aux urgences, qui consiste à évaluer les visites aux urgences des patients ayant reçu un diagnostic de TM et ayant bénéficié d'une visite de suivi dans les 7 ou 30 jours, et 2) l'utilisation de services en santé mentale à long terme, c'est-à-dire le nombre et le pourcentage de patients ayant bénéficié de services de santé mentale dans les 12 mois suivants la mesure, que ce soit à travers les urgences, une hospitalisation, un suivi intensif, un suivi en première ligne, une téléconsultation ou autre.

Ces deux indicateurs liés à l'accès au suivi et à sa continuité à la suite d'une visite aux urgences reflètent également les orientations du MSSS et peuvent donc s'appliquer au contexte québécois. En effet, l'accès à un suivi rapide à ≤ 7 ou à ≤ 30 jours après une visite aux urgences est un indicateur particulièrement adéquat pour étudier la prise en charge à l'intérieur d'un délai permettant d'éviter notamment les réadmissions (Druss et al., 1999 ; Durbin et al., 2007). Par ailleurs, un suivi comportant minimalement 3 ou 4 visites médicales annuelles ambulatoires est considéré comme un standard de qualité par les études populationnelles traitant du suivi après

la détection de TM (Roberge et al., 2015 ; Solberg, 2005 ; Wang et al., 2006). Si ces différents indicateurs ont parfois été nommés différemment dans des études québécoises, leur opérationnalisation restait similaire. Les plus récents rapports de l'INSPQ sur l'utilisation des services en santé mentale (Fleury et al., 2022) ont d'ailleurs utilisé ces mêmes indicateurs à partir de banques de données administratives (BDA) : l'accès à un suivi à 30 jours ou la continuité du suivi jusqu'à 365 jours à la suite d'une visite aux urgences pour les patients ayant des TM. La prochaine section introduira les résultats des études utilisant ces indicateurs, bien que ce type de littérature soit assez limitée.

2.2.3. L'évaluation de l'accès et de la continuité des soins à la suite d'une visite aux urgences

D'après nos recherches menées dans les principaux moteurs de recherche (MEDLINE, Psycinfo, Opus, GoogleScholar) à plusieurs reprises (2019, 2022 et mise à jour en 2023), une dizaine d'études ont étudié l'accès à un suivi rapide (moins de 30 jours) après une visite aux urgences pour les personnes ayant des TM et/ou pour raison de santé mentale à partir de BDA. La rareté de la littérature à ce sujet nous a conduit à considérer à la fois les études portant sur les patients ayant des TM et visitant les urgences pour toutes raisons et les visites pour raison de santé mentale. Aucune revue systématique ou synthèse des connaissances n'a pu être trouvée sur le sujet, ce qui nous a amené à considérer également des études primaires. La plupart des études portaient sur une clientèle adulte (de 18 ans et +) et quelques-unes sur la clientèle jeunesse (de 2 à 19 ans). Quelques études ont examiné le suivi médical après une visite aux urgences pour patients ayant des TM et/ou pour raison de santé mentale, mais avec des indicateurs de suivi très courts : 7 jours pour Lynch (2018) et 14 jours pour Barker et al. (2020, Breton et al. (2007) et McCullumsmith et al. (2015). Par ailleurs, les études qui se sont intéressées à l'accès à un suivi rapide ont surtout investigué les crises suicidaires (Bridge, 2012 et al. ; Hunter et al., 2018 ; Olfson et al., 2012 ; Schmutte et al., 2019), les TLS (Croake et al., 2017) ou les TM graves (Klinkenberg, 1999). À 30 jours, de 31,4 % (Hunter, 2018) à 76 % (Croake et al., 2017) des patients avaient eu accès à un suivi médical après une visite aux urgences pour raison de santé mentale. Ces variations sont surtout expliquées par les différences dans les caractéristiques cliniques (31,4 % étaient en proie à des crises suicidaires contre 76 % aux prises avec des TLS) et

sociodémographiques des patients, déterminants dont nous discuterons ultérieurement. Ce corpus était majoritairement américain. Qui plus est, ces études se sont focalisées sur le suivi médical dispensé presque essentiellement de manière ambulatoire et par la première ligne, sauf pour une étude qui comparait le suivi de la première ligne et les soins spécialisés (Hunter, 2018).

Toujours d'après nos recherches bibliographiques, les études qui se sont intéressées à la continuité du suivi médical chez les patients ayant des TM à partir de BDA ont surtout utilisé comme indicateurs de continuité des indicateurs de résultats comme le retour aux urgences et la réadmission hospitalière. Ce n'est que dans une moindre mesure qu'elles considéraient les indicateurs de processus. Dans cette dernière catégorie, des études ont montré que de 9 % (au moins 3 suivis par le même médecin en 3 mois (Bruffaerts et al., 2005) à environ 50 % (au moins 3 suivis en première ligne en 3 à 6 mois, tous médecins confondus [Chaiyachati et al., 2017 ; Roncero et al., 2012 ; Henderson et al., 2019 ; Agyapong et al., 2012) des patients ont reçu un suivi adéquat après un diagnostic de TM, incluant ou non ceux reçus aux urgences. À notre connaissance, très peu d'études ont examiné ce suivi sur une plus longue période (plus de 3 mois) après une visite aux urgences. Dans ces quelques études sur la continuité des soins à long terme après un diagnostic de TM (là encore, aux urgences ou non), le pourcentage de patients ayant reçu au moins trois suivis en première ligne oscillait autour de 12 (Wang et al., 2006) et 74 % (Solberg, 2005) sur 12 mois, et variait surtout à cause de l'éventail des diagnostics de TM étudiés. Ces variations s'expliquaient surtout par la considération ou non du fait que l'omnipraticien était aussi le médecin de famille régulier de l'utilisateur. Basées sur les études relevées précédemment, il semble ainsi que peu d'études se basent sur un devis longitudinal et peu intègrent différents types d'urgences, soit les urgences générales et psychiatriques. On peut également noter la variabilité des indicateurs de qualité utilisés, par exemple « au moins 3 suivis à 90 jours » ou « au moins 5 suivis en 12 mois ». En effet, le faible consensus sur les indicateurs à utiliser pour mesurer l'accès et la continuité du suivi, en particulier pour la santé mentale, est reconnu (Moe et al., 2017). Pour mieux comprendre ces résultats, il semble pertinent d'étudier les déterminants et profils de patients liés à l'accès et la continuité des soins depuis les urgences.

2.2.4. Les déterminants et profils de patients associés à l'accès et la continuité des soins depuis les urgences

En s'inspirant du cadre d'utilisation des services d'Andersen (1995), nous pouvons distinguer certaines variables cliniques, sociodémographiques et liées à l'utilisation des services associées à l'accès aux soins et à leur continuité depuis les urgences pour les patients ayant des TM. Une telle littérature est importante, car une meilleure connaissance de ces caractéristiques pourrait aider à prévenir l'utilisation non justifiée des urgences, réduire les dépenses de santé excessives et aider à répondre plus adéquatement aux besoins non satisfaits. Le peu d'études que nous avons pu répertorier sur le sujet portait principalement sur l'étude des variables cliniques et sociodémographiques (Kromka et al., 2019) associées, et la plupart s'attardaient plutôt à l'accès et la continuité du suivi après un congé hospitalier sur 7 jours, 30 jours, 90 jours et 1 an (Fleury et al., 2022 ; Gentil et al., 2022 ; Rodriguez et al., 2008). En effet, presque tous les patients hospitalisés entrent par les urgences et requièrent un suivi intensif au vu de la gravité de la situation engendrant leur hospitalisation, ce qui explique pourquoi ces indicateurs ont été plus étudiés.

Aucune revue systématique investiguant les associations entre des variables cliniques, sociodémographiques, d'utilisation de services et l'accès et/ou la continuité du suivi après une visite aux urgences n'a été trouvée. Dans les paragraphes suivants, des études primaires seront ainsi considérées. Considérant ces mêmes études, plusieurs variables cliniques ont été associées à un suivi rapide : le fait d'avoir des TLS, avec une association positive (Breton et al., 2007) ou négative (Barker et al., 2020) ; avoir un TM courant plutôt que grave (Croake et al., 2017) ; avoir déjà eu un traitement pour un diagnostic précédent de TM (Olfson, 2012). Pour ce qui est des variables sociodémographiques, le fait d'être une femme et de vivre en ville (Croake et al., 2017) a été positivement associé à l'accès à un suivi après une visite aux urgences. À l'inverse, des déménagements fréquents (Lamont et al., 2000) ou le célibat (Fischer et al., 2001) ont été associés négativement à l'accès à un suivi. Être d'origine caucasienne a été positivement associé à l'accès à un suivi rapide et afro-américain, négativement (Croake et al., 2017 ; Olfson et al., 2012). Pour ce qui est de la continuité du suivi, le fait d'être plus âgé (Joyce et al., 2010) ou d'avoir peu d'éducation a aussi été négativement associé à la continuité des soins (Wang et al., 2005 ;

Young et al., 2001). Pour les variables liées à l'utilisation préalable des services, le fait d'être déjà suivi en psychiatrie était associé à l'accès à un suivi après une visite aux urgences (Barker et al., 2020). Avoir un médecin de famille ou encore avoir bénéficié d'un suivi intensif sont d'autres variables associées à une meilleure continuité du suivi (Crawford et al., 2004).

Par ailleurs, peu d'études typologiques se sont intéressées au suivi reçu par les patients après une visite aux urgences pour raison de santé mentale. Des profils de patients qui tiendraient compte de l'accès aux soins et de leur continuité seraient particulièrement utiles. Quelques études ont mené des analyses en *cluster* ou grappes, en se basant surtout sur des devis transversaux pour identifier des sous-groupes de patients (ou profils) ayant des TM alors qu'ils se rendaient aux urgences (Fleury et al., 2019). Quatre profils ont émergé de cette dernière étude, soit : des personnes ayant un recours modéré aux services d'urgence et un faible recours aux autres services de santé (hommes jeunes, économiquement défavorisés et souffrant de TLS) ; des personnes ayant largement recours aux services d'urgence et aux services de santé mentale spécialisés et souffrant de TM ou TLS multiples ; des femmes d'âge moyen, économiquement favorisées, souffrant de TM courants et utilisant modérément les services d'urgence, mais consultant des omnipraticiens ; ainsi que des personnes plus âgées souffrant de maladies physiques chroniques multiples associées à des TM utilisant modérément les urgences, mais consultant principalement des omnipraticiens. Néanmoins, la plupart des études sur les profils de patients ayant des TM et utilisant les services ont été réalisées à l'extérieur des urgences. Ces études portaient sur les patients avec des TM graves qui utilisaient des services en santé mentale (Fleury et al., 2013 ; 2015), sur les patients atteints de TM avec TLS concomitants (Huynh et al., 2016) ou TLS seulement (Fleury et al., 2023) traités dans des centres de réadaptation en dépendance ; sur les personnes itinérantes atteintes de TM ou de TLS usagères de services de santé mentale (Bonin et al., 2009 ; Gentil et al., 2019) ; sur les patients avec TM et sur leur satisfaction envers les services reçus (Fortin, 2018) ; sur les patients avec TM selon la qualité des services qu'ils avaient reçus (Fleury et al., 2019) ; ou encore les patients avec TM selon leur perception de la continuité des soins (Loranger et al., 2019). Bien que ces études aient des objectifs distincts et se basent sur des échantillons variables, certains profils ou caractéristiques similaires ont pu être relevés.

On a notamment identifié des groupes de grands utilisateurs de services présentant de nombreux TM-TLS (Huynh et al., 2016 ; Gentil et al., 2019), des femmes cinquantenaires principalement affectées par des TM courants et bénéficiant surtout de soins de première ligne (Fleury et al., 2013 ; Gentil et al., 2019) ou encore de jeunes hommes surtout affectés par des TLS et utilisant très peu les services (Fleury et al., 2015). Pour les grands utilisateurs, les études de profils ont mis en lumière un ensemble complexe de problèmes psychosociaux pouvant exacerber des pathologies chroniques, ainsi que des patients plus susceptibles de consommer des substances comme l'alcool (Fleury et al., 2019). Pour cette clientèle, des complications de certaines maladies physiques chroniques comme le diabète, l'asthme ou l'insuffisance cardiaque congestive sont souvent associés aux TM (Chiu et al., 2020). Enfin, une étude récente (Armoon et al., 2022) a distingué trois profils de grande utilisation des urgences pour raison de santé mentale au Québec. Il s'agit de : 1) une très forte utilisation pendant trois ans (10 visites ou plus aux urgences par an) ; 2) une forte utilisation pendant deux ans ; puis 3) une forte utilisation sur un an. Ces profils se distinguent les uns des autres par la gravité de l'état de santé du patient, l'intensité de l'utilisation des services, la fréquence des hospitalisations et le taux de mortalité, qui sont élevés pour le premier profil, modéré pour le deuxième et faible pour le troisième (Armoon et al., 2022).

Pour conclure la partie 2.2., les dimensions d'accès et de continuité des soins semblent particulièrement être d'intérêt lorsque l'on s'intéresse au suivi des patients visitant les urgences avec des TM. Différents indicateurs liés à la qualité de ce suivi existent. Dans la littérature sur le sujet, la plupart des études concluent que la qualité du suivi devrait être améliorée. Peu de connaissances sont disponibles quant aux déterminants et profils de patients bénéficiant d'un suivi accessible et continu depuis les urgences ; de telles connaissances pourraient pourtant nous informer sur les potentielles innovations à déployer pour améliorer la situation.

2.3. Les innovations destinées à améliorer la qualité du suivi pour les patients ayant des TM depuis les urgences

2.3.1 Les bonnes pratiques pour améliorer la qualité du suivi pour les patients ayant des TM depuis les urgences

Plusieurs actions peuvent être prises pour améliorer l'accès au suivi et sa continuité auprès des personnes ayant des TM et se rendant aux urgences. Certains guides balisent les pratiques destinées à améliorer la qualité des soins pour les patients en santé mentale. Au Canada, un des premiers guides de pratique à être élaboré et diffusé à grande échelle fut celui du CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) et de l'Association des Psychiatres du Canada sur le traitement de la dépression. Au Québec, une dizaine d'années plus tard, le protocole de soins « Faire face à la dépression au Québec, protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne », rédigé par un comité d'experts, fut publié en 2012 (INSPQ). La caractéristique principale des guides de pratique est qu'ils se basent sur des données probantes et/ou sur des consensus d'experts. Notons néanmoins que les guides de pratique ne sont pas des procédures rigides, mais proposent plutôt des orientations à adopter et adapter pour chaque patient (Nguyen et al., 2020). D'autres éléments comme les circonstances, le jugement clinique ou encore les préférences du patient sont à considérer dans l'application des guides de pratiques.

Certaines caractéristiques, en particulier la difficulté à poser un diagnostic en psychiatrie, complexifient l'élaboration de ce type de guides en santé mentale (Maier et al., 2000). Si le diagnostic est inexistant ou erroné, la médecine basée sur les données probantes ne s'applique pas. Afin de réduire cette imprévisibilité lors de l'élaboration des guides de pratique concernant des problématiques de santé mentale, les TM sont de plus en plus considérés comme des maladies chroniques (OMS, 2001), au sens du modèle de Wagner (2004). Les principes de ce modèle incluent : 1) une détection active à l'aide de questions de dépistage ou d'échelles de symptômes ; 2) des traitements basés sur les données probantes ; 3) des traitements basés sur des soins de collaboration avec une approche par étapes ; 4) l'éducation du patient sur l'autogestion des soins ; et 5) la mesure des processus de soins, c'est-à-dire une surveillance de

la qualité des soins, ainsi que des résultats de soins chez les patients, se traduisant par une diminution des symptômes (Wagner et al., 2004).

Concernant les guides de pratiques spécifiquement liés à la prise en charge aux urgences, de nombreux documents existent tant à l'international qu'au Canada et au Québec. Ces guides de pratique concernent les patients qui consultent pour TM aux urgences, et d'une manière plus limitée, les patients avec TM qui consultent pour tous problèmes. Au Québec, citons le guide de pratique pour les équipes de suivi intensif (Association des Hôpitaux du Québec, 2004), les guides cliniques pour des plans thérapeutiques infirmiers en santé mentale (OIIQ, 2007 puis actualisé), le guide des guichets d'accès en santé mentale adulte (GASMA, 2019) ou encore le Plan québécois pour le traitement des troubles mentaux (PQPTM, 2022). Ces guides permettent d'appréhender l'implantation, l'organisation et, parfois, l'évaluation d'innovations. En plus de ces guides de pratique, des innovations déployées aux urgences visent à améliorer l'adhérence aux traitements tout en réduisant les risques de rechute et la durée de l'attente pour recevoir des services (Moe et al., 2017). On distingue les innovations implantées dans les urgences générales de celles des urgences psychiatriques, même si certaines peuvent être introduites dans les deux environnements (Kromka et al., 2019). Aux urgences générales, l'objectif principal est d'optimiser les services ciblant les patients avec des TM graves comme la schizophrénie. Aux urgences psychiatriques, le principal objectif est plutôt de soutenir des populations spécifiques comme les patients sans continuité de soins ni soutien ambulatoire approprié, aux prises avec des TLS, en situation d'itinérance ou encore les grands utilisateurs des urgences. Certaines de ces innovations évoquent également la prise en charge somatique ou de santé physique de ces patients ayant des TM, mais l'intérêt principal est bien souvent ici la santé mentale.

Améliorer l'organisation des services de santé mentale à partir des urgences grâce à des interventions innovantes pourrait ainsi permettre de renforcer la qualité des soins destinés aux patients moins bien desservis, en grand besoin de soins ou ne requérant pas nécessairement de services médicaux immédiats (Bost et al., 2015 ; Paton et al., 2016). Plus spécifiquement, plusieurs innovations ont été développées de manière à améliorer les services dispensés aux grands utilisateurs. Parmi les innovations les plus courantes relevées dans une revue narrative récente

(Kromka et al., 2019), on note la gestion de cas (*case management*), les plans de soins individualisés (*care plans*), l'éducation et les conseils dédiés aux patients.

En 2014, le Réseau national de gestion de cas du Canada a défini des normes de pratique en matière de gestion de cas comme déterminer et vérifier l'admissibilité du patient ; évaluer ses besoins, objectifs et priorités dans une stratégie concertée d'intervention stratégique ; planifier et ajuster les services inclus dans les plans de services individualisés, incluant l'éducation du patient et le soutien à l'autogestion ; réévaluer périodiquement les besoins et les progrès du patient (RNGCC, 2014). Dans une revue de la portée (*scoping review*) publiée en 2016 (Hudon et al., 2016), il a été montré que la gestion de cas pouvait réduire l'utilisation des urgences, le nombre d'hospitalisations et les coûts associés à l'utilisation fréquente de ces mêmes services. Malgré un nombre assez important d'innovations répertoriées, certaines restent peu décrites dans la littérature et semblent très peu déployées dans les milieux de pratique (Kromka et al., 2019). Il apparaît donc pertinent de s'intéresser aux enjeux potentiels d'implantation de ces innovations.

2.3.2. L'implantation des bonnes pratiques pour améliorer la qualité des soins en santé mentale depuis les urgences

L'introduction des guides de bonnes pratiques en lien avec la santé mentale de manière générale, mais aussi de manière plus spécifique dans les urgences, fait l'objet de défis majeurs. Afin d'optimiser leur efficacité et de mieux comprendre et évaluer leurs effets, identifier les principales variables pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'innovations paraît crucial (Kazdin et al., 2018). Dans une revue systématique de 2013 (Chaudoir et al., 2013) sur les défis d'implantation des innovations en santé, on relève régulièrement la résistance au changement de certaines organisations ou professionnels de la santé, le coût d'adoption de certaines nouvelles interventions, la formation nécessaire à celles-ci, l'acceptabilité par les patients et les défis de réglementation comme facteurs limitants. Une classification de ces variables a récemment été établie et les sépare en quatre dimensions interreliées : système de santé, organisation des services, professionnels de santé et profils de patients (Fleury et al., 2019).

En appliquant cette typologie à l'implantation de bonnes pratiques vouées à améliorer la qualité des soins en santé mentale depuis les urgences, les variables liées au système sont les plus citées à travers la littérature (Blasi et al., 2021). Celles-ci relèvent de politiques promouvant ou non l'intégration des soins ou la collaboration entre les différents dispensateurs des services (Brunette et al., 2008).

Concernant le continuum de soins, des problématiques plus spécifiques d'accès, de continuité ou d'intensité requise des services ont été citées à maintes reprises (Hopkins et al., 2018 ; House et al., 2018 ; Saxon et al., 2018). Concernant les variables organisationnelles, plusieurs conditions clés sont identifiées à travers la littérature, dont : la qualité des infrastructures physiques; l'intégration efficace de l'innovation aux autres services de l'hôpital et de la communauté; un leadership administratif et médical fort (Brunette et al., 2008); et l'intégration d'une démarche d'amélioration continue dans l'organisation (Brunette et al., 2008 ; Powell et al., 2015). Les variables limitantes les plus répertoriées étaient liées à des difficultés de collaboration et de communication interprofessionnelles (Collom et al., 2019) ainsi qu'au choc de cultures souvent issu d'une méconnaissance de certaines expertises professionnelles (Boudreaux et al., 2016 ; Huang et al., 2005 ; Mukherjee et al., 2019). Les variables liées aux professionnels de santé identifiés comme importantes dans la littérature concernaient la disponibilité, la diversité et l'expertise des cliniciens (Aarons et al., 2009) et intégraient les habiletés interpersonnelles de ceux-ci (Collom et al., 2019 ; Eales et al., 2006). Le fait que des formations continues soient disponibles a aussi été jugé central, puisqu'elles favorisent le déploiement de bonnes pratiques d'intervention et de traitements innovants (Powell et al., 2015). Peu d'études se sont intéressées à l'impact des variables liées aux profils des patients sur l'implantation des innovations aux urgences (références). Pour les innovations destinées aux grands utilisateurs aussi, les éléments clés de leur implantation ont peu été discutés (Hudon et al., 2019). Parmi le peu de recherches existantes sur le sujet, un facteur limitatif pour les grands utilisateurs est l'identification inappropriée des patients, c'est-à-dire un manque d'outils ou d'indicateurs pour repérer les patients concernés ainsi qu'un faible consensus quant auxquels des patients devaient bénéficier des interventions (Hudon et al., 2019). Au-delà de leurs enjeux d'implantation, il serait donc intéressant de se pencher sur l'efficacité supposée ou réelle de ces innovations.

Évaluer l'efficacité des bonnes pratiques destinées à améliorer l'accès et la continuité des soins en santé mentale depuis les urgences est important afin de renforcer la qualité des services basés sur les données probantes. Les résultats en termes de variables cliniques, sociodémographiques et liées à l'utilisation des services de ces innovations pour les patients en santé mentale aux urgences peuvent être évalués puisqu'ils sont en quelque sorte des indicateurs de résultats de l'efficacité des innovations destinées à améliorer la qualité des soins en santé mentale. Comme explicité auparavant, les études existantes s'intéressant à l'efficacité des innovations aux urgences ont par exemple démontré une diminution de l'utilisation des urgences et des hospitalisations (Fletcher et al., 2019 ; Röhrich et al., 2017) ainsi qu'une amélioration de la satisfaction envers les services (Hamilton-West et al., 2017 ; Noseworthy et al., 2014). Quelques-unes ont fait des liens entre mortalité, hospitalisation et crises suicidaires (Fleury et al., 2022 ; Gentil et al., 2022). Une revue des revues systématiques souligne néanmoins l'hétérogénéité de ces résultats en termes d'efficacité, ainsi qu'en matière de variables évaluées (van den Heede et al., 2016). Les études ont par ailleurs souligné plusieurs problèmes dans l'évaluation de l'efficacité des innovations conçues pour les grands utilisateurs des urgences (Hudon et al., 2016). Premièrement, les visites aux urgences des grands utilisateurs diminuent naturellement au fil du temps et le phénomène de régression à la moyenne (c'est-à-dire que si une variable est extrême au moment de sa première mesure, elle se rapprochera généralement de la moyenne lors de sa seconde mesure) peut biaiser les résultats. De nombreuses analyses ont été menées sur l'efficacité des innovations de gestion de cas.

Elles dénombraient des avantages tels que la réduction des visites aux urgences et des admissions à l'hôpital, une diminution globale des dépenses ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie (Moe et al., 2017). Peu d'études reflètent néanmoins des résultats illustrant une réponse « complète » aux besoins de soins complexes des patients, par exemple une combinaison de conditions physiques, psychiatriques et sociales. L'association entre la gestion de cas de haute intensité et son efficacité a été examinée dans d'autres populations, ce qui laisse penser que l'intensité de l'intervention pourrait améliorer l'efficacité des interventions en santé mentale. Certaines études ont également fait état de résultats équivoques, notamment en l'absence d'équipes interdisciplinaires, ou de coordination et d'intégration des soins (Hudon et al., 2016). À

cette fin, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de soins, ou *care plan*, combiné à la gestion de cas pourrait être une stratégie adaptée qui aurait le plus de chances d'être efficace et d'aboutir à des résultats positifs propices au rétablissement de patients (Hudon et al., 2016).

Pour conclure cette partie, il semble que plusieurs bonnes pratiques cherchant à améliorer différentes dimensions de la qualité des soins offerts aux patients ayant des TM, en particulier en ce qui a trait à leur accès ou leur continuité depuis les urgences, existent. Néanmoins, la littérature sur le sujet ne rapporte que très peu de descriptions précises des différents types d'innovations, de leurs conditions d'implantation ou de l'évaluation de leur efficacité. Considérant les problématiques de qualité et les impacts énoncés précédemment, il semble donc important de mieux étudier ces aspects afin d'encourager le développement de ce type d'innovations.

2.4. Synthèse de l'état des connaissances

Ce chapitre synthétique de l'état des connaissances a permis plusieurs constats. Tout d'abord, nous avons cerné les différents types de troubles de santé mentale, notamment les TM courants, graves et les TLS, et présenté leur prévalence. De plus, bien qu'il existe une organisation des soins spécifiques au secteur de la santé mentale au Québec et que celle-ci soit au cœur de réformes importantes depuis longtemps, certaines études tendent à montrer que la qualité des soins dans ce secteur n'est pas optimale. C'est particulièrement vrai pour l'accès aux services ou leur continuité, même si de plus en plus de personnes font des demandes de soins en santé mentale dans le contexte postpandémique actuel. Dans ce contexte, les urgences sont une porte d'entrée pour les services qu'utilisent les patients ayant des TM, y compris des TLS, et leur utilisation devient dès lors un moment stratégique pour mesurer certains aspects de la qualité des soins, en particulier des indicateurs d'accès et de continuité des services.

Nous avons ensuite évoqué la complexité liée à la fois à la définition, mais aussi à la mesure des concepts d'accès et de continuité des soins. Dans cette étude, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'accès et la continuité du suivi après une visite aux urgences pour les patients ayant des TM, des indicateurs pertinents aussi bien pour suggérer des améliorations dans les trajectoires de soins des patients que par rapport à leurs résultats de santé. Les déterminants et

profils de patients qui y sont associés, et qui ont peu été investigués jusqu'à présent dans la littérature, seront aussi étudiés. Enfin, nous avons évoqué les différents guides de pratiques et autres innovations destinés à améliorer l'accès et la continuité des soins en santé mentale depuis les urgences. Si de nombreux guides de pratique existent, leur implantation dans les organisations de santé semble assez faible. De plus, des études recensent ou évaluent des innovations liées à l'amélioration de l'accès et la continuité des soins, mais très peu ciblent les innovations depuis les urgences ou visent une population de patients ayant des TM, et peu tracent clairement les contours de ces innovations. Par ailleurs, les conditions d'implantation ainsi que l'efficacité de ces différents types d'intervention sont peu évaluées de manière uniforme, ce qui limite les connaissances à ce sujet ainsi que leur répliquabilité vers d'autres contextes.

Chapitre 3 — Cadre conceptuel

3.1 Cadre conceptuel

Dans cette section, nous présenterons le cadre conceptuel de notre étude, qui représente le suivi reçu depuis les urgences en se basant sur le modèle de Mee-Lee et Shulman (2003). D'après ce modèle, le suivi reçu après les urgences s'insère dans un continuum de soins et services qui va de la réception de services, en amont de la visite aux urgences, jusqu'à la mise en place et la tenue de bonnes pratiques pour soutenir le rétablissement dans la communauté. Le modèle d'Andersen (1995) a ensuite guidé notre choix de variables cliniques, sociodémographiques et liées à l'utilisation des services pouvant être associées à un suivi accessible et continu. Enfin, ces deux modèles (Mee-Lee et Shulman, 2003 et Andersen, 1995) ont été assemblés, dans la perspective des maladies chroniques de Wagner (2004), afin d'inclure dans le modèle les variables liées à l'organisation des soins et aux résultats de santé chez les patients.

Dans un premier temps, nos quatre articles ont mobilisé les composantes du modèle de Mee-Lee et Shulman (2003) pour conceptualiser le suivi reçu après les urgences. Celui-ci nous permet de distinguer les différentes étapes d'un suivi sur un « continuum de soins ». Ces étapes, au nombre de quatre, sont les suivantes : le *treatment engagement* (engagement dans le continuum de soins : visite aux urgences, A) ; le *early follow-up* (accès à un suivi rapide après la visite aux urgences, B), la *maintenance* (continuité du suivi après la visite aux urgences, C) et le *community support* (soutien dans la communauté après la visite aux urgences, D). Pour ce qui est de l'engagement sur le continuum de soins, il s'agissait de considérer l'utilisation des services par les patients avant et/ou au moment de leur engagement dans les soins, c'est-à-dire lors de leur visite aux urgences. Pour l'accès à un suivi rapide, nous nous intéressons particulièrement aux indicateurs d'accès liés à une prise en charge rapide se traduisant par un suivi dans les 30 jours maximum après une visite aux urgences. Pour ce qui est de la continuité du suivi après la visite aux urgences, nous l'investiguerons à plus long terme en surveillant deux indicateurs : le premier validera si deux suivis ont minimalement été reçus en 90 jours et le second si au moins 5 suivis ont été reçus durant les 365 jours suivant la visite aux urgences.

En ce qui a trait au soutien dans la communauté après la visite aux urgences, certaines innovations recensées depuis les urgences seront analysées, tout comme leur implantation et leur efficacité.

Les deux premiers articles ont également mobilisé le cadre d'Andersen (1995). En effet, l'objectif était de représenter les caractéristiques des patients afin de souligner leur association probable avec chaque élément sur le continuum de services en vue de l'obtention ou non d'un suivi accessible et continu. Plus précisément, le modèle d'Andersen (1995) intègre trois types de variables caractérisant l'utilisation des services : a) les variables cliniques ou les « besoins », qui regroupent les diagnostics en santé mentale ou physique, ou les perceptions des besoins ; b) les variables sociodémographiques ou les « prédisposants », liés aux caractéristiques sociodémographiques des individus, à leur appartenance sociale, à leurs croyances et à leurs attitudes devant les systèmes de santé ; et c) les variables liées à l'utilisation des services ou « facilitateurs », qui relèvent davantage du contexte et de l'environnement et comprennent par exemple le revenu, la distance physique par rapport aux services, le soutien social, les services disponibles et autres éléments pouvant faciliter ou empêcher les individus de recourir aux services. La présence de ces variables détermine l'utilisation ou non d'un service dans une situation donnée, intégrant une diversité de variables permettant d'étudier en amont et en aval les services dispensés liés à l'utilisation des urgences.

Enfin, dans le cadre conceptuel final (voir Figure 1), le suivi après la visite aux urgences dans une perspective de continuum de soins s'assemble aux variables cliniques, sociodémographiques et à celles qui sont liées à l'utilisation des services associés, suivant la perspective des maladies chroniques de Wagner (2004). Comme explicité par notre recension des écrits, cette perspective est particulièrement pertinente pour mieux servir l'objectif de rétablissement des patients et l'élaboration de pratiques de travail en équipe qui répondent mieux à la prise en charge continue des patients ayant des maladies physiques chroniques dont les TM, incluant les TLS. Deux éléments s'ajoutent à notre cadre théorique, soit 1) la composition et la structure du modèle de prestation de soins, en particulier le ou les professionnel(s) ou les service(s) de santé qui dispense(nt) les soins avant ou après le passage aux urgences comme les urgences elles-mêmes, le médecin, le psychiatre ou le CLSC (voir tous nos articles) et 2) les résultats de santé pour les patients (voir articles 2 et 4).

En effet, notre modèle théorique place l'accès et la continuité des soins au cœur du processus et suppose donc que le dispensateur de soins a une incidence sur celle-ci. Dans un second temps, nous supposons que l'amélioration des résultats de santé des patients découle de l'amélioration de la qualité de ces soins. Plus précisément, les résultats seront évalués via différents indicateurs choisis à partir de la recension de la littérature et liés à la fois à l'utilisation des services et à l'amélioration des caractéristiques cliniques et sociales des patients (voir deux derniers articles). Ce cadre conceptuel final est représenté dans la **Figure 1** ici-bas.

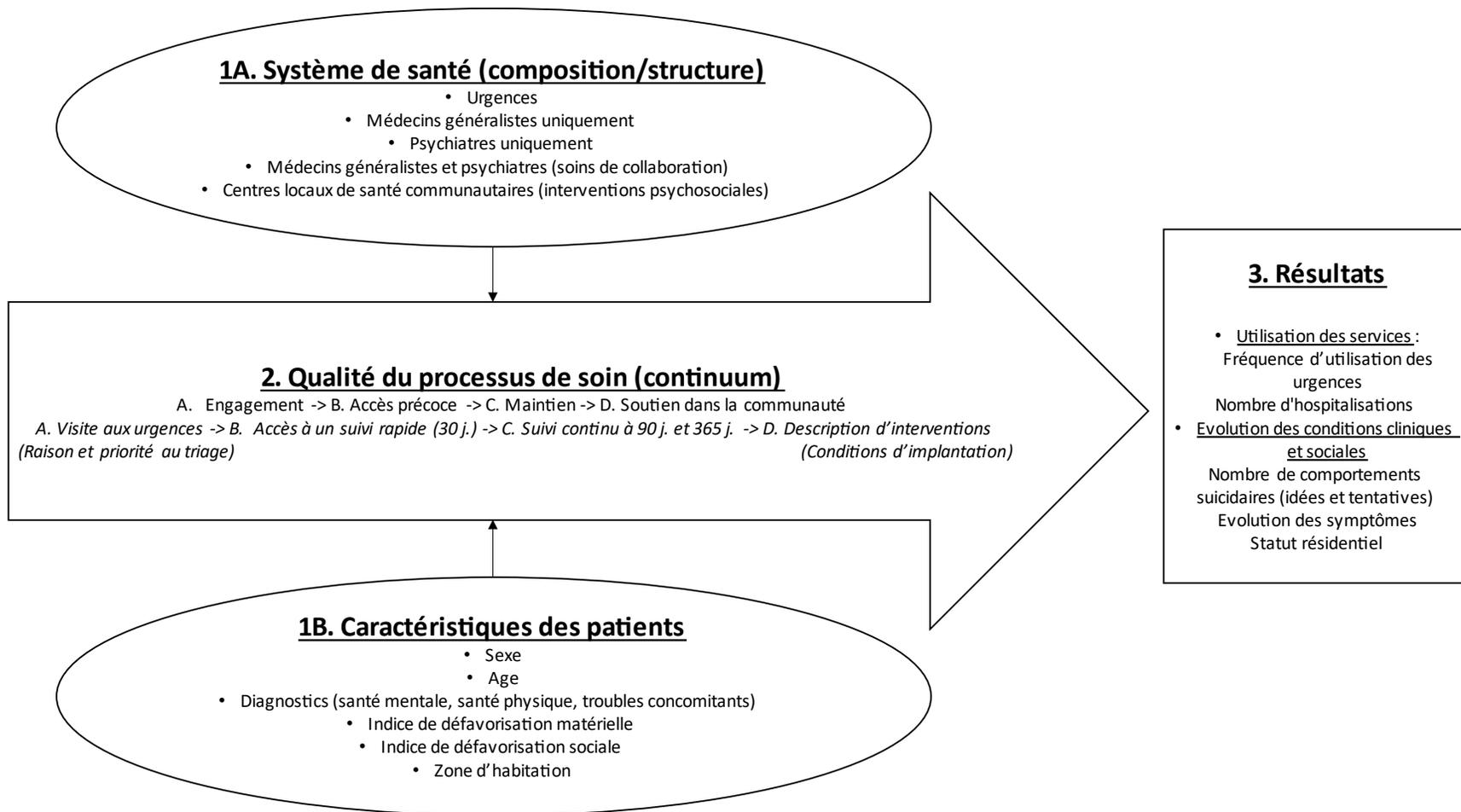


Figure 1. – Cadre conceptuel de la présente étude

3.2 Objectif général et objectifs spécifiques

Dans cette étude, notre objectif principal sera donc d'identifier les déterminants, les profils de patients et les innovations associés à un suivi accessible et continu suivant une visite aux urgences de patients ayant des TM au Québec ainsi que les résultats de santé associés. Nous chercherons en particulier à :

- 1) étudier les déterminants de l'accès aux soins et de la continuité du suivi médical reçu après une visite aux urgences par des patients ayant des TM, et ce, à court terme, c'est-à-dire sur 30 jours (voir article 1) et à moyen ou long terme, soit entre 90 et 365 jours (voir article 2) ;
- 2) analyser les profils de patients et résultats de santé associés à la qualité du suivi après une visite aux urgences par des patients ayant un TM incident (voir article 2) ;
- 3) identifier des innovations organisationnelles aux urgences visant à améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec TM ainsi que leurs conditions d'implantation (voir article 3) ;
- 4) et rapporter les innovations organisationnelles ainsi que leurs effets, notamment sur les grands utilisateurs des urgences ayant des TM (voir article 4) ;

Les deux premiers articles mesurent l'accès aux soins et la continuité du suivi offert aux patients ayant des TM, y compris les TLS, qui visitent les urgences au Québec, et les déterminants associés à ces deux concepts (accès et continuité). L'objectif spécifique du premier article est l'identification des caractéristiques cliniques, sociodémographiques et d'utilisation des services associées à l'accès à un suivi rapide sur moins de 30 jours pour les patients ayant visité les urgences et ayant un TM. Le deuxième article identifie les profils des patients ayant un TM incident selon un suivi ambulatoire accessible et continu après une visite aux urgences sur une période de 12 mois, soit à 30, 90 et 365 jours, les variables sociodémographiques et cliniques associées, ainsi que les résultats de santé de ces patients à long terme (pendant 24 mois).

Les deux derniers articles portent sur la recension des innovations organisationnelles destinées à améliorer l'accès et la continuité des soins offerts aux patients ayant des TM depuis les urgences. Plus précisément, il s'agira dans le troisième article de faire la revue narrative des innovations

organisationnelles destinées à améliorer l'accès et la continuité des soins offerts aux patients ayant des TM et visitant les urgences, à partir de leurs conditions d'implantation. Les objectifs spécifiques de cet article sont : la description brève de plusieurs innovations déployées aux urgences ; la présentation de trois de ces innovations implantées dans un service d'urgence psychiatrique du Québec ; et l'identification des principales variables facilitant ou entravant les innovations déployées aux urgences.

Dans le quatrième article, une revue systématique de l'efficacité des innovations destinées à améliorer l'accès et la continuité des soins prodigués aux grands utilisateurs des urgences en santé mentale sera menée. Les objectifs spécifiques de cet article étaient d'identifier et d'examiner les innovations visant à réduire le recours aux urgences chez les grands utilisateurs des urgences ayant des problèmes de santé mentale tout en évaluant leur efficacité à améliorer d'autres types d'utilisation des services comme les services ambulatoires et les hospitalisations et les conditions cliniques ou sociales des patients.

Chapitre 4 — Méthodes

4.1. Contexte du projet de recherche

La présente étude s'intègre dans le projet de recherche de Marie-Josée Fleury, professeure titulaire au département de psychiatrie de l'Université McGill et professeure associée au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l'École de Santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) portant sur les « grands utilisateurs des urgences en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services » (Instituts de recherche en santé du Canada, 8 400 997). Dans ce chapitre, nous présenterons successivement les devis de recherche utilisés pour répondre à nos objectifs spécifiques, et ce, en deux parties : la première recouvre nos deux premiers articles, des études épidémiologiques, et la deuxième les deux derniers, qui sont des recensions de la littérature.

Les deux premiers articles ont fait l'état des lieux de l'accès aux soins et de la continuité du suivi après une visite aux urgences par des personnes ayant des TM au Québec. Pour ce faire, nous avons exploité les données de la cohorte présentée ci-après. Dans le cadre de ce projet, une cohorte a été constituée incluant des patients ayant des TM et ayant visité un des six sites de quatre urgences du Québec en 2014 et 2015, l'année index correspondant à l'année financière du 1^{er} avril au 31 mars. Les données administratives de santé, issues du jumelage de différentes sources de données présentées par la suite et commandées à la RAMQ ont été colligées sur une période de 5 ans, soit entre 2012-2013 et 2016-2017, ou jusqu'au moment de la perte du suivi par le patient à cause d'une mortalité, d'un déménagement hors de la province, etc. Cette cohorte est constituée au total de 12 000 patients, soit 3 000 par urgence (selon le site, tous les patients d'une urgence ont été recrutés pour atteindre le nombre recherché ou alors un usager sur deux a été sélectionné au hasard). Ces patients avaient visité les urgences dans un des quatre territoires à l'étude, qui comprend 6 urgences hospitalières du Québec, à savoir l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, un centre hospitalier hébergeant un centre de soins généraux et un site de soins spécialisés ; l'Hôpital du Sacré-Cœur, un centre intégré de santé et service sociaux ; le Centre hospitalier Pierre-Boucher ; les deux sites du Centre Hospitalier de

l'Université de Laval-CHUL ; l'Enfant-Jésus ; et le Saint-Sacrement. Ces territoires hébergent environ 2 millions d'habitants, soit un quart de la population québécoise, et reflètent les différents types d'urgences en santé mentale au Québec : urgence intégrée à un grand hôpital psychiatrique, urgence intégrée à un hôpital psychiatrique, fusionnée à un hôpital général, urgence psychiatrique comprise dans un hôpital général universitaire, urgence générale dans un hôpital général. Ces types d'urgences se distinguent par les types d'innovations qu'elles déploient pour répondre aux besoins des patients : trois des sites avaient par exemple des infirmières de liaison en dépendance ou des unités d'évaluation brève.

Dans les deux derniers articles, l'objectif était de formuler des recommandations pour améliorer les services. Une revue narrative et une revue systématique ont donc été menées. La première suivait une méthodologie de revue narrative et portait sur les innovations organisationnelles aux urgences visant à améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec des TM, en particulier en ce qui a trait à leurs conditions d'implantation. La seconde revue portait sur l'efficacité des innovations destinées aux grands utilisateurs des urgences en santé mentale et suivait une méthodologie de revue systématique de la littérature.

Concernant les procédures éthiques pour effectuer cette recherche, les données clinico-administratives ont été livrées en juillet 2018, après l'obtention de l'autorisation de la Commission d'accès à l'information (CAI, décembre 2017). Un certificat d'éthique qui a permis la création et l'exploitation des données a lui aussi été obtenu (projet multisite à l'Institut Douglas en 2016 renouvelé pour l'obtention d'une subvention complémentaire sur les urgences obtenues par la professeure Fleury et son équipe aux IRSC à l'hiver 2020). Enfin, le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a, en septembre 2020, validé le certificat d'éthique pour l'exploitation de ces données dans le cadre de cette étude (**Annexes 1 et 2**).

4.2. Objectifs 1 et 2 : Étude quantitative

4.2.1. Devis et échantillons

Le devis retenu pour répondre aux deux premiers objectifs de notre étude était corrélational et longitudinal, de type suivi d'une cohorte (Contandriopoulos et al., 2005). La taille de l'échantillon a été estimée en fonction de la proportion entre groupes de comparaison, le nombre de points temporels (5 années de suivi dans l'étude, soit de 2012-13 à 2016-17) et la corrélation entre les points dans le temps (environ 0,5 selon des tests préliminaires sur bases de données comparables). L'estimation de notre taille de cohorte (n=12 000) est donc conforme à la procédure privilégiée par Diggle et al. (2013). La cohorte précédemment décrite a été constituée à partir d'une base de données clinico-administrative diversifiée obtenue par le jumelage de données provenant de sources variées, et ce, à partir de l'année index 2014-2015. Les données appariées pour chaque usager rassemblaient les fichiers suivants :

- 1) le **FIPA** ou **Fichier d'inscription des personnes assurées** (inscription des personnes assurées par nom, sexe et date de naissance) ;
- 2) la **RAMQ** ou **Régie de l'assurance maladie du Québec** (informant sur le type de médecin, le code diagnostique, la fréquence des visites, le lieu d'exercice et le type d'établissement) ;
- 3) le **MED-ECHO** ou **Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière** (informant du nombre d'hospitalisations et de leur durée ainsi que de leurs raisons principales et secondaires, entre autres les crises suicidaires) ;
- 4) le **I-CLSC** ou **Système d'information des centres locaux de services communautaires (CLSC)** (informant du programme intégré et de l'intensité des soins reçus) ;
- 5) et la **BDCU** ou **Banque de données communes des urgences** (indiquant par exemple la priorité au triage sur une échelle de 1 à 5 en fonction de la sévérité des conditions, la raison de la visite et les références données au moment du congé).

Ces fichiers couvraient la totalité de la période d'étude (de 2012 à 2017) excepté pour la BDCU, disponible uniquement à partir de 2014.

La définition des variables liées aux TM était basée sur les codes diagnostiques ICD-9 et ICD-10 (voir Article 1, *Table 1*). Les variables étaient appariées à partir d'un identifiant de recherche associé à chaque usager et les données, compilées pour chaque année à l'étude. Les consultations médicales ont été compilées en intégrant deux BDA, soit la RAMQ et le I-CLSC. Des variables agrégées ont été aussi créées et intégrées aux analyses, par exemple les TM courants, le proxy pour les médecins de famille et omnipraticiens les plus souvent consultés pour chaque patient.

4.2.2. Population à l'étude et critères d'inclusion

Dans les deux premiers articles, certains critères d'inclusion des patients dans la cohorte étaient similaires : a) être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; b) être âgés de 12 ans et plus ; et c) résider au Québec. Pour le premier article, un critère additionnel a été retenu, soit d'avoir reçu, lors d'une visite en 2014-2015 à l'année index, un diagnostic de TM, de TLS ou avoir présenté des comportements suicidaires. Cet échantillon excluait les patients hospitalisés au moment de leur visite index aux urgences (n=613, 6 %) ou pendant la période de suivi. Au total, ce sous-échantillon de la cohorte, pour ce premier article, était constitué de 9 514 patients. Dans le deuxième article, un autre critère était plus particulièrement d'avoir reçu un diagnostic de TM, y compris un TLS, incident lors de la première visite aux urgences en 2014-2015, soit l'année index, définie à partir d'une période antérieure de deux ans sans diagnostic de TM. Parmi ces patients, 278 ont été exclus, leur trajectoire de soins les empêchant de recevoir un suivi dans les délais impartis. Plus précisément ont été exclus 93 patients hospitalisés plus de 30 jours après leur visite aux urgences et 185 patients hospitalisés pendant au moins un tiers de la période de suivi après leur visite aux urgences. L'échantillon final pour cet article comprenait 2 541 patients.

4.2.3. Variables à l'étude et instruments de mesure

Conformément au cadre théorique, le traitement des données a été balisé par le modèle d'utilisation des services d'Andersen (1995), l'un des plus utilisés et connus dans le domaine.

Comme nous l'avons déjà indiqué, ce modèle est spécifiquement utilisé pour classifier les variables en trois catégories : a) cliniques, b) sociodémographiques et c) liées à l'utilisation des services. L'opérationnalisation de ces variables liée de notre recension des écrits est retranscrite ci-dessous, par catégorie et par article.

Notre recension des écrits a établi que la sévérité du diagnostic clinique des patients (le fait d'avoir par exemple des TM graves, des TLS, des maladies physiques chroniques, des troubles concomitants ou encore des comportements suicidaires) pouvait potentiellement limiter la qualité du suivi reçu depuis les urgences. Les variables cliniques suivantes ont été mesurées sur trois ans, soit de 2012-2013 à 2014-2015, excepté pour le motif de recours aux urgences et la sévérité du diagnostic, qui ont plutôt été mesurés lors de la visite aux urgences à l'année index. Ces variables ont été intégrées à notre modèle. En s'appuyant sur des recherches antérieures, une période de recul de 2 ans a été établie pour mieux refléter les cas incidents, en cohérence avec la période de rétablissement établie par les guides de pratique (Schotanus-Dijkstra et al., 2019 ; Xie et al., 2005). Les variables se déclinaient comme suit :

Variabiles cliniques	Type de variable	Définition de la variable	Sources et années (extraction données)	Articles concernés
TM (TM)	Catégorielle : a) TM graves b) TM courants	TM courants : troubles dépressifs, anxieux et de l'adaptation ; TM graves : spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles bipolaires Troubles de la personnalité limite	RAMQ (2012-2013 à 2014-2015)	1 et 2
Troubles liés à une substance (TLS)	Catégorielle a) troubles liés à l'alcool b) troubles liés à la drogue		RAMQ (2012-2013 à 2014-2015)	1 et 2
Maladies physiques chroniques	Dichotomique (oui ou non) Si oui, catégorielle (indice de sévérité)	Codes d'Elixhauser et de Charlson (INSPQ, 2018)	RAMQ (2012-13 à 2014-15)	1 et 2

Troubles concomitants	Dichotomique (oui ou non) : TM, TLS et maladies physiques chroniques		RAMQ (2012-13 à 2014-15)	1
Motifs de recours aux urgences	Catégorielle : a) idées suicidaires b) tentative de suicide c) violence ou problèmes sociaux		BCDU (2015)	1 et 2
Sévérité du diagnostic (niveau de priorité au triage)	Catégorielle : 1-2, 3, 4-5		BCDU (2015)	1

Concernant les variables sociodémographiques, la recension des écrits a fait émerger le sexe, l'âge, la défavorisation sociale ou matérielle et les zones d'habitation comme étant des variables potentiellement associés à un suivi de qualité après une visite aux urgences. Bien que les résultats autour de l'association entre variables sociodémographiques et suivi de qualité ne fassent pas consensus dans la littérature, les variables suivantes ont néanmoins été testées (et mesurées en 2014-2015 lors de l'utilisation de l'urgence durant l'année index) :

Variables sociodémographiques	Type de variable	Définition de la variable	Sources et années (extraction données)	Articles concernés
Sexe (variable dichotomique : homme ou femme)	Dichotomique : homme ou femme		FIPA (2014-2015)	1 et 2
Groupe d'âge	Catégorielle : 12-17 ans ; 18-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans ; et 65 ans et +		FIPA (2014-2015)	1 et 2
Indice de défavorisation matérielle	Catégorielle : 0-5	Cinquième quintile = niveau défavorisation le plus élevé (Pampalon et al., 2009)	RAMQ (2014-2015)	1 et 2
Indice de défavorisation sociale	Catégorielle : 0-5	Cinquième quintile = niveau défavorisation le plus élevé (Pampalon et al., 2009)	RAMQ (2014-2015)	1 et 2

Région administrative de la résidence	Catégorielle : régions universitaires ; périphériques* ou urbaines ; semi-urbaines ; ou rurales**		RAMQ (2014-2015)	1* et 2**
---------------------------------------	---	--	------------------	-----------

* : Article 1 et ** : Article 2

Enfin, pour les variables relatives à l'utilisation des services, l'affiliation à un professionnel ou un médecin traitant ainsi qu'une fréquence de soins adéquate étaient associés à un suivi de qualité dans notre recension des écrits. D'autre part, la continuité d'une prise en charge au « préalable » pouvait être associée à des soins de qualité dans le futur. L'indice d'UPC, qui enregistre la continuité du suivi médical, a été intégré dans nos mesures. Nous avons donc retenu les variables suivantes, qui ont été mesurées au cours des 12 mois précédant la visite aux urgences ou lors de l'année index pour le fait d'avoir un médecin de famille et l'orientation à la sortie :

Variables liées à l'utilisation des services	Type de variable	Définition de la variable	Sources et années (extraction données)	Articles concernés
Avoir un médecin de famille	Dichotomique (oui ou non)		BDCU (2014-2015)	1,2
Médecin traitant pour les soins ambulatoires	Catégorielle : omnipraticien uniquement ; psychiatre uniquement ; les deux ; aucun		RAMQ (2014-2015)	1,2
Nombre de consultations avec l'omnipraticien traitant	Catégorielle : 0-1, 2, 3 ou 4+ (0-1, 2-3, 4+ (2))		RAMQ (2012-2013 à 2014-2015)	1,2
Nombre de consultations avec le psychiatre traitant (variable catégorielle de 0, 1-2, 3+)	Catégorielle : 0-1, 2, 3 ou 4+ (0-1, 2-3, 4+ (2))		RAMQ (2012-13 à 2014-2015)	1,2
Continuité des soins — Indice de continuité du médecin traitant intégrant l'omnipraticien et le psychiatre (UPC)	Catégorielle : 0-0,50, 0,51-0,79, 0,80+* ou dichotomique (>.67) : oui/non**		RAMQ (2012-2013 à 2014-2015)	1*,2**
Nombre d'interventions psychosociales dans les CLSC, hors consultations de médecins omnipraticiens	Catégorielle : 0, 1-2, 3+		I-CLSC (2012-2013 à 2014-2015)	1,2
Nombre de visites aux urgences pour raison principale de santé mentale	Catégorielle : 0, 1-2, 3+		RAMQ et BDCU (2014-2015)	1
Nombre d'hospitalisations pour raison principale de santé mentale	Catégorielle : 0, 1-2, 3+		MED-ECHO (2012-2013 à 2014-2015)	1

Orientation après la sortie des urgences	Catégorielle : omnipraticien, CLSC ou organisme communautaire, autre (transfert vers d'autres services) ou aucune		BDCU (2014-2015)	1
Au moins une consultation à 30 jours	Dichotomique (oui ou non)	Indicateur d'accès	RAMQ et I-CLSC (2014-16)	2
Au moins deux consultations à 90 jours	Dichotomique (oui ou non)	Indicateur de continuité	RAMQ et I-CLSC (2014-16)	2
Au moins deux consultations dans les 90 premiers jours et trois consultations entre 91 et 365 jours après la visite à l'urgence	Dichotomique (oui ou non)	Indicateur de continuité	RAMQ et I-CLSC (2014-16)	2
Fréquentation élevée des urgences (à raison de 3 visites ou plus par an) pour cause de santé mentale	Dichotomique (oui ou non)	Résultats de santé	RAMQ et BDCU (2014-15 à 2016-17)	2
Hospitalisation pour raison principale de santé mentale	Dichotomique (oui ou non)	Résultats de santé	MED-ECHO (2014-15 à 2016-17)	2

* : Article 1 et ** : Article 2

Dans le premier objectif, la variable dépendante avait trait à l'accès rapide, c'est-à-dire à l'intérieur de 30 jours, à un suivi médical (variable dichotomique : oui ou non) après l'utilisation du service d'urgence durant l'année index ou de recrutement des patients (2014-2015). Compte tenu des difficultés d'accès propres au système québécois ainsi que des différentes mesures préconisées par la littérature et les guides de pratiques, cet indicateur a été privilégié. Un suivi médical rapide après une visite aux urgences pouvait être assuré par un psychiatre ou un omnipraticien travaillant à l'hôpital ou dans les groupes de médecine de famille. Pour le deuxième objectif, notre variable dépendante était l'appartenance à une des cinq classes résultant de notre analyse de classe latente en fonction des indicateurs d'accès et de continuité retenus. L'appartenance à une classe a par la suite été associée à des déterminants, soit les variables cliniques, sociodémographiques et liées à l'utilisation des services précédemment citées, et à des résultats de santé.

4.2.4. Plan d'analyse des données pour les deux premiers articles

Les analyses ont été effectuées avec la version 24.0 du logiciel SPSS pour Windows (premier article), le logiciel Stata 15 (deuxième article, toutes les analyses sauf celle de classe latente) et SAS 9.4 pour Windows (deuxième article, analyse de classe latente). Des analyses descriptives et bivariées ont été effectuées dans les deux premiers articles. La corrélation intraclasse entre les unités hospitalières incluses (n=106) était faible avec un coefficient de 0,018. Il n'a pas été nécessaire d'effectuer des analyses multiniveaux entre les différents sites à l'étude pour le traitement des données. Une analyse bivariée a examiné les associations entre nos variables dépendantes (VD) et indépendantes (VI) dans le premier article entre le suivi à 30 jours (VD) et les trois autres types de variables (cliniques, sociodémographiques et lié à l'utilisation des services). Pour le deuxième article, l'analyse bivariée a considéré les liens entre l'appartenance à un profil (VD), les variables sociodémographiques et cliniques, et les résultats de santé (VI). Des tests de colinéarité ont aussi été effectués à partir de variables d'inflation de la variance (niveau maximal de 5 pour VIF) et des tests de tolérance. Ils ont permis d'écarter des variables en colinéarité et d'ainsi adopter des modèles finaux robustes.

Pour le premier article, les variables indépendantes sans colinéarité ont été introduites dans un modèle de régression logistique de type hiérarchique avec un alpha fixé à $< 0,10$. La catégorie de référence pour la VD était les patients sans accès à un suivi rapide aux urgences, c'est-à-dire qui n'étaient toujours pas suivis par un médecin omnipraticien ou psychiatre dans les 30 jours suivant leur visite aux urgences. Les variables indépendantes ont ensuite été entrées par blocs suivant leur ordre d'importance, défini à partir de notre revue de littérature. Ainsi, ont d'abord été considérées les caractéristiques cliniques du patient, puis les caractéristiques sociodémographiques, et enfin les variables d'utilisation des services, que nous voulions particulièrement tester. Une sélection ascendante (*forward stepwise selection*) a été utilisée pour entrer les variables dans le modèle de régression logistique hiérarchique pour l'estimation des paramètres. Le critère d'information d'Akaike (AIC) a été utilisé pour la sélection du modèle final, choix basé sur le plus petit AIC. Les rapports de chances ont été calculés avec des intervalles de confiance à 95 %.

Le deuxième article a analysé les classes latentes (LCA) pour identifier des profils des patients en se basant sur la qualité de leur suivi après leur sortie des urgences. Le LCA est une technique identifiant l'hétérogénéité de la population en analysant les modèles individuels de comportement pour des types communs ou des « classes ». Le LCA considère des variables pour évaluer la qualité du modèle à l'aide de statistiques de vraisemblance. Une série de modèles de classes latentes a été produite et évalué un modèle allant de 1 à 6 classes. Quatre indices (AIC, BIC ou critère d'information de Bayes, CAIC ou AIC corrigé, et valeur d'entropie) ont permis de déterminer le modèle le plus adapté statistiquement. Une comparaison avec les autres études de profils présentes dans la littérature et la prise en compte de la réalité clinique des milieux observés ont également permis de sélectionner le modèle.

4.3. Objectifs 3 et 4 : recensions de la littérature

4.3.1. Devis et échantillons

Dans le troisième article, l'équipe de recherche a fait une revue narrative et l'a intégrée aux résultats d'une étude mixte (Creswell et al., 2004) dont la collecte des données fut effectuée en 2019 auprès de cliniciens, patients et proches. Pour répondre à notre troisième objectif, nous avons réalisé une revue narrative selon le guide de bonnes pratiques de la revue narrative mises à jour par l'INSPQ (2021). Ce type de revue s'applique particulièrement bien aux questions larges et aux sujets complexes qui caractérisent la santé publique et permet de rapidement donner un aperçu des tendances majeures sur un sujet donné. L'objectif était de recenser les innovations organisationnelles menées aux urgences pour améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec des TM. Les études pertinentes publiées entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2021 ont été identifiées à partir des bases de données GoogleScholar et PubMed. La stratégie de recherche a été élaborée pour les bases de données sélectionnées à l'aide des mots clés initiaux « *interventions/innovations* », « *emergency department* », « *mental health* » et « *efficiency/results* ». La recherche s'est limitée aux études rédigées en anglais ou en français. Nous avons aussi recherché manuellement les références secondaires mentionnées par les

articles identifiés. Enfin, la recension des revues systématiques récentes sur le sujet a été privilégiée afin d'offrir un horizon large des différentes innovations possibles.

Le quatrième article reporte une revue systématique réalisée à partir des lignes directrices pour les revues systématiques sur l'efficacité éditées par Cochrane (Tufanaru et al., 2020), et en concordance avec le *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) pour la rédaction de l'article (Gedda, 2015). Les études pertinentes publiées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 30 avril 2022 ont été identifiées grâce aux bases de données PubMed, Scopus, Web of Science, Ovid et Cochrane Library. La stratégie de recherche, validée par une bibliothécaire universitaire de l'ESPUM, a été élaborée pour les bases de données sélectionnées à l'aide d'opérateurs booléens et des mots clés initiaux « *frequent/high users* », « *emergency department* », « *mental health* », « *interventions/innovations* » et « *efficacy/results* ». Les *medical subject headings* (termes MeSH) ont été utilisés pour étendre la recherche aux cinq bases de données. La recherche s'en est tenue aux études rédigées en anglais ou en français et une recherche manuelle des références secondaires mentionnées par les articles identifiés a été effectuée.

4.3.2. Population à l'étude et critères d'inclusion

Ainsi, les articles inclus dans la revue narrative (voir troisième article) devaient :

- décrire des innovations organisationnelles menées aux urgences pour améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec des TM ;
- avoir été publiés entre 2010 à 2021 (l'année 2010 a été choisie de manière à refléter le caractère innovant des interventions recensées) ;
- avoir été rédigés en anglais ou en français ;
- contenir au moins une mesure quantitative ou qualitative permettant de mieux comprendre les variables facilitant et limitant l'implantation des innovations.

Nous avons exclu les articles portant sur des innovations qui :

- se concentraient sur des populations trop spécifiques et/ou pour lesquelles les recommandations pouvaient différer de celles pour la population ciblée, comme les enfants et adolescents ou les populations en milieu carcéral ;
- concernaient des populations n'ayant pas reçu de diagnostic spécifique de TM ;
- ou avaient été implantées hors des urgences.

Dans le quatrième article, les études devaient satisfaire les critères PICOS (Population, Intervention, Comparaison, Résultat et Étude). En ce qui concerne la « population », des profils associés à des besoins de santé importants, tels que les utilisateurs ayant eu des visites répétées aux urgences (2 visites ou plus par an), que les grands utilisateurs des urgences (3 visites ou plus par an) pour un TM et ayant des problèmes sociaux connexes, par exemple d'itinérance, ont été inclus. Tous les types d'« interventions » mis en œuvre aux urgences et visant à améliorer l'utilisation des urgences et d'autres services ont été pris en compte. La démarche de « comparaison » séparait les patients des urgences qui avaient bénéficié ou non d'interventions visant à réduire le recours aux urgences. En ce qui concerne les « résultats », le principal était la modification du recours aux urgences après une innovation, tandis que les résultats secondaires avaient trait aux variations dans l'utilisation d'autres services comme les hospitalisations et le recours aux services ambulatoires. Les autres résultats évalués comprenaient les conditions cliniques, notamment la persistance du TM, et les conditions sociales comme le statut résidentiel des patients après qu'ils eussent bénéficié d'une innovation. À partir du référentiel Cochrane (Tufanaru et al., 2020), une des conditions pour déterminer les résultats de santé à l'étude dans cette revue systématique était qu'au moins deux études primaires évaluent un même type de résultat (par exemple, au moins deux études rapportant l'évolution des conditions cliniques). En ce qui concerne le type de « devis de l'étude », les essais contrôlés randomisés ainsi que les études expérimentales de type pré-post ont été considérés dans la revue systématique. Les études qualitatives ou observationnelles, les études sans données primaires, les examens systématiques et les méta-analyses ainsi que les études rédigées dans une langue autre que le français ou l'anglais ont été exclus. Les études qui n'avaient pas été menées dans des pays membres de l'OCDE ont également été exclues afin de s'assurer que les innovations rapportées aient été proposées dans des pays dotés de systèmes de santé comparables.

4.3.3. Variables à l'étude et instruments de mesure

Pour mener la recension narrative du troisième article, nous avons principalement utilisé GoogleScholar, un moteur de recherche fédéré qui permet de rechercher dans plusieurs bases de données à partir d'une interface unique. Les bases de données consultées incluaient par exemple Pubmed, Embase et PsycINFO. Pour s'assurer d'une certaine cohérence, la base de données Pubmed a par la suite été exploitée afin de valider les premiers résultats obtenus. Le premier auteur (MG) a effectué la recherche et identifié les résumés pertinents alors que le deuxième auteur (MJF) a arbitré les choix d'inclusion et d'exclusion des articles. Lorsque plusieurs articles faisaient référence aux mêmes données et rapportaient de mêmes résultats, un seul article a été retenu pour l'analyse.

Pour la revue systématique du quatrième article, les études pertinentes ont été identifiées à l'aide de cinq bases de données, soit PubMed, Scopus, Web of Science, Ovid et Cochrane Library, avec le soutien d'une bibliothécaire spécialisée en santé publique. Tout d'abord, deux chercheurs ont indépendamment recherché et examiné les titres et les résumés des études identifiés dans les recherches de bases de données en fonction des critères d'inclusion des études. Un troisième chercheur a résolu les désaccords entre les réviseurs, d'une marge de moins de 5 %. Deuxièmement, les premiers chercheurs ont examiné de manière indépendante les articles sélectionnés pour l'examen du texte intégral en appliquant un seul et même processus. Troisièmement, une évaluation de la qualité a été effectuée sur les études retenues pour examen, suivant la deuxième étape du processus de recherche. L'évaluation de la qualité se penchait sur 19 éléments, dont les détails des innovations, la définition des résultats et la conception de l'étude, et fonctionnait selon un système de classement comprenant une qualité moyenne, bonne ou très bonne.

4.3.4. Plan d'analyse des données

Dans la recension narrative du troisième article, on a sélectionné certains articles puis compilé et synthétisé les éléments suivants : auteurs, année de publication, années de collection des données, devis de l'étude, secteur de soins de l'étude (urgences générales, psychiatriques ou autres), population étudiée, description de l'innovation étudiée (personnel de santé impliqué,

type d'intervention, etc.), indicateurs de qualité potentiellement évalués et éléments décrivant l'implantation de l'innovation. Une fois toutes les données compilées, les articles recensés ont été classés selon le type d'innovations décrites. Six catégories ont ainsi été créées. Nous avons triangulé les données obtenues dans la recension narrative et l'étude mixte à partir d'une grille d'analyse issue du cadre de Fleury et al. (2019), ce qui a permis d'analyser les données en les regroupant en variables facilitant ou entravant les innovations à partir de quatre dimensions reliées entre elles : le système global de santé, l'organisation des urgences, les caractéristiques des professionnels de santé et le profil des patients.

Dans la revue systématique du quatrième article, un tableau d'extraction des données a été élaboré. Les données de chacune des études sélectionnées ont été extraites comme suit : informations générales (auteurs, pays et année), population étudiée (type de patients et de recours aux urgences), méthodes (comme la conception de l'étude et la source des données) ; types d'innovation (description de l'innovation, personnel de santé impliqué, etc.) ; et résultats (recours aux urgences, hospitalisations et recours aux services ambulatoires). Une fois toutes les données compilées, les articles recensés ont été classés selon le type d'innovations qu'ils décrivaient, créant ainsi quatre catégories.

Chapitre 5 — Résultats

Cette section rapporte les résultats de notre étude sous la forme de quatre articles scientifiques répondant à nos objectifs spécifiques. Les trois premiers articles, rédigés en anglais (2) et en français (1) ont été publiés dans des revues internationales avec arbitrage par les pairs et le quatrième est accepté avec révisions mineures, lui aussi dans une revue internationale avec arbitrage par les pairs. Le premier article portait plus précisément sur l'identification des caractéristiques des patients (cliniques, sociodémographiques et d'utilisation des services) associés à l'accès à un suivi rapide (≤ 30 jours) pour les patients ayant visité les urgences et ayant un TM.

Dans le deuxième article, il s'agissait d'identifier le profil des patients ayant un TM incident selon un suivi ambulatoire accessible et continu après une visite aux urgences sur une période de 12 mois (à 30, 90 et 365 jours) ; les variables sociodémographiques et cliniques associées ; et les résultats de santé de ces patients à long terme (24 mois).

Basé sur une recension narrative des écrits, le troisième article recensait les innovations organisationnelles visant à améliorer l'accès et la continuité des soins offerts aux patients utilisant les urgences et ayant des TM, en particulier à partir de leurs conditions d'implantation. Plus précisément, il s'agissait de décrire brièvement plusieurs des innovations déployées aux urgences, d'en présenter trois qui avaient été implantées dans un service d'urgence psychiatrique du Québec, et de cerner les principales variables facilitant ou entravant les innovations déployées aux urgences.

Pour le quatrième article, une recension systématique sur l'efficacité des innovations aux urgences visant à améliorer l'accès et la continuité des soins des grands utilisateurs en santé mentale a été menée. Les objectifs spécifiques étaient d'identifier et d'examiner les innovations visant à réduire le recours aux urgences chez les grands utilisateurs des urgences ayant des problèmes de santé mentale tout en évaluant leur efficacité à améliorer d'autres types d'utilisation des services, comme celle dite ambulatoire ou les hospitalisations, ainsi que les conditions cliniques ou sociales des patients.

5.1. Premier article: Predicting characteristics of patients affected by mental disorders with or without outpatient physician follow-up within 30 days of emergency department discharge

Publié dans la revue BJPsych (17 mai 2022)

Authors

Morgane Gabet^{a,b}, MSc, PhD(c)

Lia Gentil^{b,c}, MD, PhD

Alain Lesage^{d,e}, MD, Mphil

Marie-Josée Fleury^{a,b,c*}, PhD

^a Department of Health Administration, School of Public Health, Université de Montréal, Québec, Canada

^b Douglas Hospital Research Center, Montréal, Québec, Canada

^c Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, Québec, Canada

^d Department of Psychiatry, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

^e Centre de recherche Fernand-Séguin, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Keywords: emergency department, outpatient services, quality of care, continuity of care, prompt follow-up.

Paper

Investigating characteristics of patients with mental disorders to predict out-patient physician follow-up within 30 days of emergency department discharge

Morgane Gabet, Lia Gentil, Alain Lesage and Marie-Josée Fleury

Background

Prompt follow-up at emergency department discharge is a key indicator of healthcare quality and patient recovery. To improve services, better knowledge of predictors for out-patient physician follow-up within 30 days after discharge is needed.

Aims

We investigated clinical and sociodemographic characteristics and service use to predict patients with mental disorders with or without physician follow-up after emergency department use.

Method

This study used data extracted from clinical administrative databases for 9514 patients who attended an emergency department in Quebec (Canada) in 2014–2015 (index visit) for mental health reasons. Patient clinical and sociodemographic characteristics from 2012–2013 to 2014–2015, and service use 12 months before the index visit, were investigated as predictors for patients with or without prompt follow-up, using hierarchical logistic regression.

Results

Two-thirds of patients did not receive prompt physician follow-up. Patients with level 1–2 illness acuity at emergency department triage (needing immediate or urgent care); those with adjustment or bipolar disorders, but without alcohol-related disorders (clinical characteristics); and patients with higher continuity of physician care, more psychosocial interventions in community healthcare centres and prior hospital admission

(service use characteristics) were more likely to receive prompt out-patient follow-up.

Conclusions

Access to medical care was poor, considering the high needs of this population. The role of the emergency department as a gateway for accessing out-patient care may be strengthened by strategies like screening, brief intervention including motivational treatments, brief case management offered by emergency department staff, timely referral to services and better post-discharge planning. Collaborative care for patients attending emergency departments should also be improved.

Keywords

Emergency department; out-patient services; quality of care; continuity of care; psychiatric epidemiology.

Copyright and usage

© The Author(s), 2022. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is unaltered and is properly cited. The written permission of Cambridge University Press must be obtained for commercial re-use or in order to create a derivative work.

Abstract

Background: Prompt follow-up at emergency department (ED) discharge is a key indicator of healthcare quality and patient recovery. To improve services, better knowledge of predictors for outpatient physician follow-up within 30 days after ED discharge is needed.

Aims: Clinical and sociodemographic characteristics and service use predicting patients affected by mental disorders with or without physician follow-up after ED use are investigated.

Method: This study used data extracted from clinical-administrative databases for a cohort of 9,514 patients who used Quebec (Canada) ED in 2014-15 (index visit) for mental health reasons. Patient clinical and sociodemographic characteristics from 2012-13 to 2014-15 and service use 12 months before index ED visit were investigated as predictors for patients with or without prompt ED follow-up, using hierarchical logistic regression.

Results: Two-thirds of patients didn't receive prompt physician follow-up. Patients with level 1-2 illness acuity at ED triage (needing immediate or urgent care), those with adjustment or bipolar disorders but without alcohol-related disorders (clinical characteristics); patients with higher continuity of physician care, more psychosocial interventions in community healthcare centers, and prior hospitalizations (service use characteristics) were more likely to receive prompt outpatient follow-up.

Conclusions: Access to medical care was poor considering the high needs of this population. The ED role as a gateway for accessing outpatient care may be strengthened by strategies like screening, brief intervention including motivational treatments, brief case management offered by ED staff, timely referral to services, and better post-ED discharge planning. Collaborative care for ED patients should also be improved.

Keywords: emergency department, outpatient services, quality of care, continuity of care, prompt follow-up.

Introduction

Emergency department (ED) overcrowding is an international issue, partly explained by the high prevalence and frequency of ED use among patients with mental disorders (MD) (1), including substance-related disorders (SRD) (2). As a key component of mental health systems, ED often serve as a gateway for access to outpatient services (3). Following discharge from ED, patients with MD generally need prompt outpatient follow-up in response to acute health and psychosocial needs to prevent return to the ED, subsequent hospitalization or for appropriate recovery (3). Studies have reported that treatment adherence (4) and prompt outpatient follow-up by a physician within 30 days after an acute mental health episode requiring ED use are strong indicators of adequate outpatient care (5).

According to the National Committee for Quality Assurance (6), outpatient physician follow-up within 30 days after ED use (henceforth “prompt ED follow-up”) is one of the most accurate measures for continuity of care among patients with MD. Compared with other indicators, prompt ED follow-up allows sufficient time for accessing outpatient services, which is an important consideration due to wait lists. Prompt ED follow-up was associated with fewer ED readmissions, and better health outcomes (3). However, studies found that only 31% (7) to 71% (8) of patients with MD received prompt ED follow-up.

Overall, few studies have measured prompt ED follow-up for patients with MD, and even fewer were longitudinal studies using diverse clinical-administrative databases (8). Most studies have evaluated specific populations such as youth with MD (9) and patients with depression (5), mood disorders (10) or self-harming behaviors (7). More prompt ED follow-up was identified among patients with serious MD such as bipolar disorders (3) or those who engaged in deliberate self-harm (7), unlike patients with depression, mood disorders (8) or SRD (3) for whom follow-up was delayed. Women (8, 9), and patients residing in areas other than medium-to-high poverty neighborhoods (11) or urban areas (12), patients integrated in outpatient programs with low wait times (4) and those who previously used outpatient mental health services (13) also had greater access to prompt ED follow-up.

However, prior service use as a predictor of prompt ED follow-up has been understudied, especially in terms of the type and intensity of services provided or continuity of care. Access to services and the quality of care received prior to ED use among patients with acute needs would be particularly important to understand and may predict the nature of follow-up after ED discharge. Better knowledge of predictors among patients with or without ED follow-up may further suggest targeted interventions for reducing ED use, improving outpatient care and responding to the needs of vulnerable patients with MD who use ED. This study thus aimed to identify predictors among patients with or without prompt (≤ 30 -day) physician follow-up after ED discharge, in terms of their clinical and sociodemographic characteristics, and service use. Based on the literature, we hypothesized that the severity of clinical conditions affecting patients would emerge as the main predictors of prompt ED follow-up, followed by high continuity of care prior to ED use.

Methods

Background

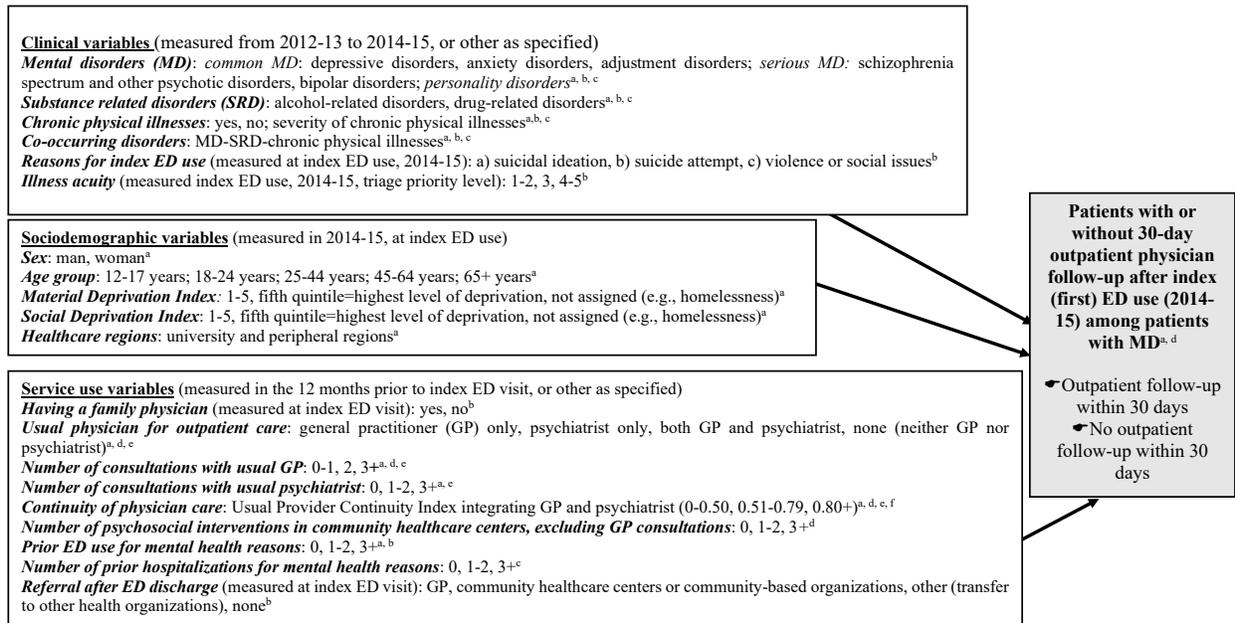
A major Quebec mental health reform was implemented between 2005 and 2015, with the primary aim of consolidating primary care services and developing within each network one-stop points of entry to services offered in community healthcare centers and in specialized care (14). In Quebec, general practitioners (GP) are the main primary care mental health providers (15). Some 65% work in family medicine groups where patient registration is required and care is delivered in collaboration with nurses or social workers. Family medicine groups also offer extended office hours. Mental health teams providing individual or group psychosocial interventions were also created within the reform of community healthcare centers. Specialized mental healthcare is delivered mainly in hospital settings (e.g., ED and inpatient services). However, to receive specialized outpatient care at hospitals, patients had to be referred from a one-stop point of entry in the primary care network. Mental healthcare is also complemented by psychologists working in private clinics or by community-based organizations offering crisis, respite, and peer support services. Services for SRD are available from specialized addiction treatment centres outside the mental health system (16).

The overall Quebec healthcare system is divided into four types of healthcare regions: university regions that include university and psychiatric hospitals offering ultra-specialized care, teaching and research facilities; remote regions with little specialized care; as well as peripheral and intermediary regions that offer some mental health coverage, as they are located relatively close to the university regions (16).

Study Population and Design

In all, 9,514 patients diagnosed with MD or SRD who used one of six Quebec ED in 2014-15 (index (first) ED visit; fiscal year: April 1-March 31) were identified through clinical-administrative databases for this 3-year study. The cohort excluded patients hospitalized at the time of their index ED visit (n=613, 6%) or during the ≤ 30 -day follow-up period. Participants had to be 12 years old or older and eligible for the Quebec Health Insurance Plan (Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ]). They had to receive a diagnosis of MD or SRD at least once in the two years (2012-13 to 2013-14) prior to their index ED visit or at the index visit in 2014-15. Figure 1 presents the conceptual framework for the study, which links each variable to the databases used. As stated earlier, predictors of 30-day outpatient physician follow-up after ED use were measured in terms of patient clinical characteristics two years prior to index ED use; patient sociodemographic characteristics at index ED visit in 2014-15; and service use in the 12 months prior to index ED use. However, some clinical and service use variables were measured at the index ED visit itself (e.g., reason for ED use, illness acuity, and referral after ED discharge). The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008. All procedures involving human subjects/patients were approved by the ethics committee of a mental health university institute. As this study was based on clinical-administrative data, individual patient consent was not required, but the study was authorized by the Quebec Access to Information Commission.

Figure 1. Conceptual framework of predictors for patients affected by mental disorders (MD) with or without outpatient physician follow-up within 30 days after emergency department (ED) discharge in 2014-2015.



^a Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ – Quebec Health Insurance Plan or database); ^b Banque de données communes des urgences (BDCU – ED use database); ^c Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO – hospitalization database); ^d Système d'information permettant la gestion de l'information clinique et administrative dans le domaine de la santé et des services sociaux (I-CLSC – community healthcare center database); ^e The usual GP (proxy for "patient family physician") needs to include a minimum of two consultations with the same GP or with at least two different GP working in the same family medicine group. For usual psychiatrist, if a patient had only one psychiatrist consultation, he/she must have had at least two consultations with his/her GP (all in outpatient care). Regarding usual physician, for "both GP and psychiatrist" the patient must have had at least one psychiatrist consultation and two consultations with his/her GP in outpatient care. ^f Usual Provider Continuity Index describes the proportion of visits to the usual GP and psychiatrist of all visits made to GP and psychiatrists in outpatient care, including walk-in clinics. It is ranked low (≤ 0.50), moderate (0.51-0.79) or high (≥ 0.80).

Data Sources

Clinical-administrative data, including demographic and socioeconomic information, data on hospitalization and ED use, and public psychosocial interventions delivered from community healthcare centers, were collected from the RAMQ databases. RAMQ integrates billing systems for most physician services in Quebec. Only 6% of billing occurred outside the public system in 2016-17 (17). Data were merged annually for each patient, and all databases were integrated using a unique RAMQ identifier. Diagnostic codes are shown in Table 1, and were based on the International Classification of Diseases, Ninth or Tenth Revisions. Patient diagnoses were identified by selecting MD diagnosed more than once, those diagnosed during a hospitalization, or diagnoses by the patient's physician, particularly a psychiatrist. Chronic physical illnesses were registered in the RAMQ database twice yearly, or once in hospital databases (18).

Table 1. Codes for mental disorders (MD) including substance-related disorders (SRD) and chronic physical illnesses according to the International Classification of Diseases, Ninth and Tenth revisions

Diagnoses	<i>International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)</i>	<i>International Classification of Diseases, Tenth Revision, Canada (ICD-10-CA)</i>
Mental disorders (MD)^a		
Common MD		
Depressive disorders	300.4*, 311.9*	F32.0- F32.3, F32.8, F32.9, F33.0- F33.3, F33.8, F33.9, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39, F41.2*
Anxiety disorders	300 (except 300.4)	F40-F48, F68
Adjustment disorders	309.0-309.4, 309.8, 309.9	F43.0-F43.2, F43.8, F43.9
Serious MD		
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	295*, 297*, 298*	F20*, F21, F22*, F23, F24*, F25*, F28*, F29*, F44.89
Bipolar disorders	296.0-296.6, 296.8, 296.9	F30.0- F30.2, F30.8, F30.9, F31.0-F31.9
Personality disorders	301	F60, F07.0, F34.0, F34.1, F48.8, F61
Substance-related disorders (SRD)^a		
Alcohol-related disorders	303.0*, 303.9*, 305.0* (alcohol abuse or dependence); 291.0*, 291.8* (alcohol withdrawal); 291.1-291.5*, 291.9*, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-571.3 (other alcohol-induced disorders); 980.0, 980.1, 980.8, 980.9 (alcohol intoxication)	F10.1*, F10.2* (alcohol abuse or dependence); F10.3, F10.4* (alcohol withdrawal); F10.5-F10.9*, K70.0-K70.4*, K70.9*, G62.1*, I42.6, K29.2*, K85.2, K86.0, E24.4, G31.2, G72.1, O35.4 (other alcohol-induced disorders); F10.0*, T51.0, T51.1*, T51.8, T51.9 (alcohol intoxication)
Drug-related disorders	304.0-304.9, 305.2-305.7, 305.9 (drug abuse or dependence); 292.0 (drug withdrawal); 292.1, 292.2, 292.8, 292.9 (other drug-induced disorders); 965.0, 965.8, 967.0, 967.6, 967.8, 967.9, 969.4-969.9, 970.8, 982.0, 982.8 (drug intoxication)	F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F18.1, F19.1, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2, F55 (drug abuse or dependence); F11.3-F11.4, F12.3, F12.4, F13.3-F13.4, F14.3-F14.4, F15.3-F15.4, F16.3-F16.4, F18.3-F18.4, F19.4-F19.4 (drug withdrawal); F11.5-F11.9, F12.5-F12.9; F13.5-F13.9, F14.5-F14.9, F15.5-F15.9, F16.5-F16.9, F18.5-F18.9, F19.5-F19.9 (other drug-induced disorders); F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F18.0, F19.0, T40.0-T40.9, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.5, T43.6, T43.8, T43.9, T50.9, T52.8, T52.9 (drug intoxication)
Chronic physical illnesses^{a, b}		
Renal failure	403.0, 403.1, 403.9, 404.0, 404.1, 404.9, 585, 586, 588.0, V42.0, V45.1, V56	I12.0, I13.1, N18, N19, N25.0, Z49, Z94.0, Z99.2
Cerebrovascular illnesses	362.3, 430-438	G45, G46, I60-I69

Neurological illnesses	331.9, 332.0, 332.1, 333.4, 333.5, 333.9, 334–335, 336.2, 340, 341, 345, 348.1, 348.3, 780.3, 784.3	G10–G12, G13, G20, G21–G22, G25.4, G25.5, G31.8, G31.9, G32, G35, G36, G37, G40, G41, G93.1, G93.4, R47.0, R56
Endocrine illnesses (hypothyroidism, fluid electrolyte disorders and obesity)	240.9, 243, 244, 246.1, 246.8, 278.0, 253.6, 276	E66, E00, E01, E02, E03, E89.0, E22.2, E86, E87
Any tumor with or without metastasis and metastatic cancer	140-172, 174, 175, 179-195, 196–199, 200, 201, 202, 203.0, 238.6, 273.3	C00–C26, C30–C34, C37–C41, C43, C45-C58, C60–C76, C77-C79, C80, C81-C85, C88, C90.0, C90.2, C96
Chronic pulmonary illnesses	490–505, 506.4, 508.1, 508.8	I27.8, I27.9, J40-J47, J60-J64, J65, J66, J67, J68.4, J70.1, J70.3
Diabetes complicated and uncomplicated	250.0-250.2, 250.3, 250.4-250.9	E10.2-E10.8, E11.2-E11.8, E13.2-E13.8, E14.2-E14.8, E10.0, E10.1, E10.9, E11.0, E11.1, E11.9, E13.0, E13.1, E13.9, E14.0, E14.1, E14.9
Cardiovascular illnesses (congestive heart failure, cardiac arrhythmias, peripheral vascular illnesses, valvular illnesses, myocardial infarction, hypertension) and pulmonary circulation illnesses	394–397, 424, 746.3–746.6, V42.2, V43.3, 401, 402–405, 437.2, 398.9, 402.0, 402.1, 402.9, 410, 412, 415.0, 415.1, 416, 417.0, 417.8, 417.9, 428, 426.0, 426.1, 426.5-426.7, 426.9, 427.0–427.4, 427.6–427.9, 437.2, 785.0, 996.0, V45.0, V53.3, 093, 440, 441, 443.1–443.9, 447.1, 557.1, 557.9, V43.4	I05–I08, I09.1, I09.8, I10, I11–I13, I15, I67.4, I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I21, I22, I25.2, I25.5, I26, I27, I28.0, I28.8, I28.9, I34–I39, I42.0, 142.5, I42.7-I42.9, I43, I50, P29.0, I44.1–I44.3, I45.6, I45.9, I47–I49, Q23.0–Q23.3, Q23.8, Q23.9 R00.0, R00.1, R00.8, T82.1, Z45.0, Z95.0, Z95.2, Z95.3, Z95.4, A52.0, I70, I71, I72, I73.0, I73.1, I73.8, I73.9, I77.1, I79.0, K55.1, K55.8, K55.9, Z95.8, Z95.9
Other chronic physical illness categories (blood loss anemia, ulcer illnesses, liver illnesses, AIDS/HIV, rheumatoid arthritis/collagen vascular illnesses, coagulopathy, weight loss, paralysis, deficiency anemia)	280.0, 280.9, 286, 287.1, 287.3-287.5, 531.7, 531.9, 532.7, 532.9, 533.7, 533.9, 534.7, 534.9, 070.2,070.3, 070.4, 070.5, 456.0–456.2, 572.3, 572.8, 573.3, 573.4, 573.9, V42.7, 042–044, 136.1, 446, 701.0, 710.0–710.4, 710.5, 710.8, 710.9, 711.2, 714, 719.3, 720, 725, 728.5, 728.8, 260–263, 783.2, 799.4, 334.1, 342, 343, 344.0-344.6, 344.8, 344.9, 280.1, 280.9, 281, 285.9	B20-B24, D50.0, D65–D68, D69.1, D69.3-D69.6, K25.7, K25.9, K26.7, K26.9, K27.7, K27.9, K28.7, K28.9, B18, I85, I86.4, I98.2, K71.1, K71.3–K71.5, K71.6, K71.7, K72.1, K72.9, K73, K74, K75.4, K76.0, K76.1, K76.3, K76.4, K76.5, K76.6, K76.8, K76.9, Z94.4, L90.0, L94.0, L94.1,L94.3, M05, M06, M08, M12.0, M12.3, M30, M31, M32–M35, M45, M46.0, M46.1, M46.8, M46.9, G04.1, G11.4, G80, G81, G82, G83, E40–E46, R63.4, R64, D50.1, D50.8, D50.9, D51–D53, D63, D64.9

^a All diagnoses identified in the RAMQ (*Régie de l'assurance maladie du Québec*, Quebec Health Insurance Plan or database) were based on the International Classification of Diseases Ninth Revision (ICD-9), which included a 4-digit code. The Canadian Tenth Revision (ICD-10-CA) was used for the MED-ECHO (*Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière*, hospitalization database) and BDCU (*Banque de données commune des urgences*, ED use database). Diagnoses related to all the above databases were considered, and all data were integrated each year for each patient. MED-ECHO is the only database including several diagnoses, both primary and secondary diagnoses. In this database, MD were considered only when listed as the primary diagnosis, but SRD as primary or secondary diagnoses were included, as SRD is often under-diagnosed. ^b The list of chronic physical illnesses is based on an adapted and validated version of the Elixhauser Comorbidity Index, integrating the Charlson Index, which consists of 32 major categories of physical illnesses (see reference in the method section). In this list of chronic physical illnesses, three categories of MD and two of SRD (identified with an asterisk (*)) were also included in the list of MD-SRD, thus appearing twice.

Variables

The dependent variable was dichotomous, referring to patients with or without 30-day outpatient physician follow-up after index ED use (2014-15). Prompt ED follow-up could be provided by any physician, either a GP or psychiatrist, working at the hospital or from other outpatient services in the community. Regarding independent variables, patient clinical characteristics included types of MD or SRD; having chronic physical illnesses or co-occurring disorders (MD, SRD, chronic physical illnesses); and reasons for index ED use, including suicidal ideation, suicide attempt, violence or social issues; as well as illness acuity (triage priority levels related to index ED use). MD comprised common MD (anxiety, depressive or adjustment disorders), serious MD (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, or bipolar disorders), and personality disorders. SRD referred to alcohol-related and drug-related disorders (use or induced disorders, intoxication, withdrawal). Based on an adapted version of the Elixhauser comorbidity index (19), severity levels of chronic physical illnesses (0 to 3) were recorded. Illness acuity, or triage priority level at index ED use was ranked from levels 1-2 (immediate or very urgent care), 3 (urgent care), to 4-5 (less urgent or non-urgent care), based the Canadian Triage Acuity Scale (19). ED triage nurses well trained in identifying reasons for ED use and in determining triage priority recorded this information, providing reliable data (20).

Sociodemographic characteristics included age group, sex, material and social deprivation indices, and healthcare region. Based on the smallest dissemination areas established for the 2011 Canadian census, the Material Deprivation Index was derived from the ratio of population employment, average income, and number of individuals without a high school diploma; while the Social Deprivation Index measured proportions of individuals living alone, those without a spouse and single-parent families (21). Both indices were classified in five quintiles, not including unassigned areas (e.g., homelessness), with the fifth quintile representing highest level of deprivation. Healthcare regions for the study included university and peripheral regions.

Service use variables for the 12 months prior to index ED use included: having a family physician, usual physician (GP only, psychiatrist only, both GP and psychiatrist, or none); number of consultations with usual GP or usual psychiatrist; continuity of physician care; number of psychosocial interventions in community healthcare centers, excluding GP consultations; and prior ED use or hospitalizations for mental health reasons. Referrals at discharge from index ED visit were also assessed whether to GP, community healthcare centers or community-based services, other health organizations, or none. Patients with a usual GP needed to have at least two consultations with the same GP or with at least two GP working in the same family medicine group. Usual GP were considered a proxy for a family physician (22). To qualify as having a usual psychiatrist, patients needed to have at least two consultations with this provider, or only one consultation for those who had a usual GP, which was considered a proxy for collaborative care (23). Continuity of physician care was measured with the Usual Provider Continuity Index, which describes the proportion of visits to the usual GP and psychiatrist of all visits made to GP and psychiatrists in outpatient care, including walk-in clinics (24). A score of <0.50 was considered low continuity of physician care, $0.51-0.79$ moderate, and ≥ 0.80 high continuity (25).

Statistical Analyses

Descriptive and bivariate analyses were performed on the sample and included 2-way frequency tables. Since the clustering effect (106 hospital units) was small (intraclass correlation coefficient: 0.018), a multilevel model was not needed. Collinearity statistics were tested using variance inflation factors (VIF) and tolerance tests, with 5 as the maximum level of VIF. Independent variables without collinearity were entered into a logistic hierarchical regression model with alpha set at <0.10 . The reference category for the dependent variable was patients without prompt ED follow-up (i.e., no outpatient physician follow-up, whether GP or psychiatrist, within 30 days of index ED use). Independent variables were selected based on previous studies and entered by blocks as follows: patient clinical characteristics first, then patient sociodemographic characteristics, followed by service use variables. All possible combinations of blocks of variables were entered and tested, with no impact on the final model or in the identification of significant variables. A forward model selection was also used to enter variables into the hierarchical logistic regression model for the estimation of parameters.

Akaike's Information Criterion (AIC) was used for selection of the model, with choice of the final multivariate model based on the smallest AIC Odds ratios were calculated, with 95% confidence intervals. All analyses were performed using SPSS 24.0.

Results

Of the 9,514 patients, 3,152 (33.1%) received at least one prompt ED follow-up consultation (9.0% with GP, 8.9% with psychiatrist, 15.0% with both GP and psychiatrist). In all, 84.2% patients had common MD, 56.1% serious MD, and 20.0% SRD (see Table 2, which also includes bivariate analyses); 32.0% had chronic physical illnesses, although severity levels were low in 77.5% of cases (index 0). Co-occurring MD-SRD affected 12.9% of patients, MD-chronic physical illnesses 14.1%, and SRD-chronic physical illnesses 6.2%; 19.1% presented at ED for suicidal ideation, 4.9% for suicide attempt, and 5.3% for violence or social issues. Concerning illness acuity at ED triage, 49.7% registered at levels 4 or 5. Patients were 51.3% women, 38.2% in the 25-44-year age group; 45.6% and 63.3% lived in the most materially and socially deprived areas (quintiles 4, 5 or areas not assigned), and 82.7% in university healthcare regions. Patients included 50.8% with a family physician, 43.3% with both a GP and psychiatrist, 16.3% GP only, 13.7% psychiatrist only as usual physicians, and 26.8% had no usual physician. In the 12 months prior to ED use, 43.1% had 3+ consultations with their GP; and 30.7% 3+ consultations with their psychiatrist; 50.4% received high (≥ 0.80) continuity of physician care; 22.6% of patients received psychosocial interventions in community healthcare centers; 27.6% made prior use of ED and 23.4% were previously hospitalized. After ED discharge, 74.2% of patients received no further referrals to services.

Table 2. Characteristics of patients affected by mental disorders (MD) with or without outpatient physician follow-up within 30 days of discharge after emergency department (ED) use

	30-day outpatient physician follow-up in 2014-15			
	Total N (%)	Yes ^a N (%)	No ^a N (%)	p-value
Overall	9514 (100)	3152 (33.1)	6362 (66.9)	
Clinical variables (measured from 2012-13 to 2014-15, or other as specified)				
Mental disorders (MD) ^a				
Common MD				
Depressive disorders	2900 (30.5)	1078 (34.2)	1822 (28.6)	<0.001
Anxiety disorders	3737 (39.3)	1310 (41.6)	2427 (38.1)	0.001
Adjustment disorders	1313 (14.4)	583 (18.5)	790 (12.4)	<0.001
Serious MD				
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	2198 (23.1)	1225 (38.9)	973 (15.3)	<0.001
Bipolar disorders	1625 (17.1)	850 (27.0)	775 (12.2)	<0.001
Personality disorders	1514 (15.9)	589 (18.7)	925 (14.5)	<0.001
Substance-related disorders (SRD)	1907 (20.0)	490 (15.5)	1417 (22.3)	< 0.001
Alcohol-related disorders	1191 (12.5)	273 (8.7)	918 (14.4)	<0.001
Drug-related disorders	989 (10.4)	301 (9.5)	688 (10.8)	0.030
Chronic physical illnesses (2012-13 to 2013-14)	3049 (32.0)	1201 (38.1)	1848 (29.0)	<0.001
Adapted version of the Elixhauser Comorbidity Index ^b				<0.001
0	7370 (77.5)	2373 (75.3)	4997 (78.5)	
1	914 (9.6)	305 (9.7)	609 (9.6)	
2	521 (5.5)	199 (6.3)	322 (5.1)	
3+	709 (7.5)	275 (8.7)	434 (6.8)	
Co-occurring disorders (2012-13 to 2013-14)				
Co-occurring MD-SRD	1225 (12.9)	451 (14.3)	774 (12.2)	0.002
Co-occurring MD-chronic physical illnesses	1624 (14.1)	540 (17.1)	1084 (17.0)	0.465
Co-occurring SRD-chronic physical illnesses	594 (6.2)	163 (5.2)	431 (6.8)	0.001
Reason for ED use (re: index ED use, 2014-15)				
Suicidal ideation	1817 (19.1)	575 (18.2)	1242 (19.5)	0.071
Suicide attempt	464 (4.9)	166 (5.3)	298 (4.7)	0.117
Violence or social issues	504 (5.3)	166 (5.3)	338 (5.3)	0.483
Illness acuity (triage priority level) (at index ED use, 2014-15)				<0.001

Levels 1 and 2 (immediate or very urgent care)	1705 (17.9)	783 (24.8)	922 (14.5)	
Level 3 (urgent care)	3082 (32.4)	932 (29.6)	2150 (33.8)	
Levels 4 and 5 (less urgent or non-urgent care)	4727 (49.7)	1437 (45.6)	3290 (51.7)	
Sociodemographic variables (measured in 2014-15)				
Age group				<0.001
12-17 years	645 (6.8)	174 (5.5)	471 (7.4)	
18-24 years	1626 (17.1)	476 (15.1)	1150 (18.1)	
25-44 years	3634 (38.2)	1224 (38.8)	2410 (37.9)	
45-64 years	2670 (28.1)	963 (30.6)	1707 (26.8)	
65+ years	939 (9.9)	315 (10.0)	624 (9.8)	
Sex				0.013
Man	4632 (48.7)	1483 (47.0)	3149 (49.5)	
Woman	4882 (51.3)	1669 (53.0)	3213 (50.5)	
Material Deprivation Index				0.681
1: Least deprived	1992 (20.9)	664 (21.1)	1328 (20.9)	
2	1491 (15.7)	488 (15.5)	1003 (15.8)	
3	1692 (17.8)	552 (17.5)	1140 (17.9)	
4	1661 (17.5)	568 (18.0)	1093 (17.2)	
5 : Most deprived	1837 (19.3)	619 (19.6)	1218 (19.1)	
Not Assigned ^c	841 (8.8)	261 (8.3)	580 (9.1)	
Social Deprivation Index				0.281
1 : Least deprived	1155 (12.1)	355 (11.3)	800 (12.6)	
2	1053 (11.1)	359 (11.4)	694 (10.9)	
3	1285 (13.5)	441 (14.0)	844 (13.3)	
4	2130 (22.4)	715 (22.7)	1415 (22.2)	
5 : Most deprived	3050 (32.1)	1021 (32.4)	2029 (31.9)	
Not Assigned ^c	841 (8.8)	261 (8.3)	580 (9.1)	
Healthcare regions				<0.001
University	7864 (82.7)	2690 (85.3)	5174 (81.3)	
Peripheral	1650 (17.3)	462 (14.7)	1188 (18.7)	
Service use variables (measured 12 months prior to index ED visit, or other as specified)				
Having a family physician (at index ED use, 2014-15)	4684 (50.8)	1585 (50.3)	3245 (51.0)	0.261
Usual physician ^d				<0.001
General practitioner (GP) only	1547 (16.3)	759 (24.1)	788 (12.4)	
Psychiatrist only	1300 (13.7)	703 (22.3)	597 (9.4)	
Both GP and psychiatrist	4116 (43.3)	986 (31.3)	3130 (49.2)	

None (neither GP nor psychiatrist)	2551 (26.8)	704 (22.3)	1847 (29.0)	
Number of consultations with usual GP ^d				<0.001
0-1 consultation	4226 (44.4)	1324 (42.0)	2902 (45.6)	
2 consultations	1190 (12.5)	365 (11.6)	825 (13.0)	
3+ consultations	4098 (43.1)	1463 (46.5)	2635 (41.4)	
Number of consultations with usual psychiatrist ^d				<0.001
0	6025 (63.3)	1422 (45.1)	4603 (72.4)	
1-2 consultations	569 (6.0)	180 (5.7)	389 (6.1)	
3+ consultations	2920 (30.7)	1550 (49.2)	1370 (21.5)	
Continuity of physician care				
Usual Provider Continuity Index for both GP and psychiatrist ^e				<0.001
0-0.50	2903 (30.5)	646 (20.5)	2257 (35.5)	
0.51-0.79	1817 (19.1)	731 (23.2)	1086 (17.1)	
0.80+	4794 (50.4)	1775 (56.3)	3019 (47.5)	
Number of psychosocial interventions in community healthcare centers, excluding GP consultations				<0.001
0	7359 (77.3)	2330 (73.9)	5029 (79.0)	
1-2 interventions	696 (7.3)	245 (7.8)	451 (7.1)	
3+ interventions	1459 (15.3)	577 (18.3)	882 (13.9)	
Number of prior ED use for mental health reasons				0.846
0	6888 (72.4)	2272 (72.1)	4616 (72.6)	
1-2 visits	1798 (18.9)	606 (19.2)	1192 (18.7)	
3+ visits	828 (8.7)	274 (8.7)	554 (8.7)	
Number of prior hospitalizations for mental health reasons				<0.001
0	7280 (76.5)	2124 (67.4)	5156 (81.0)	
1-2 hospitalizations	1868 (19.6)	821 (26.0)	1047 (16.5)	
3+ hospitalizations	366 (3.8)	207 (6.6)	159 (2.5)	
Referral after ED discharge (measured at index ED use)				<0.001
GP	603 (6.3)	318 (10.1)	285 (4.5)	
Community healthcare centers or community-based services	588 (6.2)	276 (8.8)	312 (4.9)	
Other health organizations	1263 (13.3)	345 (10.9)	918 (14.4)	
None	7060 (74.2)	2213 (70.2)	4847 (76.2)	

^a Patients may have more than one MD, so total percentage may exceed 100%.

^b This index includes chronic physical illnesses: renal failure, cerebrovascular illnesses, neurological illnesses, hypothyroidism, fluid electrolyte illnesses, obesity, any tumor without metastasis, metastatic cancer, chronic pulmonary illnesses, diabetes complicated and uncomplicated, congestive heart failure, peripheral vascular illnesses, valvular illnesses, myocardial infarction, hypertension, pulmonary circulation illnesses, blood loss anemia, ulcer illnesses, liver illnesses, AIDS/HIV, rheumatoid arthritis/collagen vascular illnesses, coagulopathy, weight loss, paralysis, deficiency anemia.

^c This is related to missing address or living in an area where index assignment is not feasible. An index cannot usually be assigned to residents of long-term healthcare units or those who are homeless.

^d Usual GP (proxy for “patient family physician”) needs to include a minimum of two consultations with the same GP or with at least two different GP working in the same *family medicine* group (all in outpatient care). For usual psychiatrist, if a patient had only one psychiatrist consultation, he/she must have had at least two consultations with his/her GP. Regarding usual physician, for “both GP and psychiatrist” patients must have had at least one psychiatrist consultation and two consultations with his/her GP in outpatient care.

^e Usual Provider Continuity Index describes the proportion of visits to the usual GP and psychiatrist of all visits made to GP and psychiatrists, including walk-in clinics. It is ranked low (≤ 0.50), moderate (0.51-0.79) or high (≥ 0.80).

** χ^2 : Comparisons were produced for each row reporting percentages for categorical variables.*

Based on the final hierarchical multivariate model for clinical variables (Table 3), patients diagnosed with adjustment or bipolar disorders were more likely to receive prompt ED follow-up (Model 1). By contrast, patients with alcohol-related disorders and those needing less immediate or urgent care (acuity levels 3 to 5) at index ED use were less likely to receive prompt ED follow-up. Adding sociodemographic characteristics (Model 2) revealed that patients 25-44 years old had more likelihood of receiving follow-up compared with younger patients. However, with the introduction of service use variables (Model 3), the age association was no longer significant. Regarding service use, patients with average (0.51-0.79) or high (≥ 0.80) continuity of physician care were more likely to receive prompt ED follow-up. Those with at least 3 prior psychosocial interventions in community healthcare centers or prior hospitalizations were also more likely to receive prompt ED follow-up. In the final model, clinical characteristics accounted for 73.0% of the total variance, service use 27.0%, and sociodemographic characteristics 0%.

Table 3. Predictors of patients affected by mental disorders (MD) with or without outpatient physician follow-up within 30 days of discharge after emergency department (ED) use in 2014-15

	Model 1 ^c			Model 2 ^c			Model 3 ^c					
	P-Value	OR	95% C. I	P-Value	OR	95% C. I	P-Value	OR	95% C. I			
Overall												
Clinical variables (measured from 2012-13 to 2014-15, or other as specified)												
Mental disorders (MD)												
Common MD												
Anxiety disorders	0.012	1.123	1.026	1.229	0.017	1.117	1.020	1.223	0.523	1.031	0.939	1.131
Adjustment disorders	<0.001	1.444	1.278	1.632	<0.001	1.465	1.295	1.657	0.021	1.164	1.024	1.324
Serious MD												
Bipolar disorders	<0.001	2.604	2.328	2.912	<0.001	2.541	2.270	2.844	<0.001	2.055	1.827	2.311
Substance-related disorders (SRD)												
Alcohol-related disorders	<0.001	0.495	0.427	0.574	<0.001	0.482	0.415	0.559	<0.001	0.436	0.374	0.509
Adapted version of the Elixhauser Comorbidity Index (2012-13 to 2013-14) (ref.: 0) ^a												
1	0.991	0.999	0.859	1.162	0.879	0.998	0.849	1.150	0.109	0.882	0.756	1.028
2	0.032	1.231	1.018	1.490	0.051	1.212	0.999	1.469	0.987	1.002	0.822	1.220
3+	0.008	1.252	1.060	1.478	0.020	1.227	1.033	1.457	0.765	0.973	0.814	1.163
Illness acuity (at index ED use, 2014-15) (ref.: Level 1- 2: immediate or very urgent care)												
Level 3 (urgent care)	<0.001	0.505	0.445	0.572	<0.001	0.512	0.451	0.580	<0.001	0.494	0.434	0.562
Levels 4 and 5 (less urgent or non-urgent care)	<0.001	0.482	0.428	0.542	<0.001	0.485	0.431	0.545	<0.001	0.475	0.422	0.536
Sociodemographic variables (measured in 2014-15)												
Age (ref.: 12-17 years)												
18-24 years					0.379	1.099	0.891	1.355	0.670	1.047	0.847	1.296

25-44 years					0.035	1.232	1.015	1.495	0.178	1.145	0.940	1.394
45-64 years					0.011	1.294	1.060	1.580	0.172	1.152	0.940	1.411
65 years+					0.172	1.176	0.932	1.485	0.762	0.964	0.759	1.224
Service use variables (measured in the 12 months prior to index ED visit)												
Continuity of physician care (Usual Provider Continuity Index for both general practitioner (GP) and psychiatrist (ref.: 0-0.50)) ^b												
0.51-0.79									<0.001	1.804	1.570	2.072
0.80+									<0.001	1.714	1.531	1.920
Number of psychosocial interventions in community healthcare centers, excluding GP consultations (ref.: 0)												
1-2 interventions									0.834	0.982	0.825	1.168
3+ interventions									0.016	1.163	1.028	1.317
Number of hospitalizations for mental health reasons (ref.: 0)												
1-2 hospitalizations									<0.001	1.558	1.386	1.750
3+ hospitalizations									<0.001	1.714	1.531	1.920
Hosmer and Lemeshow Test												
Chi-square	12.900				7.157				13.537			
Df	7				8				8			
P	0.075				0.520				0.095			

^a This index includes chronic physical illnesses: renal failure, cerebrovascular illnesses, neurological illnesses, hypothyroidism, fluid electrolyte illnesses, obesity, any tumor without metastasis, metastatic cancer, chronic pulmonary illnesses, diabetes complicated and uncomplicated, congestive heart failure, peripheral vascular illnesses, valvular illnesses, myocardial infarction, hypertension, pulmonary circulation illnesses, blood loss anemia, ulcer illnesses, liver illnesses, AIDS/HIV, rheumatoid arthritis/collagen vascular illnesses, coagulopathy, weight loss, paralysis, deficiency anemia.

^b The Usual Provider Continuity Index describes the proportion of visits to the usual GP and psychiatrist of all visits made to GP and psychiatrists, including walk-in clinics. It is ranked as low (≤ 0.50), moderate (0.51-0.79) or high (≥ 0.80). *Adjusted Logistic Regression Models.

Discussion

This study revealed that only 33.1% of patients with MD received prompt outpatient physician follow-up after index ED use, locating them at the low end of the 31-71% range established mainly through US research, among the few studies available. Studies that investigated deliberate self-harm (7) or depression (4) produced the lowest follow-up rates, whereas studies on schizophrenia (26) and youth studies (9-11) reported the highest rates. The low follow-up rate in this study may be explained by long wait lists for accessing services in the Quebec healthcare system, compared with health systems in other industrialized countries, especially the wait for usual GP and psychiatrists (27, 28), and by the integration of the full spectrum of MD in the present study. As patients with MD or SRD often have issues with adherence to treatment, missed appointments may also have influenced the low results on prompt ED follow-up. Given their high medical needs as ED patients living in poor overall social and health conditions, not only was their rate of prompt ED follow-up suboptimal, but also their level of 12-month service use prior to the index ED visit, which ranged from 22.7% for patients who received psychosocial interventions in community healthcare centers to 55.6% for those who consulted their usual GP. However, roughly half of patients with prompt ED follow-up received services from both GP and psychiatrists, as these professionals had also been the main providers for these patients prior to index ED use. This result supports the idea that collaborative care may be more appropriate for follow-up in this population of ED users.

The study findings confirmed the first hypothesis that severity of patient clinical conditions would emerge as the main predictors of prompt ED follow-up. A key association was found between illness severity and prompt ED follow-up, as ED patients prioritized for immediate or very urgent care (levels 1-2) received more prompt ED follow-up than those at acuity levels 3-5. This association is interesting, as acuity levels have generally been used to manage treatment priority for ED patients, but not to determine patient follow-up disposition after ED discharge. This suggests that the response of the Quebec outpatient medical system should be improved to for ED patients with less urgent or acute needs.

Studies have highlighted the importance of prompt intervention for patient recovery, especially during acute phases of illness and in cases of severe MD (29). Regarding adjustment and bipolar disorders, these conditions often involve intense psychological distress or crisis situations, which may explain their high priority for prompt ED follow-up (30). Rates were also high for patients with adjustment disorders who may have consulted more frequently with their usual GP, as these physicians are usually more interested in addressing the mental health concerns of “everyday” patients (31). Prompt ED follow-up was previously reported for patients with bipolar disorders (3) reputed to be “frequent service users” (32). Concerning patients with alcohol-related disorders, less prompt ED follow-up for this group may reflect their difficulties in accessing outpatient care (33), which is often due to issues of stigma (34), low treatment adherence (3) or forced abstinence as a condition for entering services (35). These patients also tend to avoid services, using ED as a last resort when faced with serious problems (36). GP are also known for their lack of interest in treating patients with SRD or co-occurring MD-SRD (37). Few Quebec physicians specialize in SRD, which further hinders medical follow-up for addiction (38). Outreach interventions dedicated to improving outpatient follow-up may be promoted for these patients using ED.

The second study hypothesis was also confirmed, as patients with moderate or high continuity of physician care 12 months prior to index ED use were more likely to access prompt ED follow-up. It seems logical that patients enjoying continuity of physician care prior to ED use would receive more prompt ED follow-up. GP or psychiatrists may have referred their own patients to ED for a serious MD episode or crisis that they were unable to treat, which would explain prompter ED follow-up for these patients. The availability of both GP and psychiatrists with busy practices (39), or mental health expertise in the case of GP, has often been reported as inadequate for treating complex MD or crisis situations (40), suggesting another possible reason for low rates of prompt ED follow-up. The findings that receipt of more intensive mental health services in community healthcare centers and prior hospitalizations predicted prompter ED follow-up reinforced the study hypothesis that patients with more serious problems, including psychosocial issues, or those in crisis situations would be prioritized for closer follow-up.

These results suggest that management practices around access to outpatient care in the Quebec mental health system are good, even though long wait lists for outpatient care are the norm (15) and require urgent attention. Based on the 2005 Quebec mental health reform, the one-stop point of entry implemented in the mental health programs of local community healthcare centers also prioritized patients with more severe and acute MD for access to both mental health services in these centers and to psychiatrists in specialized outpatient care. Community healthcare centers are known to treat vulnerable patients who need intense and continuous care (7). Patients with a history of psychiatric hospitalization also have more severe and often co-occurring health problems (31). These patients in particular would be slated for close medical follow-up, explaining their easier access to prompt ED follow-up (40).

The randomised study results underlined the fact that patients known to the mental health system were more likely to receive prompt ED follow-up, than those without support from mental health services prior to ED use. ED studies have outlined the importance of developing innovative interventions at the ED for improving services for both patients without access to outpatient care and those known to have higher needs and vulnerability. Finally, referral after ED discharge did not contribute to the final multivariate model, which may be explained by the high rate of patients discharged without a referral to outpatient care. This suggests that the role of ED as a gateway for accessing outpatient care and for ensuring that patients receive services responding to their needs, particularly patients in urgent or crisis situations, may be greatly improved.

Limitations

This study had certain limitations. First, Quebec databases were primarily developed for financial purposes, and thus provide data that only approximate patient needs. Second, psychosocial interventions provided by hospitals, family medicine groups, and care provided by psychologists working in private clinics or addiction treatment centers could not be examined, as these data were unavailable in RAMQ databases. The provision of such services by patients prior to ED use may have influenced prompt ED follow-up, while the inclusion of these resources among the follow-up measures may have increased the proportion of patients with prompt ED follow-up after ED discharge.

Third, data on race/ethnicity, cognitive impairment, intellectual disability or the patient care experience were also unavailable. Fourth, excluding potential study participants who were inpatients at index ED use or within the 30-day limits for prompt ED follow-up may have resulted in an underrepresentation of severe cases. Finally, results may be not generalizable to all healthcare systems, particularly settings without universal coverage and those located in rural or remote regions.

Conclusions

To our knowledge, this study was the first to identify predictors of prompt (≤ 30 -days) outpatient physician follow-up after ED discharge among patients affected by MD based on an investigation of innovative clinical, sociodemographic and service use variables. Results demonstrated that access to medical care was poor for this high-needs population using Quebec ED, with only one third of patients receiving prompt physician follow-up. The role of ED as a gateway for accessing outpatient physician care should thus be greatly reinforced to increase prompt ED follow-up for vulnerable populations. Nonetheless, patients with more severe and acute conditions were identified as more likely to receive prompt ED follow-up, including those with acuity levels 1-2 at ED triage, patients with prior hospitalizations, those provided with psychosocial interventions in community healthcare centers, as well as patients with adjustment and bipolar disorders. By contrast, patients with alcohol-related disorders and those with acuity levels 3-5 at ED triage were identified as less likely to receive prompt ED follow-up. Interventions like screening, brief intervention including motivational treatment or brief case management offered by ED staff, and adequate referral to appropriate medical outpatient services may help reach patients without prompt ED follow-up. A key contribution of this study was the finding that greater continuity of prior physician care predicted higher levels of prompt ED follow-up, suggesting that care continuity should be reinforced. Generally, more biopsychosocial and collaborative care and post-ED discharge planning is needed to improve mental health services for this population of ED users usually identified as underserved.

Declaration of interest

None

Funding

We gratefully acknowledge the support of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR, Grant Number 8400997).

Acknowledgements

We would also like to thank the Fondation Arbour, the Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) network and the Institut Universitaire sur les Dépendances (IUD) for awarding doctoral and publishing grants to the first author. We thank Judith Sabetti for editorial assistance.

Author Contribution

Project administration and resources: M.-J.F.; design of the manuscript: M.G., M.-J. F.; data analysis: L.G.; article writing: M.G., L.G., M.-J. F.; final version revision: A. L.

Data availability

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

References

1. Barratt H, Rojas-Garcia A, Clarke K, et al. Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments. Systematic Review and Meta-Analysis. PloS One 2016; 11(4), e0154449
2. Fleury MJ, Fortin M, Rochette L, et al. Utilisation des urgences au Quebec chez les patients avec des TM, incluant les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives. Revue Santé mentale au Quebec (RSMQ) 2018 ; 43(2) : 127-152
3. Barker LC, Sunderji N, Kurdyak P, et al. Urgent Outpatient Care Following Mental Health ED Visits: A Population-Based Study. Psychiatric Services 2020 ; appi.ps .2019004
4. Houle J, Beaulieu MD, Lespérance F, et al. Inequities in medical follow-up for depression: a population-based study in Montreal. Psychiatric services 2010 ; 61(3), 258–263

5. Breton RD, Taira DA., Burns E, et al. Follow-up Services After an Emergency Department Visit for Substance Abuse. *Am J Manag Care* 2007; Sep;13(9):497-505
6. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS Measure. Washington (DC): NCQA; 2020 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/follow-up-after-emergency-department-visit-for-mental-illness/>
7. Hunter J, Maunder R, Kurdyak P et al. Mental health follow-up after deliberate self-harm and risk for repeat self-harm and death. *Psychiatry Research* 2018; 259, 333-339
8. Croake S, Brown JD, Miller D, et al. Follow-Up Care After Emergency Department Visits for Mental and Substance Use Disorders Among Medicaid Beneficiaries. *Psychiatric Services* 2017; 68(6), 566-572
9. Lynch S, Witt W, Ali MM, et al. Care Coordination in Emergency Departments for Children and Adolescents with Behavioral Health Conditions: Assessing the Degree of Regular Follow-up After Psychiatric Emergency Department Visits. *Pediatr Emerg Care*. 2018 Jul 24
10. Rosychuk RJ, Newton AS, Niu X et al. Space and time clustering of adolescents' emergency department use and post-visit physician care for mood disorders in Alberta, Canada: A population-based 9-year retrospective study. *Canadian Journal of Public Health* 2015; 106(2), e10-e16
11. Bridge JA, Marcus SC & Olfson M. Outpatient Care of Young People After Emergency Treatment of Deliberate Self-Harm. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 51(2), 213-222.e1
12. Lin E, Diaz-Granados N, Stewart DE et al. Postdischarge care for depression in Ontario. *Canadian journal of psychiatry* 2011. *Revue 94andomized de psychiatrie* 2011 ; 56(8), 481-489
13. Olfson M. Emergency Treatment of Deliberate Self-harm. *Archives of General Psychiatry* 2012 ; 69(1), 80

14. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Mental Health Action Plan 2015-2020 – Doing things differently together. 2015. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>. Accessed : 95andomiz, 25, 2021
15. Vérificateur Général du Québec. Chapter 5: Family Medicine Groups and Network Clinics. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/Presentations/fr_Presentation20150527-VOR_Chap05.pdf
16. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Annual Management Report, 2016-2017. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/rappann1718.pdf>. Accessed : september, 12, 2020
17. Simard M, Sirois C, Candas B. Validation of the Combined Comorbidity Index of Charlson and Elixhauser to Predict 30-Day Mortality Across ICD-9 and ICD-10. *Med Care*. 2018;56(5):441-447
18. Blais C, Jean S, Sirois C, et al. Quebec integrated chronic disease surveillance system (QICDSS), an innovative approach. *Chronic Dis Inj Can*. 2014; 34(4):226–235
19. Canadian Association of Emergency Physicians. Canadian triage acuity scale. 2012. http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf. Accessed: september, 12, 2020
20. Rahme, E., Low, N. C. P., Lamarre, S., Daneau, D., Habel, Y., Turecki, G., Bonin, J. P., Morin, S., Szkrumelak, N., Singh, S., & Lesage, A. (2016). Correlates of Attempted Suicide from the Emergency Room of 2 General Hospitals in Montreal, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(7), 382-393.
21. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, et al. A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Dis Can* 2009; 29(4):178–191
22. Rodriguez HP, Marshall RE, Rogers WH et al. Primary Care Physician Visit Continuity: A Comparison of Patient-reported and Administratively Derived Measures. *J gen intern med* 2008; 23, 1499–1502

23. Dreier J, Comaneshter DS, Rosenbluth Y, et al. The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study, *Isr J Health Policy Res* 2012; 1: 21
24. Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ* 1975; 50(10):965–9
25. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Canadian Medical Association Journal* 2007; 177(11), 1362-1368
26. Anderson KK & Kurdyak P. Factors Associated with Timely Physician Follow-up after a First Diagnosis of Psychotic Disorder. *Canadian journal of psychiatry* 2017; 62(4), 268–277
27. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, et al. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *Int J Equity Health* 2018; 17, 28
28. Senn N, Cohidon C, Breton M, et al. Patterns of patient experience with primary care access in Australia, Canada, New Zealand and Switzerland: a comparative study. *Int J Qual Health Care* 2019; 30;31(9)
29. Boudreaux ED, Niro K, Sullivan A, et al. Current practices for mental health follow-up after psychiatric emergency department/psychiatric emergency service visits: a national survey of academic emergency departments. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 631– 3
30. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011; 10(1):11– 18
31. Fernández A, Mendive J, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry* 2012; 20(12), 137-142
32. Marcus SC, Chuang CC, Ng-Mak DS, et al. Outpatient Follow-Up Care and Risk of Hospital Readmission in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Psychiatric services* 2017; 68(12), 1239–1246
33. Bradley KA, Kivlahan DR. Bringing Patient-Centered Care to Patients with Alcohol Use Disorders. *JAMA* 2014; 311(18):1861–1862

34. Borg B, Douglas IS, Hull M, et al. Alcohol misuse and outpatient follow-up after hospital discharge: a retrospective cohort study. *Addict Sci Clin Pract* 2018; 13(1):24
35. Amaro, H., Black, D. S., 2017. Moment-by-Moment in Women's Recovery: Randomized controlled trial protocol to test the efficacy of a mindfulness-based intervention on treatment retention and relapse prevention among women in residential treatment for substance use disorder. *Contemp Clin Trials*, 62, 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.09.004>
36. Urbanoski K, Inglis D & Veldhuizen, S. Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *Canadian journal of psychiatry* 2017; 62(8):551–559
37. Van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, et al. Comparing 97andomized97e attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61(6):539–549
38. Mowbray FI, Omar AE, Pfaff K et al. Exploring the factors associated with non-urgent emergency department 97andomized97 for mental healthcare. *Journal of Research in Nursing* 2019; 24(8):663-674
39. Loeb DF, Bayliss EA, Binswanger IA et al. Primary Care Physician Perceptions on Caring for Complex Patients with Medical and Mental Illness. *J gen intern med* 2012; 27:945–952
40. Pourat N, Chen X, Wu SH et al. Timely Outpatient Follow-up Is Associated with Fewer Hospital Readmissions among Patients with Behavioral Health Conditions. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2019; 32(3):353–361

5.2. Deuxième article: Profiles, correlates and outcomes among patients experiencing an onset of mental disorder based on outpatient care received following index emergency department visits

Publié dans la revue Canadian Journal of Psychiatry (15 mars 2022)

Authors

Morgane Gabet^{a,b}, MSc, PhD(c)

Zhirong Cao^b, MSc

Marie-Josée Fleury^{a,b,c*}, PhD

^a Department of Health Administration, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

^b Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montreal, QC, Canada

^c Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, QC, Canada

Keywords

Emergency department, service use, follow-up care, continuity of care, latent class analysis, patient profiles, hospitalizations

Profiles, Correlates and Outcomes Among Patients Experiencing an Onset of Mental Disorder Based on Outpatient Care Received Following Index Emergency Department Visits

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2022, Vol. 67(10) 787-801
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/07067437221087004
TheCJP.ca | LaRCP.ca


Profils, variables et résultats de santé associés au suivi ambulatoire reçu après une visite aux urgences pour les patients ayant un trouble mental incident

**Morgane Gabet, MSc, PhD (c)^{1,2}, Zhirong Cao, MSc²
and Marie-Josée Fleury, PhD^{1,2,3} **

Abstract

Objective: This 5-year longitudinal study evaluated patients with an onset of mental disorder (MD) following index emergency department (ED) visits, in terms of (1) patient profiles based on 12-month outpatient follow-up care received, (2) socio-demographic and clinical correlates, and (3) adverse health outcomes for the subsequent 2 years.

Methods: Data from administrative databases were collected for 2541 patients with an onset of MD, following discharge from Quebec ED. Latent class analysis was performed to identify patient profiles based on the adequacy of follow-up care after ED discharge. Bivariate analyses examined associations between class membership and sociodemographic and clinical correlates, high ED use (3+ visits/yearly), hospitalizations, and suicidal behaviors.

Results: Five classes of patients were identified. Class 1, the smallest, labeled “patient psychiatrist only,” included mainly young patients with serious MD. Classes 2 and 3, roughly 20%, were labeled “high use of patient general practitioner (GP) and psychiatrist” and “low use of patient GP and psychiatrist,” respectively. Both included patients with complex MD, but Class 2 had more women and older patients with chronic physical illnesses. The 2 largest classes were labeled “no usual patient service provider” (Class 5) and “patient GP only” (Class 4). Class 5 included more younger men with substance-related disorders, while Class 4 had the older patients living in rural areas, many with common MD and chronic physical illnesses. Class 3 patients had the poorest outcomes, followed by Classes 1 and 2, while Classes 4 and 5 had the best outcomes.

Conclusions: Results revealed that nearly 40% of patients experiencing an onset of MD received little or no outpatient care following ED discharge. Higher severity or complexity of MD and, to a lesser extent, no or low GP follow-up may explain these adverse outcomes. More adequate, continuous care, including collaborative care, is needed for these vulnerable, high-needs patients.

Abstract

Objective:

This 5-year longitudinal study evaluated patients with an onset of mental disorder (MD) following index emergency department (ED) visits, in terms of (1) patient profiles based on 12-month outpatient follow-up care received, (2) sociodemographic and clinical correlates, and (3) adverse health outcomes for the subsequent two years.

Methods:

Data from administrative databases were collected for 2,541 patients with an onset of MD, following discharge from Quebec ED. Latent class analysis was performed to identify patient profiles based on adequacy of follow-up care after ED discharge. Bivariate analyses examined associations between class membership and sociodemographic and clinical correlates, high ED use (3+visits/yearly), hospitalizations and suicidal behaviors.

Results:

Five classes of patients were identified. Class 1, the smallest, labelled “patient psychiatrist only”, included mainly young patients with serious MD. Classes 2 and 3, roughly 20%, were labeled “high use of patient general practitioner (GP) and psychiatrist” and “low use of patient GP and psychiatrist”, respectively. Both included patients with complex MD, but Class 2 had more women and older patients with chronic physical illnesses. The two largest classes were labelled “no usual patient service provider” (Class 5) and “patient GP only” (Class 4). Class 5 included more younger men with substance-related disorders (SRD), while Class 4 had the older patients living in rural areas, many with common MD and chronic physical illnesses. Class 3 patients had poorest outcomes, followed by Classes 1 and 2, while Classes 4 and 5 had the best outcomes.

Conclusions:

Results revealed that nearly 40% of patients experiencing an onset of MD received little or no outpatient care following ED discharge. Higher severity or complexity of MD and, to a lesser

extent, no or low GP follow-up may explain these adverse outcomes. More adequate, continuous care, including collaborative care, is needed for these vulnerable, high-needs patients.

Keywords

Emergency department, service use, follow-up care, continuity of care, latent class analysis, patient profiles, hospitalizations

Acknowledgments

We gratefully acknowledge the support of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR, Grant Number 8400997). We would also like to thank the Fondation Arbour, the Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) research team, the Quebec Network on Suicide, Mood Disorders and Related Disorders (RQSHA) and the Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) for awarding doctoral or publication scholarships to the first author. We thank Judith Sabetti for editorial assistance.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

This study was funded by the Canadian Institutes of health Research (CIHR, Grant Number 8400997).

Introduction

Ensuring delivery of adequate follow-up care for patients with mental disorders (MD) is a major public health issue (1). Early intervention after an onset or acute MD-related episode is highly recommended, contributing to treatment efficacy, patient recovery and reduced costs (2, 3, 4). Patients discharged from emergency departments (ED) are particularly vulnerable and require close follow-up. Early intervention, adequate intensity and continuity of outpatient care have been found to decrease ED use, hospitalizations (5, 6) and suicidal behaviors (7). For newly diagnosed patients with MD, receiving physician care at least once within 30 days following ED

discharge or hospitalization, or twice within the 90-day acute phase of MD (8, 9) are also indicators of adequate follow-up care.

However, most patients with MD do not use mental health (MH) services, while those who do so experience considerable variation in the services received (3, 4). Few studies have investigated profiles of patients based on the nature and extent of follow-up care received. Studies that have developed patient profiles focused mainly on service use, including types and frequency of outpatient services (10), ED use or hospitalization (11, 12), types of care (13) and fluctuations in services provided to patients with MD over time (14, 15). One study distinguished three classes of patients according to low, moderate, or high use of MH services (16), while two other studies identified classes related to intensity and diversity of care for MH reasons (17, 18). Moreover, few studies have linked profiles of patients based on follow-up care with sociodemographic and clinical characteristics. Younger age (12, 19), single civil status (20) and diagnoses of common MD or SRD (11, 21) were associated with lower continuity and less adequate care, compared with older age, serious MD and having social support. Older patients with more serious MD and co-occurring health or social problems made more use of ED and experienced more suicidal behaviors and hospitalizations than other patients (3, 4, 22).

To our knowledge, no studies have investigated patient profiles based on follow-up care for an onset of MD with various indicators of adequate care. A better understanding of these profiles, and associated sociodemographic and clinical characteristics and outcomes, may promote services answering patient needs. Patients experiencing an onset of MD may receive variable adequacy and continuity of care during recovery. Further investigation is required for the period following ED discharge, as these patients, due to overall vulnerability, may face serious challenges in accessing MH care. Based on a cohort of 2,541 patients who experienced an onset of MD and were discharged from Quebec (Canada) ED, this study identified: (1) patient profiles according to outpatient follow-up care over a 12-month period; (2) sociodemographic and clinical correlates; and (3) adverse patient outcomes for the subsequent two years.

Methods

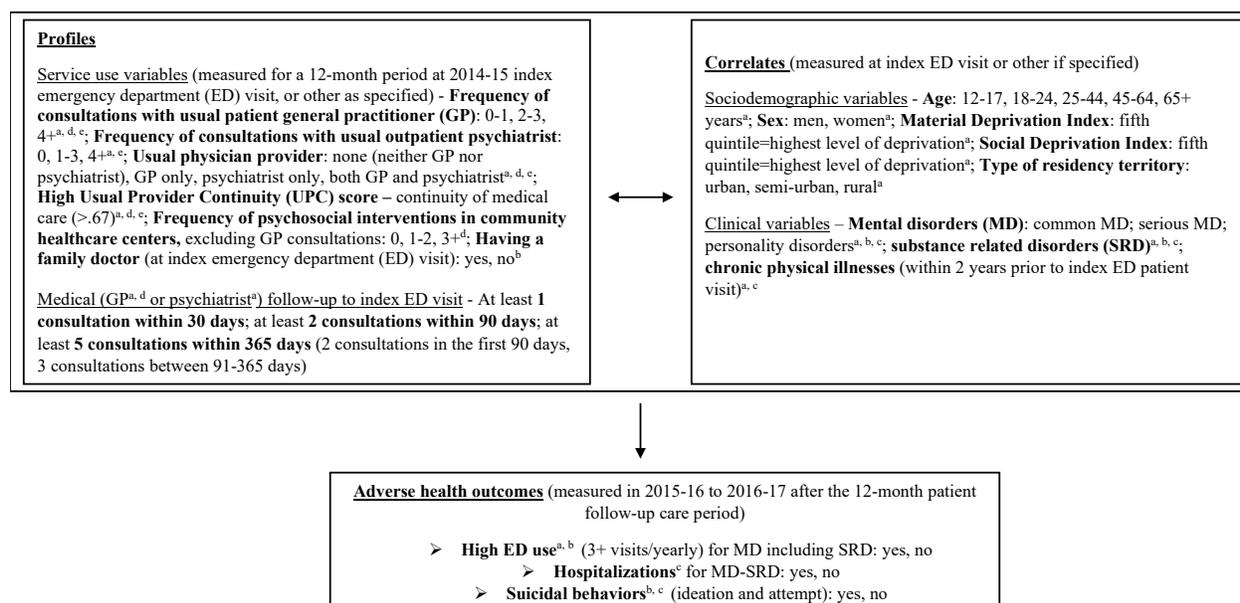
Study population and design

The study included 12,000 patients from the ED of six university or psychiatric hospitals located in urban areas of Quebec and is based on a 5-year investigation (April 1, 2012, to March 31, 2017) using provincial medical administrative databases (Régie de l'assurance maladie du Québec, RAMQ). To enter the cohort, patients had to be eligible for the RAMQ, be aged 12+, and diagnosed with an onset of MD (including SRD) at their first ED visit in 2014-15 (index year) including a two-year previous clearance period of being without MD. Patients were excluded if they were hospitalized for more than 30 days following the index ED visit, or for one third or more of the follow-up care periods (30, 90 or 365 days) subsequent to index ED visit, as these would prevent to measure adequately outpatient follow-up care.

Data sources

The medical administrative database developed for the study included RAMQ, integrating billing systems for most physician services except for 6% of services occurring outside the public system (23), and other databases providing information on patient sociodemographic characteristics (FIPA), service use (BDCU), hospitalization (MED-ECHO), and psychosocial interventions received in community healthcare centers (I-CLSC). Diagnostic codes from these databases were framed by the International Classification of Diseases Ninth and Tenth Revisions (Appendix 1). Figure 1 identifies the databases linked to each study variable. Databases were linked using a unique patient identifier. The Quebec Commission of Access to Information and the ethics committee of a mental health organization approved the study protocol.

Figure 1 – Conceptual framework of profiles, correlates and outcomes among patients experiencing an onset of mental disorder based on outpatient care received following index emergency department visits



^aRégie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ – Quebec Health Insurance Plan database); ^bBanque de données communes des urgences (BDCU – database for ED visits); ^cMaintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO – hospitalization database); ^dSystème d'information permettant la gestion de l'information clinique et administrative dans le domaine de la santé et des services sociaux (I-CLSC – community healthcare center database); ^eUsual patient GP (proxy for "patient family doctor") needs to include a minimum of two consultations with the same GP or at least two different GP working in the same family medicine group. For usual psychiatrist, if a patient had only one outpatient psychiatrist consultation, he/she must have had at least two consultations with his/her GP. Regarding usual physician provider, "both GP and psychiatrist" designates at least one outpatient psychiatrist consultation and two consultations with patient GP.

Variables

Based on the MH service use literature (10-22), variables used to construct profiles of patients based on outpatient follow-up care included: having a family doctor; frequency of consultations with usual patient GP or outpatient psychiatrist; usual physician provider (GP or psychiatrist only, both GP and psychiatrist, or neither); high continuity of medical care; number of psychosocial interventions in community healthcare centers, measured from the index ED visit for a 12-month period; at least one medical consultation (GP or psychiatrist) within 30 days, 2 medical consultations within 90 days, or 5 medical consultations within 365 days following index ED visit (2 consultations in the first 90 days, and 3 between 91-365 days) (Figure 1). Usual patient GP, a proxy for family doctor, was defined as having a minimum of two consultations with the same GP or with at least two GP working in the same family medicine group (24). At least 60% of Quebec GP worked in family medicine groups collaborating with nurses and social workers, striving to ensure continuity of care and extended medical coverage (25). Regarding usual psychiatrist,

patients with only one consultation had to have made at least two consultations with their GP, defined as collaborative care (26).

Continuity of care was measured with the Usual Provider Continuity Index, which describes the proportion of consultations to usual GP and psychiatrist of total GP and psychiatrist consultations (27). A score of >0.67 indicates high care continuity (28). Interventions in community healthcare centers, excluding GP consultations, mainly involved psychosocial services provided by multidisciplinary MH teams. The 30-day benchmark for receiving at least one follow-up medical appointment is a strong indicator for adequate access to care following onset of MD (9). Having at least 2 follow-up medical visits after onset of MD (i.e., 3 visits in total including index ED visit) is another key indicator of adequate care in the acute MD phase (8). The indicator of at least 5 consultations within 12 months, excluding the index ED visit, is generally viewed as adequate “long-term” care following an onset of MD (29).

Sociodemographic and clinical correlates were measured at index ED visit. Sociodemographic variables included: age group, sex, material and social deprivation, and type of residential area (e.g., urban). Based on the 2011 Canadian census, the Material Deprivation Index (30) was derived from the ratio of population employment, average income, and number of individuals without a high school diploma; while Social Deprivation Index (30) measured proportions of individuals living alone, without a spouse and single-parent families. Both indices were classified in quintiles but regrouped into three categories representing low (1-2), moderate (3) and high deprivation (4-5 or not assigned). The not assigned groups included patients without an address, e.g., homeless individuals. Clinical correlates included: MD, SRD and chronic physical illnesses as follows: for MD, common MD (anxiety, depressive, adjustment and attention deficit/hyperactivity disorders), serious MD (bipolar disorders, schizophrenia spectrum and other psychotic disorders) and personality disorders; for SRD, alcohol- and drug-related disorders (use, induced, intoxication, withdrawal). The list of chronic physical illnesses was adapted from the Elixhauser Comorbidity Index (31).

Adverse health outcomes measured for an additional 24-month period (2015-16 to 2016-17) after the 12-month follow-up period included: high ED use and hospitalizations for MD-SRD, and

suicidal behaviors (ideation, attempt). High ED use, defined as 3+ ED visits/year is based on previous Quebec research (32, 33) and reflects standard estimates (34, 35). These three outcomes are among the strongest indicators of adverse health outcomes (7, 36).

Data analysis

The Chi-square test was used for comparisons between the study cohort and excluded patients on sociodemographic and service use variables. Latent class analysis (LCA) was performed to identify profiles of patients in follow-up care after ED discharge (37, 38). LCA is a model-based technique that identifies population heterogeneity by analyzing individual patterns of behavior for common types or “classes” (39). LCA considers categorical variables to assess model fit using likelihood statistics, which capture uncertainty in the classification (40). A series of latent class models was produced, evaluating from 1-6 classes. Four indices, the Akaike Information Criteria (41), Bayesian Information Criteria (42), consistent AIC (43) and entropy value (44) were used to calculate the best-fit model. Bivariate analysis (chi-squared test) was used to examine associations between class memberships, i.e., sociodemographic and clinical correlates and outcomes. Missing data (<1%) on the LCA and latent status indicators are permitted in these procedures. All analyses were performed using Stata 15, and SAS 9.4 for the LCA (39).

Results

Sample characteristics

Of the 12,000-patient cohort, 2,819 were diagnosed with an onset of MD (including SRD). Of these patients, 278 were excluded, including 93 hospitalized for more than 30 days after their index ED visit, and 185 hospitalized for one third or more of the follow-up care periods after index ED visit. The final study sample consisted of 2,541 patients. Comparison analyses between the study cohort and excluded patients showed that the latter differed significantly only in terms of (older) age and ratings on the Social Deprivation Index (more at level 3); yet they differed quite significantly on service use, justifying the exclusion from the study of patients whose length of hospital stay was too prolonged to appropriately measure outpatient care (Appendix 2).

Of the 2,541 patients (Table 1), 37.8% were 25-44 years old and 52.0% male; 45.1% and 62.5% of patients scored 4-5 or were not assigned on Material and Social Deprivation Indices; 76.6% lived in urban territories. Diagnoses included common MD (54%), serious MD (16.7%), personality disorders (12.8%), SRD (22.9%) and chronic physical illnesses (23.1%), while 45.7% of patients reported not having a family doctor, and 38.9% no usual physician provider.

GP were the usual provider for 33.1%. Regarding follow-up care, 49.2% and 72.0% did not consult their respective usual GP and psychiatrists. Some 55.2% had high scores on continuity of care, and 30.3% scored high on psychosocial interventions in community healthcare centers; 30% of patients received at least 1 medical consultation within 30 days, 33.1% 2 visits within 90 days, and 20.0% had 5 consultations within 365 days of index ED visit. Regarding adverse patient outcomes, 13.3% reported high ED use, 12.9% hospitalizations and 14.1% suicidal behaviors.

Table 1 – Patient characteristics (n=2,541)

	n	%
Sociodemographic variables (measured at index emergency department (ED) visit)		
Age group		
12-24 years	731	28.8
25-44 years	961	37.8
45+ years	849	33.4
Sex		
Men	1322	52.0
Material Deprivation Index		
1 and 2	943	37.1
3	453	17.8
4, 5 and not assigned ^a	1145	45.1
Social Deprivation Index		
1 and 2	598	23.5
3	354	14.0
4, 5 and not assigned ^a	1589	62.5
Type of residency territory		
Urban (>100,000)	1936	76.6
Semi-urban (10,000 to 100,000)	378	15.0
Rural (<10,000)	215	8.5
Clinical variables (measured at index ED visit or other as specified)		
Common mental disorders (MD) ^b	1372	54.0
Serious MD ^b	425	16.7
Personality disorders	324	12.8
Substance-related disorders (SRD) ^b	583	22.9
Chronic physical illnesses (occurring within 2 years prior to index ED visit) ^c	586	23.1
Service use variables (measured in the 12 months after index ED visit or other as specified)		
Having a family doctor (at index ED visit)	1160	45.7

Frequency of consultations with usual patient general practitioner (GP most frequently consulted) ^d		
0-1 consultation	1250	49.2
2-3 consultations	597	23.5
4+ consultations	694	27.3
Frequency of consultations with usual outpatient psychiatrist (psychiatrist most frequently consulted) ^d		
0 consultation	1829	72.0
1-3 consultations	348	13.7
4+ consultations	364	14.3
Usual physician provider ^d		
No GP nor psychiatrist	988	38.9
GP only	841	33.1
Psychiatrist only	262	10.3
Both GP and psychiatrist	450	17.7
High Usual Provider Continuity (UPC) score – continuity of medical care (>.67) ^d	1403	55.2
Frequency of psychosocial interventions in community healthcare centers, excluding GP consultations		
0 consultation	1771	69.7
1-3 consultations	441	17.4
4+ consultations	329	13.0
At least 1 medical consultation (GP or psychiatrist) in the 30 days following index ED visit ^d	762	30.0
At least 2 medical consultations in the 90 days following index ED visit ^d	841	33.1
At least 5 medical consultations in the 365 days following index ED visit (2 consultations in the first 90 days, 3 consultations between 91-365 days) ^d	509	20.0
Outcomes (measured in 2015-16 to 2016-17 after the 12-month patient follow-up care period)		
High ED use (3+ visits/yearly) for MD-SRD	337	16.3
Hospitalizations for MD-SRD	327	12.9
Suicidal behaviors (ideation and attempt)	357	14.1

^aThese indices are defined in the methods section. Not assigned areas related to missing address or living in an area where index assignment is not feasible. An index cannot usually be assigned to residents of long-term healthcare units or homeless patients.

^bCommon MD included: depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders and attention deficit/hyperactivity disorder; serious MD included: bipolar disorders, schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; SRD included: alcohol and drug related disorders (use, induced disorders, intoxication, withdrawal).

^cChronic physical illnesses included: renal failure, cerebrovascular illnesses, neurological illnesses, endocrine illnesses, tumor without or with metastasis, chronic pulmonary illnesses, diabetes complicated and uncomplicated, cardiovascular illnesses, and other chronic illness categories (e.g., blood loss anemia) (see Appendix 1).

^dUsual patient GP is a proxy for “patient family doctor”, which needs to include a minimum of two consultations with the same GP or with at least two GP working in the same family medicine group. For usual outpatient psychiatrist, patients making only one psychiatrist consultation had to have made at least two consultations with their GP. Regarding usual physician provider, “both GP and psychiatrist” designates at least one psychiatrist consultation and two GP consultations. The Usual Provider Continuity Index (UPC) describes the proportion of visits to the GP and psychiatrist most frequently consulted (the usual patient GP or psychiatrist), of total visits to GP and psychiatrists (including walk-in clinics).

Latent class analysis (LCA)

The LCA determined a five-class solution (BIC: 4 class=3897.0, 5 class=3148.5, 6 class=3193.3; CAIC: 4 class=3964.0, 5 class=3232.5, 6 class= 294.3). Entropy value for the five-class solution was 0.989, with values greater than 0.8 indicating good separation and limited class overlap. Class 1 (Table 2), labeled “patient psychiatrist only”, was the smallest of the five classes (n=165, 6.5%). All Class 1 patients received followed-up from their psychiatrist and frequency of consultations was highest, with 75.8% making 4+ consultations. Yet these patients had no usual GP follow-up and were the second highest class reporting no family doctor (41.2%). Continuity of care was also high for Class 1 (87.7%). Thirty-day medical follow-up was adequate for 69.1% of patients, 90-day follow-up adequate for 100%, while 365-day follow-up was adequate for 47.9%.

In Class 2 (n=335, 13.2%), labeled “high use of patient GP and psychiatrist”, all patients were followed by both providers. Their frequency of consultations with usual GP (60.6% with 4+ consultations) was highest, and frequency of psychiatrist consultations (48.4% with 4+ consultations) second highest. Over half (53.1%) had a family doctor. Class 2 also included the highest percentages of patients with high continuity of care (93.4%), high frequency of psychosocial interventions in community healthcare centers (26.9% with 4+ consultations), and high medical follow-up: 77.0% within 30 days, 100% within 90 days and 76.7% within 365 days.

Class 3, labeled “low use of patient GP and psychiatrist”, was the second smallest class (n=212, 8.3%), with 54.3% of patients followed by both usual GP and psychiatrist and 45.8% by psychiatrist only. Of 44.8% who reported having a family doctor, 54.3% made at least 2 consultations. All patients received at least one psychiatrist consultation, with 63.7% receiving up to 3. Class 3 had the second lowest percentage of patients with high continuity of care (79.7%). Like Class 2, 26.4% of Class 3 patients received 4+ psychosocial interventions in community healthcare centers. However, their results for medical follow-up were second lowest, with 17.5% of patients receiving medical follow-up within 30-days and none with adequate follow-up within 90 or 365 days.

Class 4, labeled “patient GP only”, was the second largest class (n=841, 33.1%), with all patients consulting the usual GP only, and the highest number having a family doctor (53.5%).

Class 4 included the second highest percentage of patients registering 4+ consultations with usual GP (53.2%) and high continuity of care (92.3%), but the second lowest percentage with 4+ psychosocial interventions in community healthcare centers (10.2%). In terms of medical follow-up, 42.0% of Class 4 patients were followed within 30 days of index ED visit 40.6% within 90 days and 20.6% within 365 days.

Class 5, labelled “no usual patient service provider”, was the largest (n=988, 38.9%), including patients without a usual GP or psychiatrist and the fewest having a family doctor (37.4%). None had high continuity of care. Class 5 ranked lowest in terms of percentages receiving 4+ psychosocial interventions in community healthcare centers (7.8%). No Class 5 patient received medical follow-up at any time point post-ED discharge.

Table 2 – Characteristics of the five-class model based on follow-up care variables

	Class 1 – Patient psychiatrist only	Class 2 – High use of patient general practitioner (GP) and psychiatrist	Class 3 – Low use of patient GP and psychiatrist	Class 4 – Patient GP only	Class 5 – No usual patient service provider
Variables (measured for a 12-month period at 2014-15 index emergency department (ED) visit or other as specified)	%	%	%	%	%
n (%)	165 (6.5)	335 (13.2)	212 (8.3)	841 (33.1)	988 (38.9)
Having a family doctor (at index ED visit)	41.2	53.1	44.8	53.5	37.4
Frequency of consultations with usual patient general practitioner (GP most frequently consulted) ^a					
0-1 consultation	100.0	0.0	45.8	0.0	100.0
2-3 consultations	0.0	39.4	33.5	46.9	0.0
4+ consultations	0.0	60.6	20.8	53.2	0.0
Frequency of consultations with usual outpatient psychiatrist (psychiatrist most frequently consulted) ^a					
0 consultation	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
1-3 consultations	24.2	51.6	63.7	0.0	0.0
4+ consultations	75.8	48.4	36.3	0.0	0.0
Usual physician provider ^a					
No GP nor psychiatrist	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
GP only	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
Psychiatrist only	100.0	0.0	45.8	0.0	0.0
Both GP and psychiatrist	0.0	100.0	54.3	0.0	0.0

High Usual Provider Continuity (UPC) score – continuity of medical care (>.67) ^a	87.9	93.4	79.7	92.3	0.0
Frequency of psychosocial interventions in community healthcare centers, excluding GP consultations					
0 consultation	70.3	49.6	46.2	75.6	76.4
1-3 consultations	17.6	23.6	27.4	14.2	15.8
4+ consultations	12.1	26.9	26.4	10.2	7.8
At least 1 medical visit (GP or psychiatrist) in the 30 days following index ED visit ^a	69.1	77.0	17.5	42.0	0.0
At least 2 medical visits in the 90 days following index ED visit ^a	100.0	100.0	0.0	40.6	0.0
At least 5 medical visits in the 365 days following index ED visit (2 visits in the first 90 days, 3 visits between 91-365 days) ^a	47.9	76.7	0.0	20.6	0.0

^a Usual patient GP is a proxy for “patient family doctor”, which needs to include a minimum of two consultations with the same GP or with at least two GP working in the same family medicine group. For usual outpatient psychiatrist, patients making only one psychiatrist consultation had to have made at least two consultations with their GP. Regarding usual physician provider, the category “both GP and psychiatrist” designates at least one psychiatrist consultation and two GP consultations. The Usual Provider Continuity Index (UPC) describes the proportion of visits to the GP and psychiatrist most frequently consulted (the usual patient GP or psychiatrist), of total visits to GP and psychiatrists (including walk-in clinics).

Patient sociodemographic and clinical correlates and adverse health outcomes

Overall, patients were younger in Classes 1, 3 and 5, while those in Classes 2 and 4 were older. Classes 1 and 5 included more men (60.4%, 53.9%) than Class 2 (40.3%) (Table 3).

Table 3 – Patient sociodemographic and clinical correlates by class

	Class 1- Patient psychiatrist only	Class 2 – High use of patient general practitioner (GP) and psychiatrist	Class 3 – Low use of patient GP and psychiatrist	Class 4 – Patient GP only	Class 5 – No usual patient service providers
	%	%	%	%	%
n (%)	165 (6.5)	335 (13.2)	212 (8.3)	841 (33.1)	988 (38.9)
Sociodemographic variables (measured at index emergency department (ED) visit)					
Age group					
12-24 years	38.8 ^{2,4}	20.6 ^{1,3,5}	33.5 ^{2,4}	21.1 ^{1,3,5}	35.4 ^{2,4}
25-44 years	38.2	42.7	36.8	36.6	37.4
45+ years	23.0	36.7	29.7	42.3	27.2
Sex					
Men	53.9 ²	40.3 ^{1,3,4,5}	50.5 ^{2,5}	46.9 ^{2,5}	60.4 ^{2,3,4}

Material Deprivation Index					
1 and 2	36.4	39.1	38.2	36.2	37.2
3	15.2	18.8	17.0	18.3	17.7
4, 5 and not assigned ^a	48.5	42.1	44.8	45.5	45.1
Social Deprivation Index					
1 and 2	21.2	22.1	21.7	22.4	25.8
3	10.3	14.6	12.7	14.6	14.0
4, 5 and not assigned ^a	68.5	63.3	65.6	63.0	60.2
Type of residency territory					
Urban (>100,000)	78.2	79.3	83.0 ^{4,5}	73.9 ³	76.2 ³
Semi-urban (10,000 to 100,000)	14.6	12.0	13.7	16.6	14.9
Rural (<10,000)	7.3	8.7	3.3	9.5	8.9
Clinical variables (measured at index ED visit or other as specified)					
Common mental disorders (MD) ^b	47.3 ^{2,4}	59.1 ^{1,5}	51.4 ⁴	61.4 ^{1,3,5}	47.7 ^{2,4}
Serious MD ^b	38.8 ^{2,3,4,5}	24.5 ^{1,4,5}	25.0 ^{1,4,5}	10.6 ^{1,2,3,5}	13.9 ^{1,2,3,4}
Personality disorders	15.2 ⁴	14.6 ⁴	14.2	9.9 ^{1,2,5}	13.9 ⁴
Substance-related disorders (SRD) ^b	9.7 ^{4,5}	11.3 ^{4,5}	11.3 ^{4,5}	23.9 ^{1,2,3,5}	30.8 ^{1,2,3,4}
Chronic physical illnesses (within 2 years prior to index ED visit) ^c	15.2 ^{2,4}	29.0 ^{1,5}	21.2 ⁴	30.6 ^{1,3,5}	16.4 ^{2,4}

^a These indices are defined in the methods section. Not assigned areas related to missing address or living in an area where index assignment is not feasible. An index cannot usually be assigned to residents of long-term healthcare units or homeless patients.

^b Common MD included: depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders and attention deficit/hyperactivity disorder; serious MD included: bipolar disorders, schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; SRD included: alcohol and drug related disorders (use, induced disorders, intoxication, withdrawal).

^c Chronic physical illnesses included: renal failure, cerebrovascular illnesses, neurological illnesses, endocrine illnesses, tumor without or with metastasis, chronic pulmonary illnesses, diabetes complicated and uncomplicated, cardiovascular illnesses, and other chronic illness categories (e.g., blood loss anemia) (see Appendix 1).

Superscripts indicate significant differences at $p < 0.05$

Scores on the Material and Social Deprivation Indices did not differ significantly by class. Compared to Classes 4 and 5, Class 3 had the lowest percentage of patients living in rural territories (9.5% and 8.9% vs 3.3%). Class 4 included the highest percentage of patients with common MD (61.4%) and Class 1 the lowest (47.3%, 15.2%). Class 1 comprised more serious MD (38.8%), compared to Classes 4 and 5 (10.6%, 13.9%) with the lowest rates. Class 4 had the fewest patients with personality disorders (9.9%), versus Class 1 (15.2%). Most SRD cases occurred in Class 5 (30.8%), while Classes 1, 2 and 3 had fewer (9.7-11.3%). Classes 4 and 2 included more patients with chronic physical illnesses (30.6%, 29.0%) relative to Classes 1 and 5 with the fewest (15.2%, 16.4%). Concerning patient outcomes (Table 4), ED use was higher in Classes 3, 1 and 2 (26.4%, 20.0%, 19.1%), compared with Classes 4 and 5 (9.6%, 10.4%). Hospitalization rates were similar: higher in Classes 3, 1 and 2 (27.8%, 22.4%, 19.1%), compared with Classes 4 and 5 (8.7%,

9.5%). More suicidal behaviors were reported in Classes 3, 2 and 1 (25.5%, 20.0%, 17.6%), than in Classes 5 and 4 (10.5%, 12.3%).

Table 4 – Adverse patient health outcomes per class

	Class 1 – Patient psychiatrist only	Class 2 - High use of patient general practitioner (GP) and psychiatrist	Class 3 – Low use of patient GP and psychiatrist	Class 4 - Patient GP only	Class 5 – No usual patient service providers
Patient outcomes (measured in 2015-16 to 2016-17 after the 12-month patient follow-up care period)	%	%	%	%	%
n (%)	165 (6.5)	335 (13.2)	212 (8.3)	841 (33.1)	988 (38.9)
High emergency department (ED) use (3+ visits/yearly) for mental disorders (MD) including substance-related disorders (SRD)	20.0 ^{4,5}	19.1 ^{3,4,5}	26.4 ^{2,4,5}	9.6 ^{1,2,3}	10.4 ^{1,2,3}
Hospitalizations for MD-SRD reasons	22.4 ^{4,5}	19.1 ^{3,4,5}	27.8 ^{2,4,5}	8.7 ^{1,2,3}	9.5 ^{1,2,3}
Suicidal behaviors (ideation and attempt)	17.6 ⁵	20.0 ^{4,5}	25.5 ^{4,5}	12.3 ^{2,3}	10.5 ^{1,2,3}

Superscripts indicate significant differences at $p < 0.05$

Discussion

This study was original in identifying profiles of patients in follow-up care for a 12-month period after ED discharge, sociodemographic and clinical correlates, and adverse health outcomes for an additional 2 years. Patients were overall vulnerable, half of them experiencing high material or social deprivation and roughly one fifth serious conditions. Half of patients received no follow-up by a GP, while some 40% had no usual physician provider and fewer received psychosocial interventions in community healthcare centers. Medical follow-up was also low, with roughly 20-33% receiving adequate care according to 30, 90 or 365-day post-ED visit indicators. Percentages for medical follow-up were similar for the 30-day follow-up period (4) but lower for 90-day (8) compared with results previously reported. However, these studies were not specifically concerned with patients presenting at ED with an onset of MD. Low levels of patient follow-up may be due to difficulties in access to care, particularly GP in the case of Quebec (8), and among patients with more serious or complex MD and social problems (45, 46), GP poor knowledge of MD (47) and some stigmatization behaviors by clinicians (48). Low deployment of evidence-based

treatments, such as insufficient access to collaborative or integrated care with psychiatrists, may also have occurred (49, 50).

Five classes of outpatient profiles were identified, with Classes 5 and 4 representing nearly 75% of the sample. The findings that Classes 5 and 4, the largest, included no patient with a usual physician provider or patients with only GP follow-up were not surprising, as patients with MD are known for low MH service use (51) and consulting more with GP (52). Class 5 patients were young and mainly men, many with SRD. Younger men are known to use MH services as a last resort, while SRD often entails non-adherence to treatment (53), dropout from services and reported stigmatization (54). Class 4 mainly consisted of patients with common MD and the highest incidence of chronic physical illnesses. Many Class 4 patients lived in rural areas, which may explain low follow-up by psychiatrists. Studies also found that GP prefer to treat common MD, and co-occurring chronic physical illnesses (55). Over half of Class 4 patients received intensive GP care, with 40% receiving medical care within three months, dropping to about 20% by 12 months post-ED discharge. Moreover, only 10% received intensive psychosocial interventions in community healthcare centers, a poor result considering that stepped care is considered best practice (56). Regarding adverse outcomes, Class 4 and 5 patients made the least use of ED and had the fewest hospitalizations and suicidal behaviors, which more likely reflected their less severe clinical profile than inadequate follow-up. Better health outcomes for Class 4 may also be explained by their high rates of GP follow-up and older age.

Classes 2 and 3, roughly 20% of the sample, represented the highest rates of both usual GP and psychiatrist consultations, and also psychosocial interventions in community healthcare centers. Collaborative care is recommended for patients with complex MD (57). However, Class 3 had the worst results on high ED use and hospitalizations of all classes, significantly higher than Class 2. The fact that Class 3 patients received much less intensive GP follow-up, with poor results on continuity of medical care within 30-, 90- and 365 days post-ED discharge may explain these outcomes. Compared with Classes 4 and 5, more Class 3 patients lived in urban areas, where patients receive less continuous care from GP working more in walk-in clinics (58). Class 2 patients included more older women than in Class 3, who in previous studies were said to receive more care from GP than psychiatrists (59).

In Class 1, less than 10% of the sample, patients received intensive follow-up exclusively from psychiatrists and continuity of care was high.

Most were offered adequate medical care within different follow-up periods. However, like Class 3, Class 1 patients had the worst adverse health outcomes in terms of high ED use and hospitalizations, especially compared with Classes 4 and 5. Class 1 patients were younger and with more serious MD than other classes, which seems to account for worse outcomes despite intense psychiatric follow-up. Younger age and more serious MD were associated with both high ED use and hospitalizations in previous studies (60).

Limitations

First, some key data could not be examined, for instance psychosocial interventions in hospitals, private clinics or in the voluntary sector, or variables such as patient race/ethnicity, for which there was no information in RAMQ databases. Second, results for patients with an onset of MD discharged from ED, as a unique and highly vulnerable population, may not be compared to results for patients with MD at large. Third, the study also excluded older patients who experienced more lengthy periods of hospitalization, a group that may differ from others in terms of overall profile and adverse health outcomes. Finally, these results may not be generalizable to all healthcare systems, particularly those without universal healthcare coverage.

Conclusion

Findings underline that nearly 40% of patients with an onset of MD, especially those with SRD, received virtually no medical follow-up after discharge from their index ED visit. Roughly half of patients also relied on their usual GP for care and only 20% received collaborative care. Five classes were identified: the largest groups without a usual physician provider or receiving GP follow-up only; two classes including patients with low or high intensity of psychiatrist and GP care, and a single class with psychiatrist care only. Higher severity or complexity of MD and, to a lesser extent, no or low GP follow-up may explain poor outcomes. Results suggest the need for increased GP follow-up in Classes 1, 3 and 5. Assertive community treatment or first episode psychosis programs may also be promoted for Classes 1 and 3, intensive case management for Class 2, stepped care for Class 4, and outreach services for SRD in Class 5. Considering these

results, substantial improvement in MH services is needed, particularly more collaborative and biopsychosocial care and post-ED discharge planning.

References

1. Pincus, H. A., Scholle, S. H., Spaeth-Rublee, B., Hepner, K. A., & Brown, J. (2016). Quality measures for mental health and substance use: gaps, opportunities, and challenges. *Health Affairs*, 35(6), 1000-1008.
2. Kurdyak, P., Vigod, S., Duchon, R., Jacob, B., Stukel, T., & Kiran, T. (2017). Diabetes quality of care and outcomes: Comparison of individuals with and without schizophrenia. *General hospital psychiatry*, 46, 7-13.
3. Anderson KK, Norman R, MacDougall A, Edwards J, Palaniyappan L, Lau C, Kurdyak P. Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data. *Am J Psychiatry*. 2018 May 1;175(5):443-452. Doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17050480. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29495897.
4. Hunter J, Maunder R, Kurdyak P et al: Mental health follow-up after deliberate self-harm and risk for repeat self-harm and death. *Psychiatry Research* 2018; 259, 333-339
5. Murphy, B., & Brewer, W. (2011). Early intervention in psychosis: Strengths and limitations of services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(6), 401-407. Doi:10.1192/apt.bp.110.008573
6. Puntis, S., Rugkåsa, J., Forrest, A., Mitchell, A., & Burns, T. (2015). Associations between continuity of care and patient outcomes in mental healthcare: a systematic review. *Psychiatric Services*, 66(4), 354-363.
7. Randall, J. R., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2020). Suicide and all-cause mortality in a high-risk cohort: A latent class approach. *General hospital psychiatry*, 63, 62-67.
8. Houle J, Beaulieu MD, Lespérance F, et al : Inequities in medical follow-up for depression: a population-based study in Montreal. *Psychiatric services* 2010; 61(3), 258–263
9. McCullumsmith C, Clark B, Blair C et al : Rapid Follow-Up for Patients After Psychiatric Crisis. *Community Mental Health Journal* 2015; 51(2), 139-144

10. Mowbray, O., Glass, J. E., & Grinnell-Davis, C. L. (2015). Latent class analysis of alcohol treatment utilization patterns and 3-year alcohol related outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 54, 21-28.
11. Loranger, C., Bamvita, J. M., & Fleury, M. J. (2020). Typology of patients with mental health disorders and perceived continuity of care. *Journal of Mental Health*, 29(3), 296-305.
12. Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2018). Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with currently untreated mental health problems via latent class analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(8), 773-783.
13. Hays, K., & Gilreath, T. (2017). Profiles of depression help seeking among Black Americans: A latent class approach. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(8), 627-633.
14. Copeland, L.A., Zeber, J.E., Wang, CP. Et al. Patterns of primary care and mortality among patients with schizophrenia or diabetes: a cluster analysis approach to the retrospective study of healthcare utilization. *BMC Health Serv Res* 9, 127 (2009). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-127>
15. Evans, E., Padwa, H., Li, L., Lin, V., & Hser, Y. I. (2015). Heterogeneity of Mental Health Service Utilization and High Mental Health Service Use Among Women Eight Years After Initiating Substance Use Disorder Treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 59, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.021>
16. Zhdanova, M., Voelker, J., Pilon, D., Cornwall, T., Morrison, L., Vermette-Laforme, M., ... & Neslusan, C. (2021). Cluster Analysis of Care Pathways in Adults with Major Depressive Disorder with Acute Suicidal Ideation or Behavior in the USA. *Pharmacoeconomics*, 1-14.
17. Yang, B. K., Idzik, S., & Evans, P. (2021). Patterns of mental health service use among Medicaid-insured youths treated by nurse practitioners and physicians: A retrospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103956.

18. Choi KR, Briggs EC, Seng JS, Graham-Bermann SA, Munro-Kramer ML, Ford JD. Service usage typologies in a clinical sample of trauma-exposed adolescents: A latent class analysis.
19. Joyce, A. S., Adair, C. E., Wild, T. C., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N., & Pasmeny, G. (2010). Continuity of care: validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community mental health journal*, 46(2), 192-208.
20. Harris, M. G., Hobbs, M. J., Burgess, P. M., Pirkis, J. E., Diminic, S., Siskind, D. J., ... & Whiteford, H. A. (2015). Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults. *Medical Journal of Australia*, 202(4), 185-189.
21. Fleury, MJ., Grenier, G., Bamvita, JM. Et al. Typology of persons with severe mental disorders. *BMC Psychiatry* 13, 137 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-137>
22. Cully, J. A., Zimmer, M., Khan, M. M., & Petersen, L. A. (2008). Quality of depression care and its impact on health service use and mortality among veterans. *Psychiatric Services*, 59(12), 1399-1405.
23. Régie de l'assurance maladie du Québec. (2017). Rapport annuel de gestion, 2016-2017. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec.
24. Rodriguez HP, Marshall RE, Rogers WH et al: Primary Care Physician Visit Continuity: A Comparison of Patient-reported and Administratively Derived Measures. *J GEN INTERN MED* 2008 ;23, 1499–1502.
25. Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources, Automne 2015. Québec : Vérificateur général du Québec. 2015.
26. Dreiherr J, Comaneshter DS, Rosenbluth Y, et al: The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study, *Isr J Health Policy Res* 2012; 1: 21.
27. Breslau N, Reeb KG: Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ* 1975; 50(10):965–9

28. Ride, J., Kasteridis, P., Gutacker, N., Doran, T., Rice, N., Gravelle, H., ... & Jacobs, R. (2019). Impact of family practice continuity of care on unplanned hospital use for people with serious mental illness. *Health services research, 54*(6), 1316-1325.
29. Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62*(6), 629-640.
30. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, et al. (2009). A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Dis Can. 29*(4):178–191
31. Simard, M., Dubé, M., Myles, G., & Sirois, C. (2019). La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017. Québec : Institut national de santé publique du Québec
32. Chaput, Y. J., & Lebel, M. J. (2007). Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatric services, 58*(3), 335-341
33. Fleury, M. J., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Vasiliadis, H. M., Pelletier, É., & Lesage, A. (2019). Factors associated with emergency department use for mental health reasons among low, moderate and high users. *General hospital psychiatry, 60*, 111-119.
34. Brennan, J. J., Chan, T. C., Hsia, R. Y., Wilson, M. P., & Castillo, E. M. (2014). Emergency department utilization among frequent users with psychiatric visits. *Academic emergency medicine, 21*(9), 1015-1022.
35. Buhumaid, R., Riley, J., Sattarian, M., Bregman, B., & Blanchard, J. (2015). Characteristics of frequent users of the emergency department with psychiatric conditions. *Journal of healthcare for the poor and underserved, 26*(3), 941-950.
36. Hastings, S. N., Whitson, H. E., Sloane, R., Landerman, L. R., Horney, C., & Johnson, K. S. (2014). Using the past to predict the future: latent class analysis of patterns of health service use of older adults in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(4), 711-715.

37. Goodman, L. A. (1974). Exploratory latent structure analysis using both identifiable and unidentifiable models. *Biometrika*, 61, 215–231.
38. Lazarsfeld, P. F., & Henry, N. W. (1968). *Latent structure analysis*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
39. Lanza, S. T., Collins, L. M., Lemmon, D. R., & Schafer, J. L. (2007). PROC LCA: A SAS procedure for latent class analysis. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 671–694.
40. Hagenaars, J. A., & McCutcheon, A. L. (2009). *Applied latent class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
41. Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52(3), 317–322.
42. Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics*, 461-464.
43. Bozdogan, H. (1987). Model selection and Akaike's information criterion (AIC): The general theory and its analytical extensions. *Psychometrika*, 52(3), 345-370.
44. Celeux, G., & Soromenho, G. (1996). An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. *Journal of Classification*, 13(2), 195–212.
45. Corscadden, L., Levesque, J. F., Lewis, V., Strumpf, E., Breton, M., & Russell, G. (2018). Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-10.
46. Senn N, Cohidon C, Breton M, et al: Patterns of patient experience with primary care access in Australia, Canada, New Zealand and Switzerland: a comparative study. *Int J Qual Health Care* 2019; 30;31(9):G126-G132
47. Loeb, D. F., Bayliss, E. A., Binswanger, I. A., Candrian, C., & Degruy, F. V. (2012). Primary care physician perceptions on caring for complex patients with medical and mental illness. *Journal of general internal medicine*, 27(8), 945-952

48. Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23-35
49. Gallo, K. P., & Barlow, D. H. (2012). Factors involved in clinician adoption and nonadoption of evidence-based interventions in mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 93
50. Roy M, Dagenais P, Pinsonneault L, Déry V. (2019). Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): A systematic and multisource literature review. *Int J Health Plann Manage*. 34(1):e111-e130. Doi:10.1002/hpm.2687
51. Saini, P., McIntyre, J., Corcoran, R., Daras, K., Giebel, C., Fuller, E., ... & Gabbay, M. (2020). Predictors of emergency department and GP use among patients with mental health conditions: a public health survey. *British Journal of General Practice*, 70(690), e1-e8.
52. Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.036>
53. Van Boekel, E.P., Brouwers, J., van Weeghel and H.F. Garretsen. (2015). Comparing 121andomized121e attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 61 (2015), pp. 539-549.
54. Baumann, L.C., Dang, T.T. (2012). Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *Nurse Pract*, 37 (2012), pp. 32-8; quiz 38-39.
55. Bower P, Gilbody S: Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*. 2005, 186: 11-17. 10.1192/bjp.186.1.11.

56. Ivbijaro, G. O., Enum, Y., Khan, A. A., Lam, S. S. K., & Gabzdyl, A. (2014). Collaborative care: models for treatment of patients with complex medical-psychiatric conditions. *Current psychiatry reports*, 16(11), 506.
57. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *Health Place*. 2014 Jul;28:92-8. Doi: 10.1016/j.healthplace.2014.03.005. Epub 2014 May 3. PMID: 24793139
58. Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S, de Graaf R, Vilagut G, Haro JM, Florescu S, O'Neill S, Weinberg L, Alonso J; EU-WMH investigators. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Jul;68(7):649-56. Doi: 10.1136/jech-2013-202962. Epub 2014 Mar 10. PMID: 24616352.
59. Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Baertschi, M., DiGiorgio, S., Sarasin, F., & Canuto, A. (2015). Predictors of recurrent use of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 66(5), 521–526.
60. Fleury, M. J., Bamvita, J. M., Grenier, G., Schmitz, N., Piat, M., & Tremblay, J. (2016). Adequacy of help received by individuals with severe mental disorders after a major healthcare reform in Quebec: predictors and changes at 5-year follow-up. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(5), 799-812.

5.3. Troisième article : Innovations organisationnelles aux urgences pour améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec des TM

Publié dans la revue Journal de Gestion et d'Economie de la Santé (octobre 2022)

Authors

Morgane Gabet^{a,b}, MSc, PhD(c)

Marie-Josée Fleury^{a,b,c*}, PhD

^a Département de gestion évaluation et politiques de santé, Ecole de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

^b Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montreal, QC, Canada

^c Département de Psychiatrie, Université McGill, Montréal, QC, Canada

Mots clés

Urgences psychiatriques, Santé mentale, Innovations, Implantation

Innovations organisationnelles aux urgences pour améliorer la qualité des soins dispensés aux patients avec des troubles mentaux

*Organizational innovations in the emergency
department to improve the quality of care
for patients with mental disorders*

MORGANE GABET

Candidate au Ph. D., Département de Gestion Évaluation et Politiques de Santé,
École de Santé Publique de l'Université de Montréal (Canada) ; Étudiante affiliée,
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Canada).

MARIE-JOSÉE FLEURY

Professeure titulaire, Département de Psychiatrie, Université McGill (Canada) ;
Professeure associée, Département de Gestion Évaluation et Politiques de Santé,
École de Santé Publique de l'Université de Montréal (Canada) ; Chercheuse,
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Canada),
flemar@douglas.mcgill.ca (*auteur correspondant*)

RÉSUMÉ

Améliorer l'organisation des services en santé mentale à partir des urgences, via des interventions innovantes, permettrait d'améliorer les soins offerts à la population avec des troubles mentaux. Cette étude présente différentes innovations déployées aux urgences, dont trois plus spécifiquement dans un service d'urgence psychiatrique du Québec (Canada), et cerne les principaux facteurs facilitants et entravant leur implantation.

L'étude est basée sur une recension narrative des écrits et sur un projet de recherche impliquant une étude mixte avec des données colligées auprès de 115 participants (14 professionnels de la santé, 81 patients, 20 proches). Pour le projet de recherche, des analyses de contenu, descriptives et comparatives ont été produites.

Plusieurs innovations introduites aux urgences sont recensées dans la littérature pour améliorer la qualité des soins, ciblant les patients selon leurs troubles mentaux, situations de vie, gravité de leurs conditions, et leur utilisation, accès ou adéquation aux services. Les plus étudiées sont

Résumé

Améliorer l'organisation des services en santé mentale à partir des urgences, via des interventions innovantes, permettrait d'améliorer les soins offerts à la population avec des TM. Cette étude présente différentes innovations déployées aux urgences, dont trois plus spécifiquement dans un service d'urgence psychiatrique du Québec (Canada), et cerne les principaux variables facilitants et entravant leur implantation.

L'étude est basée sur une recension narrative des écrits et sur un projet de recherche impliquant une étude mixte avec des données colligées auprès de 115 participants (14 professionnels de la santé, 81 patients, 20 proches). Pour le projet de recherche, des analyses de contenu, descriptives et comparatives ont été produites.

Plusieurs innovations introduites aux urgences sont recensées dans la littérature pour améliorer l'accès et la continuité des soins, ciblant les patients selon leurs TM, situations de vie, gravité de leurs conditions, et leur utilisation, accès ou qualité aux services. Les plus étudiées sont les dispositifs d'intervention brève, de gestion de cas ou de consultation-liaison. Au Québec, les trois innovations implantées au niveau des urgences psychiatriques, l'intervention brève, celle en lien avec un centre de crise et un dispositif de pairs-aidants proches, ont été évaluées pertinentes. Les principaux enjeux d'implantation de ces innovations sont liés au système de santé, à l'organisation des soins et aux profils des professionnels de santé et des patients.

Les urgences jouant un rôle de baromètre de la qualité des services, plus d'innovations devraient y être déployées, et les patients sans soutien ou grands utilisateurs de ses services priorisés, afin d'améliorer l'accès et la continuité des soins à ces patients parmi les plus vulnérables.

Mots clés

Urgences psychiatriques, Santé mentale, Innovations, Implantation

Abstract

Improving the organization of mental health services from the emergency department, through innovative interventions, could improve care for patients with mental disorders. This study presents various innovations deployed in emergency departments, including three specifically deployed in a psychiatric emergency department in Quebec (Canada), and identifies the main factors that facilitate and hinder their implementation.

The study is based on a narrative review of the literature and a research project involving a mixed-methods study with data collected from 115 participants (14 health professionals, 81 patients, 20 relatives). For the research project, content, descriptive and comparative analyses were produced.

Several innovations introduced in emergency departments have been identified in the literature to improve the quality of care, targeting patients according to their mental disorders, living situations, severity of their conditions, and their use of, access to, or adequacy for services. The most studied are the brief intervention, case management and consultation-liaison systems. In Quebec, the three innovations implemented in psychiatric emergencies, brief intervention, crisis intervention and family-peer support, were evaluated as relevant. The main issues in implementing these innovations are related to the healthcare system, the organization of care and the profiles of healthcare professionals and patients.

Since emergency department use is a barometer of service quality, more innovations should be deployed there. Patients without support or high users should be prioritized to improve access and continuity of care for these most vulnerable patients.

Keywords

Emergency department, Mental disorders, Innovations, Implementation

Introduction

Les urgences jouent un rôle de baromètre de la qualité du système de santé (Di Somma et al., 2015). Il s'agit du premier lieu où les patients se présentent lorsqu'ils sont en état de crise et le dernier lieu lorsque les autres ressources ont été épuisées, ou quand elles sont considérées inadéquates ou indisponibles (Heyland et al., 2017). Une méta-analyse incluant 7 pays dont l'Australie, le Canada et plusieurs pays d'Europe fait apparaître que de 4 % à 15 % des visites aux urgences sont réalisées pour raison de santé mentale, ces visites étant en constante augmentation (Barratt et al., 2016). Au Québec, un rapport du gouvernement (2016-17) estime à 6 % le nombre de visites aux urgences pour des raisons de santé mentale (CSBE, 2017). Entre 20 % et 40 % des visites aux urgences pour raison de santé mentale ont aussi été évaluées dans une étude américaine comme non prioritaires, et auraient ainsi pu être évitées (Zeman et al., 2006). Les patients ayant des TM €, incluant les troubles liés aux substances psychoactives et les crises suicidaires, sont parmi les patients contribuant le plus à l'engorgement des urgences, reflétant un manque d'accès, de continuité et d'qualität des services ambulatoires en santé mentale (Fleury et al., 2018). Au Québec, en 2015-16, ce sont près du double des patients ayant des TM (12 %) comparés aux patients sans TM (39 % vs. 19 %), qui se sont présentés aux urgences (Fleury et al., 2019). En France, 21 % des visites au urgences ont été attribuées à près de 2 % des patients avec des TM dans une étude menée de 2001 à 2006 (Schmoll et al., 2015), illustrant le phénomène des grands utilisateurs des urgences, référant souvent à 3+ visites/année (Chaput et al., 2007 ; Fleury et al., 2019). L'engorgement des urgences conduit à la prolongation du temps d'attente, ainsi qu'à la réduction de l'accès et la continuité des soins et de la satisfaction des patients et des professionnels de santé (Pines et al., 2011).

Afin de désengorger les urgences et de mieux répondre aux besoins des patients, des travaux montrent que certaines innovations pourraient être mieux déployées dans les urgences ou en partenariat entre celles-ci et les autres services hospitaliers ou la communauté. Leur rôle vise à dépister, assurer une transition ou une alternative aux services ambulatoires et y référer les patients afin qu'ils reçoivent des services adéquats, continus et sécuritaires. Les innovations déployées aux urgences visent aussi à améliorer l'adhérence aux traitements, réduire les risques de rechute et la durée de l'attente pour recevoir des services.

Dans les urgences générales, elles permettent principalement d'optimiser les services ciblant les patients avec des TM graves (ex. : schizophrénie). Dans celles-ci et dans les urgences psychiatriques, elles cherchent majoritairement à aider les patients sans soutien ambulatoire approprié, avec des troubles liés aux substances psychoactives ou en situation d'itinérance, et les grands utilisateurs des urgences. Améliorer l'organisation des services en santé mentale à partir des urgences, via des interventions innovantes, pourrait permettre ainsi de renforcer la qualité des soins destinés aux patients moins bien desservis et en grands besoin de soins, ou ne requérant pas nécessairement de services médicaux immédiats (Bost et al., 2015 ; Paton et al., 2016).

La littérature scientifique sur les innovations implantées aux urgences, particulièrement celle publiée dans des revues francophones, est néanmoins limitée. Les innovations déployées aux urgences les plus étudiées sont surtout reliées à des dispositifs de gestion de cas, d'interventions brèves, d'agents de liaison-consultation ou dans une moindre mesure de pairs-aidants, ayant démontré une certaine efficacité (Blasi et al., 2021). Les quelques études existantes sur l'efficacité des innovations aux urgences ont surtout démontré une diminution de l'utilisation des soins aigus (Fletcher et al., 2019 ; Röhrich et al., 2017), et une amélioration de la satisfaction envers les services (Hamilton-West et al., 2017 ; Noseworthy et al., 2014). Signalons toutefois que plusieurs autres stratégies ont été déployées au cours des dernières années en dehors des urgences (et donc non étudiées dans cet article), mais ciblant les patients utilisant fréquemment les urgences ou hospitalisés (soins aigus), et visant à diminuer l'utilisation de ces services, dont notamment les programmes de suivi intensif (« assertive community treatment ») ou de soutien d'intensité variable (« intensive case management ») s'adressant aux patients avec des TM graves (Kahan et al., 2016 ; Moe et al., 2017).

L'implantation des innovations dans les urgences ou en lien avec les partenaires fait l'objet de défis majeurs. Afin d'optimiser leur efficacité, identifier les principaux variables pouvant faciliter ou entraver le déploiement de ces innovations paraît ainsi crucial. Fleury et collaborateurs (2019) présentent une classification de ces variables, regroupés en quatre dimensions reliées : au système global de santé, à l'organisation des urgences, aux caractéristiques des professionnels de santé, et aux profils des patients.

Les variables associés au système se réfèrent notamment aux difficultés d'accès aux services ambulatoires ; les variables organisationnels, au déploiement d'un leadership administratif et médical fort ; les variables liés aux caractéristiques des professionnels de santé, à la disponibilité et à l'expertise adéquate des cliniciens ; les variables liés aux profils des patients, à la complexité de leurs profils pouvant limiter ou faciliter leur adhésion aux innovations.

Cependant, les connaissances sont aussi limitées sur les conditions d'implantation de ces innovations. Mieux distinguer les innovations aux urgences et les variables facilitants et entravant leur implantation pourraient ainsi permettre d'identifier des solutions pour améliorer la qualité des soins aux patients avec des TM (une population qui est très vulnérable), et réduire l'engorgement des urgences. Cette étude vise donc trois objectifs : 1) décrire brièvement plusieurs de ces innovations déployées aux urgences, en se basant sur une recension narrative des écrits (Grant et al., 2009), 2) présenter trois innovations implantées dans un service d'urgence psychiatrique du Québec (Canada), dont les résultats sont tirés d'un projet de recherche finalisé (Fleury et al., 2018) et qui ont déjà fait l'objet de deux publications antérieures (Gabet et al., 2020 ; Gabet et Fleury, 2021), et 3) cerner les principales variables facilitants et entravant les innovations déployées aux urgences, en s'appuyant sur la revue narrative et le projet de recherche.

Description de quelques innovations-clés déployées aux urgences, basée sur une recension narrative des écrits

Dans une revue systématique récente, Tyler et collaborateurs (2019) ont distingué plus de dix types d'innovations visant à désengorger les urgences et améliorer la transition entre les soins aigus et ambulatoires pour les patients avec des TM. Parmi ces innovations (Tyler et al., 2019), plusieurs se réfèrent à la gestion brève de cas après le départ des patients des urgences, ou le suivi à domicile, le déploiement d'agents de liaison aux urgences, ou une meilleure planification des soins, intégrant ou non la gestion de la médication. D'autres innovations concernent le transfert de patients dans des cliniques sans rendez-vous pour les visites moins urgentes, ou en centres de crise pour des interventions psychosociales (Tyler et al., 2019).

Enfin, les innovations aux urgences peuvent inclure des programmes de pairs-aidants, ainsi que différentes technologies permettant le rehaussement des savoirs ou le suivi des patients à distance sous un mode virtuel.

La gestion brève de cas se distingue d'autres types de gestion de cas en offrant un suivi bref, généralement de quelques rencontres, et dans cette étude, adaptée aux besoins spécifiques des patients après leur départ des urgences. Les interventions y sont effectuées par une/un infirmier(ère) spécialisée ou non en santé mentale (Virgolesi et al., 2017) ou un/une travailleur(e) social(e), intégrant un soutien médical (Hengartner et al., 2017). Elles visent à assurer l'adhésion au traitement des patients, notamment via la promotion de pratiques d'autosoins (ex. : alimentation saine, plans de gestion des crises), et leur orientation subséquente adéquate aux services ambulatoires, selon leurs besoins. Elles proposent ainsi une approche temporaire et complémentaire aux services existants ambulatoires. Il existe plusieurs variantes de ce modèle. Dans l'étude de Juven-Wetzler et collaborateurs (2012), le suivi après le départ des urgences des patients se poursuivait par la même équipe médicale des urgences souvent sur plusieurs mois avant leur transfert dans des services ambulatoires. Les suivis peuvent aussi s'effectuer par téléphone ou par modes virtuels, et intégrer une diversité d'applications mobiles par internet (« e-Mental Health »), plateformes d'information sur la santé mentale et les traitements, incluant des messages textes (SMS) de rapport de symptômes ou de rappel de la médication (Haesebert et al., 2021 ; Hilty et al., 2018). Au Canada, quelques expérimentations de gestion de cas brève aux urgences ont été implantées, dont en Ontario l'initiative « Coordinating Access to Care for Frequent Users of Emergency Departments (CATCH) » (Kahan et al., 2016), ou à l'Île du Prince Édouard l'« Emergency Room Diversion Case Management » (Health Quality Ontario, 2017).

Le suivi à domicile ou équipes mobiles (« crisis resolution and home treatment teams ») est une variante du modèle de gestion de cas, visant à fournir des soins intensifs à court terme aux patients vulnérables, notamment les patients ayant des TM graves utilisant fréquemment les soins aigus. Les services y sont prodigués par des équipes interdisciplinaires, principalement des infirmiers(ères) disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et incluant également des médecins (Needle et al., 2008).

Les traitements sont offerts au domicile des patients, tenant compte ainsi de leur environnement de vie, et s'étalent sur un maximum d'environ six semaines, incluant l'évaluation des patients, leur soutien psychosocial, la gestion de la médication, la défense des droits, et les références à d'autres services appropriés aux besoins après leurs suivis par ces équipes (Carpenter et al., 2013).

Plusieurs études décrivent des programmes d'agents de liaison-consultation déployés en psychiatrie dans des urgences générales (Huyse et al., 2001 ; Wand et al., 2016) ou psychiatriques pour les patients avec de troubles liés aux substances psychoactives, en situation d'itinérance, ou de grands utilisateurs des urgences (Consoli, 2018). S'inscrivant dans les approches motivationnelles (Kisely et al., 2017 ; Hegedus et al., 2017) et de réduction des méfaits (Stone et Shirley-Beaven, 2018), ces agents de liaison ont pour fonction de dépister, motiver et référer ces patients à des soins ambulatoires appropriés lors de leur départ des urgences. De tels agents de liaisons ont été déployés notamment dans plusieurs urgences du Québec et de la France, s'adressant entre autres aux patients avec des troubles liés aux substances (Lecalavier et al., 2014), connus comme utilisant peu les services ambulatoires et beaucoup les urgences (Airagnes, 2018 ; Penzenstadler et al., 2020). Ces services ont ainsi pour but de les inciter à recourir à des services plus appropriés que les urgences. Pour les patients en situation d'itinérance avec des TM, des modèles similaires ont aussi été déployés dans les urgences pour dépister ces patients, leur assurer un suivi de courte durée, et les référer aux services appropriés. Un exemple d'un tel modèle est le « Critical Time Intervention » spécifiquement dédiés aux problématiques de logement (Kasprow et al., 2014 ; Shaffer et al., 2015). Pour les patients grands utilisateurs des urgences et traités en psychiatrie à l'hôpital, le dépistage peut inclure une référence à des plans individualisés de services pour assurer un traitement plus intégré. Le programme « High Alert » (Abello et al., 2012) qui cible ces patients, a créé par ailleurs une base de données des visites aux urgences de ces patients, tenant compte des raisons de ces visites. Les informations de la base de données sont intégrées aux dossiers médicaux électroniques des patients, soutenant ainsi leurs orientations de soins pour optimiser la rencontre de leurs besoins, et diminuer leurs recours aux urgences.

Dans leur étude, Attfeld et collaborateurs (2017) décrivent un exemple d'innovation similaire visant à améliorer la planification des soins des patients, à la suite de nombreuses visites aux urgences. Les plans de soins sont des initiatives interdisciplinaires, offrant des directives détaillées pour la rencontre des besoins des patients. Ils sont planifiés selon l'approche de soins par étapes, incluant l'amélioration de la littéracie des patients, soit leur compréhension de leurs problèmes et traitements (Clausen et al., 2016). Dans l'étude de Khanbai et collaborateurs (2018), ces plans établis sous forme de « liste de contrôle ou d'aide-mémoire » étaient plutôt destinés aux professionnels de santé afin d'améliorer l'accès et la continuité des soins aux urgences, permettant ainsi d'éviter des erreurs médicales et d'optimiser le flux dans le traitement des patients. Les innovations aux urgences peuvent aussi intégrer la télémédecine pour renforcer les compétences en santé mentale, particulièrement dans des hôpitaux généraux ou dans des hôpitaux éloignés des zones urbaines et universitaires, ou pour desservir des patients spécifiques. Dans l'étude de Zeman et collaborateurs (2006), ces plans visaient plutôt à une meilleure gestion de la médication de patients se présentant aux urgences principalement en raison d'un besoin de renouvellement de leur médication, ou affectés de troubles secondaires importants reliés aux effets de leurs médications, ou étant en crise dû à l'arrêt de leurs médications. L'accent était ainsi mis sur l'amélioration de la gestion de la médication, traitée par un psychiatre en lien avec un(e) infirmier(ère), et la stabilisation des patients afin d'éviter le recours fréquent aux urgences pour ces mêmes problèmes.

Pour diminuer l'engorgement des urgences tout en assurant un suivi adéquat des patients, des partenariats avec des cliniques sans rendez-vous ou avec des centres de crise ont aussi été recensés. Ces premiers partenariats avec les cliniques sans-rendez-vous visent des patients ayant besoin d'un suivi médical, mais non urgent, pouvant être différé pour leurs soins médicaux le jour suivant ou pour quelques jours. Les patients se présentant aux urgences sont alors transférés pour une consultation en cliniques médicales sans rendez-vous ; leurs conditions étant jugées traitables en première ligne (ex. : renouvellement de la médication) (Ismail et al., 2013). Les partenariats avec les centres de crise, quant à eux, ciblent des patients en situation de crise psychosociale, sans besoins médicaux spécifiques ou urgents (Gabet et al., 2020 ; voir section suivante).

Ces patients se présentant aux urgences sont alors transférés aux services de centres de crise, leur permettant d'éviter une longue attente aux urgences. Abraham et collaborateurs (2017) recensent également une innovation similaire, mais résultant d'un partenariat entre les urgences et les pharmacies communautaires, ciblant une meilleure gestion de la médication, dédiée aux patients recourant souvent aux urgences pour leurs médicaments ou ses effets secondaires. Ces patients sont ainsi transférés des urgences aux pharmacies communautaires pour leurs problèmes de médication, contribuant à désengorger les urgences et répondant aux besoins de ces patients.

Des innovations se référant au soutien par les pairs sont également dénombrées dans la littérature, s'appuyant sur le savoir expérientiel « d'anciens patients » (ou proches, voir un exemple dans la section suivante), qui viennent en aide à leurs pairs aux urgences. Simpson et collaborateurs (2014) et Scanlan et al. (2017) décrivent de tels types de programmes qui ont été déployés dans les urgences, et qui ont permis de soutenir les patients jusqu'à 8 semaines après leur départ. Les pairs-aidants intervenant dans les urgences sont traitamment formés aux approches de rétablissement et aux techniques d'entretiens motivationnels. Ces innovations s'appuient sur le fait que les pairs-aidants peuvent développer une complicité particulière avec les patients, et alors leur permettre de discuter de sujets plus difficilement abordables avec les professionnels de santé. Les patients peuvent aussi s'inspirer de l'expérience de rétablissement des pairs-aidants, contribuant à leur propre rétablissement.

Description des trois innovations déployées au Québec, basée sur un projet de recherche

Quelques balises méthodologies concernant le projet de recherche

Les trois innovations, décrites à la section suivante, ont été analysées à partir d'une étude mixte (Creswell et al., 2004), dont la collecte des données s'est effectuée en 2019 auprès de professionnels de santé y étant impliqués, et de patients ou de proches les ayant expérimentées. Les innovations, dont l'implantation et les effets ont été étudiés, avaient été introduites dans un service d'urgence d'un hôpital psychiatrique du Québec, qui avait reçu, en 2019, 5 980 visites pour un total de 3 955 patients (Fleury et al., 2018 ; Gabet et al., 2021 ; Gabet et Fleury, 2021).

Les innovations ont été décrites à partir de trois groupes de discussion, d'une durée de 90 minutes chacun, ayant rassemblé 14 gestionnaires ou cliniciens, dont quelques médecins, impliqués dans leur déploiement. Les thèmes abordés incluaient les objectifs poursuivis et le fonctionnement des innovations, leur processus d'implantation et la perception de leurs effets. Les patients (n=81) et les proches (n=20) ont été questionnés sur leurs expériences de soins et leur utilisation des services. Les dossiers cliniques des patients ont aussi été consultés. Des analyses de contenu (Titscher et al., 2000), descriptives et comparatives (Carter et al., 2014) ont été produites. Les participants ont signé un formulaire de consentement, et un comité d'éthique de la recherche a approuvé le protocole de recherche.

4) *Le programme d'intervention brève*

Le programme d'intervention brève étudié aux urgences psychiatriques avait été déployé en 2016, et fonctionnait ainsi depuis environ trois ans lors de l'étude. Cette équipe constituée d'un psychiatre (18 h/semaine), d'une infirmière et d'une agente administrative (35 heures/semaine chacun), intervenait du lundi au vendredi durant les heures de bureau. Déployée pour désengorger les urgences, cette innovation ciblait les patients recourant aux urgences et qui étaient sans soutien de services en santé mentale, ou devant être desservis par un autre territoire de dispensation de services que celui de l'hôpital. Au Québec, la gestion des services de santé est divisée par territoire socio-sanitaire, et idéalement, les patients doivent être pris en charge dans leur zone de résidence (ministère de la santé et des services sociaux, 2015). Aux urgences, l'échelle canadienne de triage des patients est utilisée ; les patients sont ainsi priorisés quant à la réception d'un traitement dès leur arrivée de 1 à 5 (1 : cas requérant un traitement immédiat, 5 : cas non urgents) (Canadian Association of Emergency Physicians, 2012). Pour cette innovation, les patients traités étaient priorisés 2 ou 3, c'est-à-dire requérant des traitements très urgents ou urgents.

Le programme d'intervention brève agissait comme une alternative aux services ambulatoires en santé mentale, couvrant le soutien des patients jusqu'à leur transfert dans d'autres services du réseau selon les besoins. Dès leur prise en charge dans le programme, les patients étaient rapidement adressés aux services ambulatoires appropriés.

Ainsi dans l'étude, une majorité de patients desservis par ce programme avaient été transférés soit dans des services publics de santé mentale de première ligne, soit dans des organismes communautaires en santé mentale (organismes sans but lucratif : OSBL), et environ le quart des patients dans des services spécialisés en psychiatrie, suggérant des conditions médicales plus sérieuses chez ces patients. Les interventions offertes par le programme incluaient la gestion de la médication, du soutien psychosocial, y compris la gestion de crise. Le programme, qui a desservi en moyenne annuellement 160 patients dont la majorité avec des TM courants (troubles dépressifs et anxieux), a offert six consultations aux patients, étalées sur un peu plus de 5 mois en moyenne.

Globalement, l'évaluation du programme a démontré que les patients ont apprécié les services d'intervention brève, en particulier l'information obtenue sur la médication et l'aspect global des traitements proposés. La majorité des patients ont été transférés à d'autres services à la suite de ce programme. Comparant les services 12 mois précédant l'accès à ce programme et 6 mois après, une diminution de l'utilisation des services des patients a également été notée, suggérant que le programme a répondu dans son ensemble aux besoins des patients.

2) L'intervention psychosociale en partenariat avec un centre de crise

Au milieu des années 1980, plusieurs centres de crise ont été implantés dans l'ensemble du Québec afin de désengorger les urgences (Péladeau et al., 1991). Ces centres, dont la plupart sont gérés par des organismes communautaires, offrent l'accès à une ligne téléphonique de crise, de l'hébergement temporaire d'une durée maximale de 3 semaines, et du suivi de crise de courte durée. L'innovation étudiée dans le projet de recherche incluait l'un de ces centres, créée en 1987, qui engageait 12 professionnels équivalent/temps plein. Ce centre avait déployé depuis plus d'une dizaine d'années un partenariat avec les urgences de l'hôpital psychiatrique, dont le fonctionnement fluctuait selon les années en fonction des priorités des deux organisations. Lors de l'étude (2019), ce partenariat avait été réactivé. Le partenariat visait à dépister les patients des urgences, qui y venaient pour raison de crise psychosociale (par exemple : perte de logement, rupture, difficulté financière), ne requérant pas un traitement médical, et ne démontrant pas ni de dangerosité, ni de problème d'adhésion à leur traitement.

Il s'agissait de patients priorisés 4 ou 5 sur l'échelle canadienne de triage (CAEP, 2012), soit des patients avec des conditions moins ou non-urgentes. Comparativement aux patients vus par le programme d'intervention brève, discuté dans la section précédente, ces patients avaient un profil sociodémographique plus vulnérable, avaient plus de TM graves, et étaient de plus grands utilisateurs des soins aigus.

L'intervention psychosociale de crise avait été balisée par une entente de services entre les urgences et le centre de crise, qui leur permettait de dépister au service d'urgence les patients pouvant recourir aux services du centre de crise, et y être transférés rapidement. Concrètement, un intervenant du centre de crise était présent aux urgences du lundi au vendredi pour une demi-journée. En lien avec le personnel des urgences, l'intervenant du centre de crise s'assurait ainsi que les patients transférés répondaient bien aux critères d'admission du centre de crise. Les patients étaient aussi accompagnés lors de leur transfert par cet intervenant au centre de crise, assurant ainsi un transport sécuritaire des patients. Hors des heures où l'intervenant était aux urgences, les services étaient assurés sur appels téléphoniques, et dans certains cas un intervenant du centre de crise pouvait se déplacer au besoin, ou dans d'autres cas les patients étaient envoyés des urgences au centre de crise via un transport sécuritaire. Les patients visés par ce partenariat ont bénéficié en moyenne de trois jours d'hébergement de crise, et de trois interventions psychosociales de suivi à la suite de leur départ du centre de crise, couvrant 8 semaines. En moyenne, environ 150 patients par année ont été transférés des urgences au centre de crise.

L'évaluation de ce partenariat a globalement démontré que les patients ont apprécié leur répit au centre de crise, qui leur offrait un environnement sécuritaire, confortable et convivial. À leur sortie du centre de crise, les patients ont aussi apprécié pouvoir rejoindre facilement les cliniciens selon les besoins, assurant ainsi une continuité des soins utile dans un contexte d'après crise. Comparant les services 12 mois précédant l'accès à ce programme et 6 mois après, l'utilisation globale des services de ces patients n'avait néanmoins pas diminué, probablement en raison du profil assez complexe de ces patients. Mais l'utilisation des services ambulatoires spécialisés et aigus avait diminué, suggérant un effet bénéfique de ce programme, du moins à court terme.

3) L'intervention psychosociale en partenariat avec un organisme de pairs-aidants proches (familles et amis des patients)

Au Québec, des groupes de pairs-aidants existent un peu partout sur le territoire, afin d'informer sur les TM et les traitements disponibles, d'offrir du répit aux proches des personnes ayant des TM, et de les soutenir par des interventions psychosociales individuelles ou de groupe (Cervello et Bulinge, 2020). Ces groupes sont traitamment gérés par de petits organismes communautaires (OSBL), incluant majoritairement dans leur gouvernance des familles de patients ayant des TM. Dans le projet de recherche, l'organisme pairs-aidants proches intervenant aux urgences comptait 9 employés équivalent/temps plein. Intervenir directement à partir des urgences permet de rejoindre les familles parmi les plus vulnérables et en grand besoin de soutien. Les proches sont à haut risque de développer des TM, renforçant l'importance de leur apporter du soutien, et particulièrement lors de situations de crise (Shalaby et Agyapong, 2020). C'est dans ce contexte que le service d'intervention psychosociale pairs-aidants proches a été créé aux urgences en 2017, qui résultait d'un partenariat initié par un organisme pairs-aidants proches du territoire et les urgences psychiatriques.

Le service pairs-aidants proches était dispensé par un proche, intervenant directement aux urgences du lundi au vendredi, collaborant avec l'équipe des urgences, afin d'identifier les familles qui pourraient requérir son soutien. Les familles présentes aux urgences étaient approchées par le pair-aidant proche pendant la période d'attente des patients, avant leurs consultations médicales, afin de les informer de ce service s'ils désiraient y recourir. Des dépliants d'information sur le service leur étaient aussi distribués, ainsi qu'aux patients globalement, afin d'en informer leurs proches au besoin. Les familles présentes aux urgences pouvaient recourir au soutien immédiat du proche-aidant aux urgences, ou prendre rendez-vous pour un suivi subséquent, afin que l'organisme puisse les soutenir à un moment plus opportun. Répondant aux besoins diversifiés des familles, le pair-aidant proche des urgences pouvait aussi référer les familles non seulement aux services de la ressource pairs-aidants proches, mais aussi à tous autres services ambulatoires jugés utiles. Lors du projet de recherche en 2019, le pair-aidant proche des urgences avait accompagné environ 35-40 familles.

Plus des trois quarts des familles desservies avaient aussi été orientées après leur visite aux urgences vers l'organisme pairs-aidants proches, surtout pour des interventions psychosociales de groupe. Les proches y avaient été suivis en moyenne près de 9 mois. Globalement, le soutien par le proche-aidant aux urgences, ainsi que les services subséquents, ont été grandement appréciés et l'accès via les urgences a facilité leurs orientations.

Variables facilitants ou entravant l'implantation des innovations aux urgences, identifiés à partir de la recension narrative des écrits et du projet de recherche

Certains variables clés peuvent être identifiés comme facilitants ou entravant l'implantation des innovations aux urgences. De la typologie présentée dans l'introduction, les variables liés au système sont les plus cités dans la littérature (Blasi et al., 2021). Ceux-ci relèvent des politiques promouvant ou non l'intégration des soins ou la collaboration entre les différents dispensateurs des services (Brunette et al., 2008). L'insuffisance des budgets, les lacunes dans le continuum de soins requis, des difficultés d'accès aux services ambulatoires ou communautaires, et les relations problématiques entre les urgences et les ressources ambulatoires ont aussi été identifiés comme limitant le déploiement ou l'impact des innovations (Gaynes et al., 2015). Concernant le continuum de soins, des problématiques plus spécifiques d'accès, de continuité ou d'intensité requise des services ont été citées à maintes reprises (Hopkins et al., 2018 ; House et al., 2018 ; Saxon et al., 2018). Dans le projet de recherche, les principales difficultés reliés au système identifiées ont été : l'insuffisance des connaissances en santé mentale des médecins omnipraticiens ; de trop longues durées d'attente pour accéder aux soins, notamment les services psychosociaux de santé mentale de première ligne et les services psychiatriques ; et l'intensité insuffisante des services spécialisés offerts dans les services ambulatoires. Les services communautaires tels que les centres de crise et les services de pairs-aidants (OSBL) ont également été identifiés comme étant sous-financés, contribuant à une utilisation élevée des urgences, et ayant spécifiquement incité l'équipe d'intervention brève déployée aux urgences psychiatriques à soutenir les patients plus longtemps que prévu par leurs services.

Concernant les variables organisationnels, plusieurs conditions clés sont relevées dans la littérature, dont : la qualité des infrastructures physiques, l'intégration efficace de l'innovation aux autres services de l'hôpital et de la communauté, un leadership administratif et médical fort (Brunette et al., 2008), et l'intégration dans l'organisation d'une démarche d'amélioration continue (Brunette et al., 2008 ; Powell et al., 2015). Les variables limitants les plus répertoriés étaient liés à des difficultés de collaboration et de communication interprofessionnelles (Collom et al., 2019), et au choc des cultures résultant souvent de la méconnaissance de certaines expertises professionnelles (Boudreaux et al., 2016 ; Huang et al., 2005 ; Mukherjee et al., 2019). Dans le projet de recherche, les problèmes organisationnels soulignés ont surtout traité de la difficulté de maintenir les partenariats liés aux innovations, d'y assurer la stabilité du personnel y compris des médecins, de coordonner les services hors de l'organisation ou du territoire, et de sécuriser des locaux appropriés aux urgences pour les services offerts par le centre de crise et le pair-aidant proche. Le transfert des patients des urgences au centre de crise a parfois été complexe, perturbant le travail aux urgences et entraînant des délais supplémentaires d'attente pour les patients. Le partenariat entre les urgences et les organismes communautaires (OSBL) a aussi pu connaître un certain « choc des cultures » entre une vision plus somatique ou médicale des soins, axée sur la médication, et la promotion d'interventions plus psychosociales.

Les variables liés aux professionnels de la santé identifiés comme importants dans la littérature ont concerné la disponibilité, la diversité et l'expertise des cliniciens (Aarons et al., 2009), intégrant leurs habiletés interpersonnelles (Collom et al., 2019 ; Eales et al., 2006). La disponibilité de formations continues a aussi été jugée centrale, favorisant le déploiement de bonnes pratiques d'intervention et de traitements innovants (Powell et al., 2015). Dans le projet de recherche, l'empathie et la capacité d'écoute active du personnel ont particulièrement été reconnues comme contribuant à l'efficacité des innovations. À l'inverse, les médecins se sont souvent montrés réfractaires à participer activement aux innovations. En particulier, très peu d'entre eux aux urgences ont participé aux rencontres d'information ou de gestion préparées par le programme d'intervention brève.

Peu d'études se sont intéressées à l'impact des variables liés aux profils des patients sur l'implantation des innovations aux urgences. Les variables qui ont été identifiés les plus entravant ont surtout été reliés à la complexité de la gestion de certains TM ou troubles concomitants, ou à l'adhésion aux traitements, particulièrement lorsque les patients étaient dépourvus de soutien social ou ne disposaient pas d'un intervenant pivot de soins ou gestionnaire de cas (Paton et al., 2016). Dans le projet de recherche, les patients avec un trouble de la personnalité antisociale, des troubles liés aux substances psychoactives et avec des problèmes légaux, ont été spécifiquement reportés comme plus difficiles à traiter que ceux ayant d'autres conditions. Des comportements trop critiques ou agressifs envers les services, l'interdiction de patients de contacter leur famille — contraignant alors leur intégration dans les traitements —, et un manque de soutien social, ont aussi pu limiter la portée des innovations déployées aux urgences.

Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, la première section de cette étude n'a exposé que des exemples d'innovations déployées aux urgences, ne se basant pas sur une recension systématique des écrits. Cette dernière méthodologie aurait permis un travail plus exhaustif. Deuxièmement, cette section n'a que partiellement exposé les résultats démontrés de ces innovations, ce qui aurait apporté des informations plus complètes sur la pertinence de ces innovations. Troisièmement, concernant le projet de recherche, l'échantillon était relativement petit, ne concernait qu'un seul site d'urgences et celui-ci était un site d'urgence psychiatrique. Enfin, les patients ont été recrutés sur référence de cliniciens, ce qui limite la généralisation possible des résultats de cette étude.

Conclusion

Cette étude a permis de recenser plusieurs innovations pertinentes en santé mentale déployées aux urgences, contribuant à diminuer leur engorgement, à mieux répondre aux besoins et à assurer la continuité de soins de patients parmi les plus vulnérables.

Le projet de recherche a présenté plus en détail trois innovations implantées dans un hôpital psychiatrique : le programme d'intervention brève s'adressant à des patients avec plus de TM courants et sans services en santé mentale ; l'intervention psychosociale en partenariat avec un centre de crise pour les patients avec des TM plus graves et plutôt affectés par des crises psychosociales ; et l'intervention psychosociale en partenariat avec un organisme de pairs-aidants proches pour le soutien aux familles des patients avec des TM. Les innovations aux urgences se sont ainsi adressées à différents types de patients, ciblés en fonction des TM, situations de vie, gravité des diagnostics, et leur utilisation, accès ou qualité aux services. Certaines innovations, étudiées dans la littérature, pourraient être plus développées dans les urgences, comme les dispositifs de gestion de cas ou de crise, d'intervention brève et de consultation-liaison. Celles-ci seraient particulièrement opportunes pour les patients dont les consultations aux urgences pourraient être évitées, notamment ceux sans suivi ou grands utilisateurs de soins aigus. De nombreux enjeux clés d'implantation ont aussi été identifiés, qu'ils soient reliés au système de santé (cas semblant les plus nombreux), à l'organisation des urgences et de l'hôpital, aux professionnels de soins, ou aux profils des patients. Dans le projet de recherche, les innovations abordées ont globalement été jugées satisfaisantes par les patients ou leurs proches, ce qui souligne l'intérêt potentiel de leur généralisation afin d'améliorer la qualité des soins. Finalement, jouant un rôle clé de baromètre de la qualité des services ambulatoires, les urgences constituent un lieu où plus d'innovations devraient être déployées, en particulier pour les patients sans soutien ou grands utilisateurs de ses services, et ce afin d'améliorer l'accès et la continuité des soins pour ces patients parmi les plus vulnérables.

Références

Aarons GA, Wells RS, Zagursky K, Fettes DL, Palinkas LA, 2009. Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: a multiple stakeholder analysis. *Am J Public Health*. 99(11) :2087-2095.

Abello Jr A., Brieger B., Dear K., King B., Ziebell C., Ahmed A. et Milling Jr T J, 2012. Care plan program reduces the number of visits for challenging psychiatric patients in the ED. *The American journal of emergency medicine*, 30(7), 1061-1067.

Abraham O, Myers MN, Brothers AL, Montgomery J, Norman BA, Fabian T, 2017. Assessing need for pharmacist involvement to improve care coordination for patients on LAI antipsychotics transitioning from hospital to home: a work system approach. *Res Soc Adm Pharm.* 13 :1004–13.

Airagnes G, 2018. Chapitre 25. Le patient ayant une addiction. Dans : Cédric Lemogne éd., *Psychiatrie de liaison* (pp. 229-239). Cachan: Lavoisier.

Attfield J, Brown S, Carter T, Callaghan P, 2017. A retrospective case comparison study of the relationship between an integrated care pathway for people diagnosed with schizophrenia in acute mental healthcare and service users' length of stay, readmission rates and follow-up within 7days of discharge. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 24 :348–57.

Barratt H, Rojas-Garcia 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): e0154449.

Blasi PR, Mettert KD, Coleman K, Lewis C, Wagner E, Coghill MN (...) et Richards JE, 2021. Transitioning patients from outpatient mental health services to primary care: A rapid literature review. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211041294.

Bost N, Crilly J, Wallen K, 2015. The impact of a flow strategy for patients who presented to an Australian emergency department with a mental health illness. *Int Emerg Nurs.* 23(4) :265-273.

Boudreaux JG, Crapanzano KA, Jones GN, Jeider TA, Dodge VH, Hebert MJ, Kasofsky JM, 2016. Using Mental Health Outreach Teams in the Emergency Department to Improve Engagement in Treatment. *Community Ment Health J.* 52(8) :1009-1014.

Brunette MF, Asher D, Whitley R, Lutz WJ, Wieder BL, Jones AM, McHugo GJ, 2008. Implementation of integrated dual disorders treatment: A qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 59(9), 989-995.

Carpenter RA, Falkenburg J, White TP, Tracy DK, 2013. Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. *The Psychiatrist*, 37(7), 232-237.

Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ, 2014. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 41(5) :545–7.

Cervello S, Bulinge M, 2020. 8 — Efficacité des interventions par les pairs-aidants : état des connaissances. *Pair-aidance en santé mentale : Une entraide professionnalisée*, 95.

Chaput YJ, Lebel MJ, 2007. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatric services*, 58(3), 335-341.

Clausen W, Watanabe-Galloway S, Bill Baerentzen M, Britigan DH, 2016. Health literacy among people with serious mental illness. *Community mental health journal*, 52(4), 399-405.

Collom J, Patterson E, Lawrence-Smith G, Tracy DK, 2019. The unheard voice: a qualitative exploration of companions' experiences of liaison psychiatry and mental health crises in the emergency department. *BJPsych Bull*. 204-209.

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2017. The Performance of the Quebec Health and Social Services System 2016 Quebec City, Qc, Canada.

Consoli S, 2018. Chapitre 2. Modèles organisationnels. Dans : Cédric Lemogne éd., *Psychiatrie de liaison* (pp. 10-15). Cachan : Lavoisier.

Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV, 2004. Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2(1), 7-12.

Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M, 2015. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*. 10(2) :171-175.

Eales S, Callaghan P, Johnson B, 2006. Service users and other stakeholders' evaluation of a liaison mental health service in an accident and emergency department and a general hospital setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 13(1) :70-77.

Fletcher TL, Johnson AL, Kim B, Yusuf Z, Benzer J, Smith T, 2019. Provider perspectives on a clinical demonstration project to transition patients with stable mental health conditions to primary care. *Translational Behavioral Medicine* 11(1), 161–171

Fleury MJ, Fortin M, Rochette L, Grenier G, Huynh C, Pelletier E, Lesage A, Vasiliadis HM, 2018. Utilisation des urgences au Québec des patients avec des TM incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Sante Ment Que.* 43(2) :127-152.

Fleury MJ, Rochette L, Fortin M, Lesage A, Vasiliadis HM, Huynh C, Grenier G, Pelletier E, 2019. Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des TM, vol. 31. Québec : Institut national de santé publique.

Gabet M, Fleury MJ, 2021. Chapitre 7 — Case management aux urgences psychiatriques : étude pilote sur l'implantation et les effets d'un modèle québécois d'intervention brève de crise. In: Gozlan G. *Case Management et Psychiatrie*. Elsevier Masson. P. 87-100p.

Gabet M, Grenier G, Cao Z, Fleury MJ, 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), 1-14.

Gaynes BN, Brown C, Lux LJ, Ashok M, Coker-Schwimmer E, Hoffman V, Sheitman B, Viswanathan M, 2015. *Management Strategies To Reduce Psychiatric Readmissions*. Rockville (MD).

Grant MJ, Booth A, 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information & libraries journal*, 26(2), 91-108.

Haesebaert F, El Oussoul S, Pavard A, Fabre D, Cellard C, Magaud L, Subtil F, Damiolini E, Fakra E, Haesebaert J, 2021. PLAN-e-PSY, a mobile application to improve case management and patient's functioning in first episode psychosis: protocol for an open-label, multicentre, superiority, randomized controlled trial. *BMJ open*, 11(9), e050433.

Hamilton-West K, Hotham S, Yang W, Hedayioglu J, Brigden C, 2017. Evaluation of a pilot service to facilitate discharge of patients with stable long-term mental health needs from secondary to primary care: The role of primary care mental health specialists. *Primary Health Care Research & Development*, 18(4), 344–353.

Hegedüs A, Kozel B, Fankhauser N, Needham I, Behrens J, 2018. Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: a pilot study. *Int J Ment Health Nurs.* 27 :571–80

Hengartner MP, Klauser M, Heim G, Passalacqua S, Andreae A, Rössler W, 2017. Introduction of a psychosocial post-discharge intervention program aimed at reducing psychiatric Rehospitalization rates and at improving mental health and functioning. *Perspect Psychiatr Care.* 53 :10–5.

Heyland M, Johnson M, 2017. Evaluating an Alternative to the Emergency Department for Adults in Mental Health Crisis. *Issues Ment Health Nurs.* 38(7) :557-561.

Hilty DM, Chan S, Hwang T, Wong A, Bauer AM, 2018. Advances in mobile mental health: opportunities and implications for the spectrum of e-mental health services. *Focus,* 16(3), 314-327.

Hopkins J, Cullum S, Sundram F, 2020. The state of play – the first national survey of consultation-liaison psychiatry services in New Zealand. *Australas psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.* 1039856220908174.

House A, Guthrie E, Walker A, Hewson J, Trigwell P, Brennan C, Crawford M, Murray CC, Fossey M, Hulme C, 2018. A programme theory for liaison mental health services in England. *BMC Health serv Res.* 18(1) :742.

Huang L, Stroul B, Friedman R, Mrazek P, Friesen B, Pires S, Mayberg S, 2005. Transforming mental healthcare for children and their families. *Am Psychol.* 60(6) :615-627.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, (...) Tienari, P, 2001. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General hospital psychiatry,* 23(3), 124-132.

Ismail, S. A., Gibbons, D. C., & Gnani, S, 2013. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *British Journal of General Practice,* 63(617), e813-e820.

Juven-Wetzler A, Bar-Ziv D, Cwikel-Hamzany S, Abudy A, Peri N, Zohar J, 2012. A pilot study of the “continuation of care” model in “revolving-door” patients. *Eur Psychiatry*. 27 :229–33.

Kahan D, Leszcz M, O’Campo P, Hwang SW, Wasylenki DA, Kurdyak P, (...), 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(1), 1-9.

Kaspro WJ, Rosenheck RA, 2014. Outcomes of critical time intervention case Management of Homeless Veterans after Psychiatric Hospitalization. *Psychiatr Serv*. 58 :929–35.

Khanbhai Y, Nance M, Smith D, 2018. The development and implementation of a discharge checklist for psychiatric inpatients: a pilot study. *Australas Psychiatry*. 26 :259–62.

Kisely S, Wyder M, Dietrich J, Robinson G, Siskind D, Crompton D, 2017. Motivational aftercare planning to better care: Applying the principles of advanced directives and motivational interviewing to discharge planning for people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 26 :41–8.

Kromka W et 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.

Landry M et Lecavalier M, 2003. L’approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1).

Lecavalier M, Fleury MJ, Couillard J, Sapin-Leduc A, 2014. Les équipes de liaison en dépendance au CRDM-IU : l’indispensable pont entre l’hôpital et la réadaptation. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 10 (1) : 48-50.

Ministère de la santé et des services sociaux, 2015. Plan d’action en santé mentale 2015-2020.

Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, Rowe BH, 2017. Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 24(1), 40-52.

Mukherjee D, Saxon V, 2019. “Psychological Boarding” and Community-Based Behavioral Health Crisis Stabilization. *Community Ment Health J.* 55(3) :375-384.

Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, 2008. Crisis resolution and home treatment in mental health (Vol. 13). S. Johnson (Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Noseworthy AM, Sevigny E, Laizner AM, Houle C, La Riccia P, 2014. Mental healthcare professionals’ experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 263–271.

Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, Simpson A, Webber M, Meader N, 2016. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health technol assess.* 20(3) :1-162.

Péladeau N, Mercier C, Couture L, 1991. Les centres de crise et les services en santé mentale : l’expérience du Sud-Ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*. Volume 16, Numéro 2, automne 1991, p. 267–288.

Penzenstadler L, Gentil L, Huynh C, Grenier G, Fleury MJ, 2020. Variables associated with low, moderate and high emergency department use among patients with substance related disorders. *Drug and alcohol dependence*, 207: 107817.

Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, (...) Schull MJ, 2011. International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358-1370.

Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, Proctor EK, Kirchner JE, 2015. A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science: IS*, 10, 21.

Röhrich F, Waddon GK, Binfield P, England R, Fradgley R, Hertel L, James P, Littlejohns J, Maher D, Oppong M, 2017. Implementation of a novel primary care pathway for patients with severe and enduring mental illness. *BJPsych Bulletin*, 41(6), 314–319.

Saxon V, 2018. Behavioral Health Crisis Stabilization Centers: A New Normal. *Journal of Mental Health and Clinical Psychology*. 2(3) :23-26.

Scanlan JN, Hancock N, Honey A, 2017. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric 148andomized148ed148n. *BMC Psychiatry*. 17.

Schmoll S, Boyer L, Henry JM, Belzeaux R, 2015. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. *L'Encéphale*, 41(2), 123-129.

Shaffer SL, Hutchison SL, Ayers AM, Goldberg RW, Herman D, Duch DA, 2015. Brief critical time intervention to reduce psychiatric rehospitalization. *Psychiatr Serv*. 66 :1155–61.

Shalaby RAH, Agyapong VI, 2020. Peer support in mental health: literature review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e15572.

Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, 2014. Results of a pilot 148andomized controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*. 14.

Stone, K., & Shirley-Beavan, S, 2018. The global state of harm reduction. *Harm Reduction International*.

Titscher S, Wodak R, Meyer M, Vetter E, 2000. *Methods of text and discourse analysis*. London: Sage Publications.

Virgolesi M, Pucciarelli G, Colantoni AM, D'Andrea F, Di Donato B, Giorgi F, 2017. The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *J Clin Nurs*. 26 :4456–66.

Wand T, D'Abrew N, Acret L, White K, 2016. Evaluating a new model of nurse-led emergency department mental healthcare in Australia; perspectives of key informants. *Int Emerg Nurs*. 24(16-21).

Zeman L, Arfken CL, 2006. Decreasing unnecessary care in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 57(1), 137-138.

5.4. Quatrième article: Effectiveness of Emergency Department Based Interventions for Frequent Users with Mental Health Issues: a Systematic Review

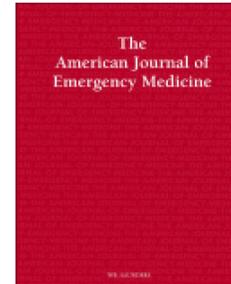
Accepté, sous presse, pour le American Journal of Emergency Medicine (5 septembre 2023)

Journal Pre-proof

Effectiveness of emergency department based interventions for frequent users with mental health issues: A systematic review

Morgane Gabet, Bahram Armoon, Xiangfei Meng, Marie-Josée Fleury

PII: S0735-6757(23)00479-5
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.008>
Reference: YAJEM 161715
To appear in: *American Journal of Emergency Medicine*
Received date: 10 July 2023
Revised date: 21 August 2023
Accepted date: 5 September 2023



Please cite this article as: M. Gabet, B. Armoon, X. Meng, et al., Effectiveness of emergency department based interventions for frequent users with mental health issues: A systematic review, *American Journal of Emergency Medicine* (2023), <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.008>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2023 Published by Elsevier Inc.

Authors and affiliations

Morgane Gabet, Ph.D. Candidate, Division of Mental Health & Society, Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montreal (Canada); Département de Gestion, Evaluation et Politique de Santé, Université de Montréal, Montréal (Canada)

Bahram Armoon, Ph.D., Post-doctoral Researcher, Division of Mental Health & Society, Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montréal (Canada)

Xiangfei Meng, Ph.D., Director, Division of Mental Health & Society, Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montréal (Canada); Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University, Montreal (Canada)

Marie-Josée Fleury, Ph.D., Researcher, Division of Mental Health & Society, Douglas Hospital Research Centre, Montreal (Canada); Professor, Department of Psychiatry, McGill University, Montreal (Canada); Associate Professor, Département de Gestion, Evaluation et Politique de Santé, Université de Montréal, Montréal (Canada)

Abstract

Frequent emergency department (ED) users with mental health issues are particularly vulnerable patients, who often receive insufficient or inadequate outpatient care. This systematic review identified and evaluated studies on ED-based interventions to reduce acute care use by this population, while improving outpatient service use and patient outcomes.

Searches were conducted in five databases for studies published between January 1, 2000, and April 30, 2022. Eligibility criteria included: patients with mental health issues who made 2+ ED visits in the previous 6 months or were high ED users (3+ visits/year), and who received ED-based interventions to reduce ED use.

The review included 12 studies of 11,082 articles screened. Four intervention groups were identified: care plan (n=4), case management (n=4), peer-support (n=2) and brief interventions (n=2). The definitions of frequent users varied considerably, while the quality assessment rated studies from moderate to good and risk of bias from low to high.

Eight studies used pre-post design, and four were randomized controlled trials. Ten studies assessed outcomes related to use of other services, mainly hospitalizations, while five assessed patients' clinical conditions and three, social conditions (e.g., housing status).

This review revealed that case management and care plan intervention, based in ED, decrease ED use among frequent users, while case management also showed promising results for outpatient service use and clinical and social outcomes. Thus, the results support continued deployment of intensive ED-based interventions for frequent ED users with mental health issues although firm conclusions regarding the effectiveness of these interventions, particularly outcomes related to services other than ED, require further investigation.

Keywords

Emergency department, frequent use, mental health, interventions, systematic review

Introduction

Research has identified that patients with mental health issues, including mental disorders (MD), substance-use disorders (SUD) and suicidal behaviors, were often frequent emergency department (ED) users [1-2]. In this study, frequent ED users included repeated users (2+ visits in previous 6 months) and high users (3+ visits in previous year) [3-5]. ED use is particularly frequent among vulnerable populations, whether patients in poor health or those with numerous unmet needs. Lack of access to outpatient care may also explain frequent ED use [6]. For instance, in a 2016 US study, 38% of high ED users had experienced homelessness [7]. Similarly, studies have identified people with suicidal behaviors, including veterans, as frequent ED users [8]. Yet, ED services do not provide optimal care for addressing the needs of vulnerable populations affected by multiple mental health issues, which usually require intensive and continuous outpatient care by multidisciplinary healthcare teams [9]. Frequent ED use is also costly, suggesting possible inadequacy in resource utilization [10]. To reduce ED use, providing interventions in ED dedicated to frequent users may be a possible solution for linking these patients, from a service they already visit, to more appropriate outpatient services [11-12].

While patients with mental health issues represent some of the most frequent ED users, little is known about the effectiveness of ED-based interventions in reducing ED use and improving other outcomes for these patients. Previous systematic reviews assessed the effectiveness of interventions, based in various settings, dedicated to reducing service use for frequent ED users without MD [13-14], while others targeted ED users with MD, but without frequent ED use [15-16]. Only one previous review investigated interventions for high ED use among patients with MD, a narrative review for studies published between 1986 and 2018 [17]. Finally, two systematic reviews assessed the effectiveness of case management [18] and of consultation-liaison interventions [19], respectively, among frequent ED users with MD, although the implementation of these interventions occurred outside of ED. In addition, most previous reviews considered change in acute care use as the main outcome of interest [3,13,14,17,19] and generally concluded that these interventions, particularly case management, reduced both frequent ED and hospitalizations. Few studies have investigated outcomes other than ED use, for instance, change in outpatient service use [3,14,16,19] or change in clinical [3,13,16] or social conditions such as housing status [3,13,16].

No previous study, to our knowledge, has systematically reviewed ED-based interventions dedicated to reducing ED use, or frequent ED users, among patients with mental health issues. Data are also lacking on the effectiveness of these interventions for improving other outcomes like outpatient service use, and patients' clinical or social conditions. Enhanced programs supported by evidence-based evaluations may help in targeting frequent ED users and improving their care, while reducing avoidable ED use [11]. This study thus aimed to identify and systematically review ED-based interventions aimed at reducing ED use among frequent ED users with mental health issues, while also evaluating their effectiveness in improving other types of service use and the clinical or social conditions of patients.

Methods

Search strategy

The present systematic review used the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) [20]. Relevant studies published between January 1, 2000 and April 30, 2022 were identified using *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *Ovid* and *Cochrane Library* databases. The search strategy, validated by a university librarian, was developed for the selected databases using Boolean operators and initial keywords, including frequent ED users, MD, ED intervention, and outcome or effectiveness. Medical Subject Headings (MeSH terms) were used to expand the search to the five databases (**Supplementary File**). The search was also restricted to studies written in English or in French. Finally, manual searches of secondary references from the identified articles were conducted (**Figure 1**).

Study inclusion and exclusion criteria

Studies had to meet the Population, Intervention, Comparison, Outcome, and Study (PICOS) criteria. Regarding “population”, both adults with repeat ED use (2+ visits/year) and high ED use (3+ visits/year) for mental health (MD, SUD, suicidal behaviors) and related social issues (e.g., homelessness) were included. For “intervention”, all types of interventions implemented at ED to improve ED and other service use were considered. The “comparison” group distinguished ED users who did, or did not, receive interventions to reduce ED use. Concerning “outcomes”, the main outcome was change in ED use after receiving an intervention, while secondary outcomes included hospitalizations and use of outpatient services. Other outcomes assessed included clinical conditions (e.g., persistent MD) and social conditions (i.e., housing status) of patients after they received an intervention. Based on the guidelines for systematic reviews [12], the requirement for including services other than ED in the study was that at least two studies in the review had reported on each of these services. For ‘Study design’, randomized controlled trials and pre-post interventions were considered. Qualitative or observational studies, studies without primary data, systematic reviews and meta-analyses, or studies not written in English or French were excluded.

Studies not conducted in member countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) were also excluded to ensure that the reported interventions were offered in countries with comparable healthcare systems.

Study screening, selection, and evaluation of the quality of studies

First, two researchers (MG, BA) independently searched and reviewed study titles and abstracts identified in the database searches based on the study inclusion criteria. A third researcher (MJF) resolved any disagreements between reviewers (less than 5%). Second, MG and BA independently screened the articles selected for full text review, applying the same process. Third, a quality assessment was performed on studies retained for the review following the second step of the research process [21]. The quality assessment included 19 items (e.g., details of interventions, definition of outcomes, study design), with a ranking system that included average, good or very good quality (**Supplementary File 2**). In addition to this quality assessment, a risk of bias assessment, based on Cochrane risk of bias evaluation tools [22] (e.g., recruitment and allocation of participants, suitable statistics tests, outcome measures), allowed us to rank studies as “low risk of bias (L)”, “high risk of bias (H),” or “unclear risk of bias (U)” on a general impression after evaluating all criteria (**Supplementary File 2**). Fourth, a data extraction sheet was constructed. Data for each of the selected studies were extracted as follows: general information (authors, country, year), study population (type of patients, type of ED use), methods (e.g., study design, data source) (**Table 1**); types of intervention (e.g., description of intervention, healthcare workers involved) and outcomes (e.g., ED use, hospitalization, outpatient service use) (**Table 2**).

Results

Study characteristics

Of 16,155 articles identified, 5,073 were duplicates. The reviewers screened 11,082 titles/abstracts, and selected 43 articles for full text review, retaining 12 for final review (**Table 1**) [23-34]. Details on the main reasons for study exclusion in the title-abstract search and full text review are presented in **Figure 1**. Most of the included studies came from the USA (9/12). The studies were published between 2008 and 2021, half of them in the past 5 years.

Most studies (10/12) defined high ED as 5 or 6+ visits yearly (5/12), while 2 studies included repeated ED users defined as making 2+ visits in previous month, or in the previous 6 months. The sample sizes for pre-post design groups ranged from 11 to 205 patients (Mean: 62). Most participants were men (45% to 93%) and single (69% to 88%); mean age was 45 years old. A large majority were unemployed (76% to 88%). Studies reported that from 20% to 42% of patients were homeless. Regarding diagnoses, patients had MD with or without SUD (4/12), MD only (2/12), or SUD only (2/12), while homeless service users included those with MD-SUD (3/12), or veterans reporting suicidal behaviors (1/12). Most studies (8/12) used a pre-post design, others (4/12) randomized-controlled trials. Eleven studies used data from administrative databases, while one used a patient survey. Other than ED use, outcomes related to other service use mainly included hospitalizations (10/12), inpatient or clinical conditions (e.g., symptoms severity, medication) (5/12) or social conditions (i.e., housing status) (3/12) of patients. Outcomes were measured from 3 to 18 months, with half of the studies using a 6-month follow-up period. Quality and risk-of-bias assessment (**Supplementary file 2**) sum up these disparities through studies. The definition of baseline population, use of reliable outcomes, and follow-up of participants were the main quality and bias-related concerns.

Description of the study: interventions tested

Of the 12 interventions tested, 4 studies involved care plans, and 4 case management; 2 studies concerned peer-support interventions and 2 were brief interventions. Of the studies involving care plans, one [23] focused on the development of a database to identify high ED users with MD and generate individual care plans based on their ED use. The care plan was then integrated into the patient's electronic medical record, serving as a benchmark for future providers, especially nurses and case managers. Two studies described a similar intervention for repeated users with MD [28] or SUD [34]. The final study [26] reported a comparable intervention for homeless individuals with high ED use, adding a supported housing element that integrated a multidisciplinary care team. Four other interventions related specifically to case management interventions. Two involved case management embedded with transitional housing for homeless individuals with high ED use [24,32]. These interventions deployed nurses to assist patients in securing medical or mental health care in the most appropriate settings, with accompaniment by

primary care physicians and social support services for life skills coaching, daily home management, etc. The final two studies described the same type of interventions without the housing feature for high ED users with MD or SUD only [25,29]. Two interventions concerned peer support [27,33]. They targeted high users with MD and included peer-users in mobile teams that facilitated transitional care for users reluctant to deal with healthcare workers. The last group included brief interventions. One was a suicide prevention intervention for veterans with repeated ED use [30], including telephone follow-up, facilitation of treatment engagement, and measures to mitigate suicide risk, while the other tested a similar intervention, including a housing component, for homeless, high ED users [31].

Effectiveness of interventions according to main outcome: change in ED use

Eight studies reported interventions associated with significantly decreased ED use, from 35% in a 6-month follow-up period [26] to 60% over an 18-month period [32] (**Table 2**). The four remaining studies found no significant change. Considering these results by type of intervention, the four studies using a case management intervention showed a significant decrease in ED use, even though these interventions served a variety of ED users, like homeless individuals, those with SUD and veterans exhibiting suicidal behaviors. Three of these four care plan interventions obtained significant decreases in ED use, except for the results among high ED users with opioid-related disorders [28]. Mixed results were reported for peer support interventions, one study focused on homelessness among patients with MD-SUD showing a significant decrease in ED use [32]. No study on brief interventions showed significant decreases in ED use, whether they concerned repeated ED users and veterans with suicidal behaviors [30] or high ED users with MD-SUD [31].

Effectiveness of interventions according to secondary outcomes: changes in hospitalization and outpatient service use

Ten studies assessed hospitalizations, while eight reported outpatient service use (**Table 2**). Three studies showed a significant decrease, of around half of hospitalization rates, over 6-month follow-up periods [25-27]. These studies involved care plans, case management and peer-support interventions for high ED users with MD or SUD and among homeless service users.

One study, a care plan intervention for high ED users with MD-SUD, found a significant increase of 90% in hospitalization rates over a 12-month follow-up period [23], while the remaining six studies showed no significant change in hospitalizations. As for the eight outpatient service use studies, only two achieved positive outcomes, i.e., significant increases in outpatient service use. A case management intervention for repeated ED users, veterans with suicidal behaviors [30], showed a 57% increase in outpatient service use for MD-SUD in a 3-month follow-up period, while a brief intervention for homeless, high ED users [32] revealed an increase of 60% based on diagnostic tests over an 18-month follow-up period. The remaining studies showed no significant changes, whether increased or decreased outpatient service use.

Effectiveness of interventions based on other outcomes: change in clinical status and homelessness (social outcomes)

Five studies investigated patient clinical status and three social outcomes (**Table 2**). Concerning clinical outcomes, three studies found a significant decrease in severity, or improvements, in mental health symptoms [24,25,28]. Two studies involved a case management intervention, one dedicated to high ED users with SUD, and the other to homeless service users. The third involved a care plan for high ED users with opioid-use disorder [28]. The two studies that did not report significant change were a peer support intervention for high users with MD [27] and a brief intervention for high users with MD who were also homeless [31]. Of the three studies that measured homeless status, only one showed a significant decrease in homelessness, and this in relation to a case management intervention [29]. The two remaining studies with no significant change related to homelessness focused on a care plan and a case management intervention dedicated to high users with MD or SUD only [24,26].

Discussion

This systematic review identified 12 studies reporting interventions deployed in ED for frequent ED users with mental health issues and evaluated their effectiveness. Three types of outcomes following implementation of these interventions were reported: ED use (main outcome), hospitalizations and outpatient service use (secondary outcomes), and clinical conditions and homeless status (other outcomes).

The results of this study suggested that interventions targeting frequent ED users were effective in decreasing the frequency of ED use. However, the results related to effects of the interventions on secondary and other outcomes were mixed, with variations potentially explained by the diversity of interventions used and the variety of patient characteristics. Concerns about the quality of studies and risk of bias have also been raised. Only study with a case management intervention systematically reported positive results for most outcomes.

Half of the studies identified in this review were published since 2018, which underlines current interest in this topic and may coincide with recent mental health guidelines promoting the consolidation of certain types of interventions in ED, such as case management or peer support services [35]. However, the lack of clear and detailed descriptions of intervention components in the studies reviewed increased the difficulty of determining which components were more, or less, effective [14]. Most studies came from the USA, many with small sample sizes, more men than women and older population, which limited generalizability of the study results. The selected studies also showed variation in how samples were defined, with various frequencies of previous ED use, and different inclusion criteria (e.g., on patient clinical profiles) which limited comparisons and increased risk of bias (recruitment and allocation of participants). For example, high ED users with SUD only may have different needs than ED users with issues around homelessness. Study sites also varied in terms of where interventions were deployed, whether in general or psychiatric hospitals, which is another factor that may have influenced outcomes as specialized settings usually treat more conditions that are complex. Moreover, changes in outcomes related to ED use in general hospitals were not always related exclusively to mental health issues. Given the substantial prevalence of co-occurring chronic physical conditions and mental health issues [36], some studies may have overestimated ED use, which can represent incomplete or false outcome data (risk of bias). Studies also varied in terms of methods, resulting in disparities affecting the quality of studies. Only a third of studies used randomized-control trials, and few used multivariate methods (e.g., controls for sex and age), which can lead to potential bias (suitable statistics tests).

All studies, except one, measured outcomes for a 12-month period or less, with most based on a 6-month period. This may have affected intervention effectiveness, as suggested by the study with the longest follow-up period (18 months) which reported the highest reduction in ED use [32]. The establishment of strong, evidence-based outcomes requires a longer-term implementation of interventions, especially for interventions targeting vulnerable patients where follow-up studies are greatly needed. Finally, few studies measured clinical or social outcomes, which constituted a risk of bias (outcome measures). This data would need to be collected and integrated routinely into studies on this population, as patient recovery is the ultimate goal.

Concerning the associations between interventions deployed and their effectiveness, all studies based on case management identified positive results for ED use, and positive results very often for other outcomes, providing a strong argument for the deployment of these interventions in ED among frequent users with mental health issues. This finding also confirms results of a 2011 systematic review [13], which recommended case management as the intervention of choice for reducing ED use among vulnerable patients who made frequent use of ED. Case management programs implemented in outpatient settings, like assertive community treatment or intensive case management targeting patients with serious MD [37-39], have shown strong overall evidence for reducing acute care use. Case management also reduces ED costs, improves patient satisfaction and quality of life, while providing continuity in service delivery [40]. Case management with a housing component, as in Housing First interventions, has also showed strong evidence for reducing acute care and increasing stable housing, compared with treatment as usual [41-42], although the results for improvement in other outcomes were less conclusive [38,41]. The brief follow-up periods in most studies, mainly a 6-month duration in this review, and usually from less than one year to two years in studies on Housing First and similar models, may explain the non-significant results for outcomes other than acute care and housing stability [41]. More integrated services within sectors like health and housing are also required to better serve frequent ED users experiencing homelessness or facing multiple health and social challenges, including outpatient care for this population aimed at improving their social and clinical conditions [41].

Regarding care plan interventions, our results coincided with those of a previous systematic review [38], in which care plan interventions proved being effective in reducing ED use among frequent ED users with mental health issues but showing variable results on other outcomes. The diversity of interventions included in the care plan group, from brief interventions with poor intensity, such as electronic record alerts [28], to more integrated and higher intensity care planning processes involving multiple providers [26], such as social workers, may have accounted for the variability in results. In a recent systematic review, care plans including more intensive and integrated care including more appropriate strategies to redirect patients to adequate outpatient care showed effectiveness in responding to the complex needs of frequent ED users [14]. As care plans have the potential to improve treatment retention and relapse prevention, they may be integrated effectively in broader interventions for these patients [42]. The only study that found no reduction in ED use after the introduction of care plans targeted patients with opioid-disorders, a complex and greatly stigmatized subpopulation with SUD as highlighted in previous research [43]. Stigmatization may have reduced self-confidence among these patients in terms of following treatment guidelines or using outpatient services, explaining the limited effectiveness of care plans identified in this study and other research on these patients [44-45].

The mixed results, or lack of evidence, for peer support and brief interventions among the study outcomes may be due in part to the small number of studies identified, or the poor intensity or other limitations in services offered by these interventions in response to the complex and chronic needs of frequent ED users. The single peer support intervention that showed positive results for decreased ED use and hospitalization, and increased outpatient care, was based on a randomized-controlled trial, although the study in question did not measure social and clinical outcomes [27]. More research would be needed to properly evaluate the effectiveness of peer support interventions for frequent ED users, as such interventions have demonstrated promising results overall in helping individuals with MD [16,45]. Programs like assertive community treatment, intensive case management and Housing First have integrated peer support interventions with interesting results [46].

As for brief interventions, the two relevant studies in the review lacked a referral process for linking patients to appropriate outpatient care. As highlighted in previous research, referral to outpatient services may be a key component in ensuring the effectiveness of brief interventions for frequent ED users with serious needs [47-48]. Finally, the insufficient number of studies, lack of detail concerning samples and methods, as well as high variation in results limited firm conclusions or observations of striking differences in the effectiveness of interventions whether in terms of the types of mental health issues, populations, or in studies targeting repeated ED users versus high ED users.

This review had certain limitations, mainly related to the reported studies quality and risk-of-bias issues, that should be addressed. First, the review only included studies published in peer-reviewed journals, those conducted in OECD countries and written in English or French. Most of the selected studies came from the USA, limiting generalization of the findings to other healthcare systems or countries. Second, we included both high ED use (n=10) and repeated ED use (n=2) in this review, as the overall number of studies concerned with the effectiveness of ED-based interventions for frequent ED users with mental health issues was limited. Third, the number of studies per group of interventions was quite small, with only four studies for case management and care plan interventions and two studies for peer support and brief interventions. Fourth, there was a high level of heterogeneity across studies in terms of study designs, types of interventions and their measurement, and outcomes, which precluded the possibility of conducting a quantitative synthesis (i.e., meta-analysis) that may otherwise have provided more robust conclusions.

Conclusion

This study demonstrated that ED-based interventions targeting frequent ED users tended to decrease ED use. Case management interventions particularly reduced ED use while the results also showed promise for improvement in other outcomes. The development of more intensive care plans may provide a solution for some patients, as this intervention also seemed promising.

However, further research is greatly needed to strengthen conclusions regarding the effectiveness of ED-based interventions for frequent ED users with mental health issues, especially findings related to outcomes other than ED use. The standardization of outcome measurements may also be improved, as the many variations in studies hindered the potential identification of important findings. Overall, more intensive, long-term, and diverse interventions, including motivational treatment interventions, and referral to more appropriate outpatient resources may better respond to the serious social and health needs of frequent ED users. Better collaboration between ED and both primary and specialized outpatient care services may improve services for these high-needs patients. Results of the review suggest that intensive interventions, like case management, and broader care plans may prove more effective and better adapted to the needs of frequent ED users with diverse mental health issues and high vulnerability, whereas peer support and brief interventions may provide adequate support to patients with less complex needs or frequent ED use.

References

- [1] Castner J, Wu YWB, Mehrok N, Gadre A, Hewner S. Frequent emergency department utilization and behavioral health diagnoses. *Nurs Res* 2015, 64(1), 3-12.
- [2] Penzenstadler L, Gentil L, Huynh C, Grenier G, Fleury MJ. Variables associated with low, moderate and frequent emergency department use among users with substance-related disorders. *Drug and alcohol dependence* 2020, 207, 107817.
- [3] Brennan JJ, Chan TC, Hsia RY, Wilson MP, Castillo EM. Emergency department utilization among frequent users with psychiatric visits. *Ac Emerg Med* 2014, 21(9), 1015-1022.
- [4] LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 2010;56(1): 42-48.
- [5] Aaronson, E. L., Marsh, R. H., Guha, M., Schuur, J. D., & Rouhani, S. A. (2015). Emergency department quality and safety indicators in resource-limited settings: an environmental survey. *IJEM*, 8(1), 1-7.
- [6] Nesper AC, Morris BA, Scher LM, Holmes JF. Effect of decreasing county mental health services on the emergency department. *Ann Emerg Med* 2016; 67: 525– 30.
- [7] Doran KM, Kunzler NM, Mijanovich T, Lang SW, Rubin A, Testa PA, Shelley D. Homelessness and other social determinants of health among emergency department patients. *JSDH* 2016, 25(2), 71-77.
- [8] Ceniti AK, Heinecke N, McInerney SJ. Examining suicide-related presentations to the emergency department. *Gen Hosp Psych* 2020, 63, 152-157.
- [9] Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions. *PLoS One* 2015; 10:e0123660.pen
- [10] Matthew S Mitchell, Casey LK León, Thomas H Byrne, Wen-Chieh Lin, Monica Bharel. Cost of health care utilization among homeless frequent emergency department users. *Psych Serv* 2017, Vol 14(2), 193-202.

- [11] Arias SA, Miller I, Camargo Jr CA, Sullivan AF, Goldstein AB, Allen MH, Boudreaux ED. Factors associated with suicide outcomes 12 months after screening positive for suicide risk in the emergency department. *Psych Serv* 2016, 67(2), 206-213.
- [12] Ryan R. Cochrane Consumers and Communication Group reviews: Meta-analysis. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions; Cochrane Consumers and Communication 2016: Melbourne, Australia, <http://cccr.org.cochrane.org>.
- [13] Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daeppen JB, Peytremann-Bridevaux I, Bodenmann P. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2011, 58(1), 41-52.
- [14] Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, Rowe BH. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Ac Emerg Med* 2017, 24(1), 40–52. <https://doi.org/10.1111/acem.13060>
- [15] Johnston AN, Spencer M, Wallis M, Kinner SA, Broadbent M, Crilly J. Review article: Interventions for people presenting to emergency departments with a mental health problem: A systematic scoping review. *Emerg Med Australasia* 2019. EMA, 31(5), 715–729. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13335>
- [16] Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Services Research* 2019, 19(1), 1-24.
- [17] Kromka W, Simpson S. A narrative review of predictors of adult mental health emergency department return visits and interventions to reduce repeated use. *J of Emerg Med* 2019, 57(5), 671-682.
- [18] Stanton AM, Osoteo KC. Effect of case management on frequency of emergency department visits by persons with mental illness: A systematic review. Williams Honors College, Honors Research Projects. 245. https://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/245

- [19] Evans, R., Connell, J., Ablard, S., Rimmer, M., O'Keeffe, C., & Mason, S. (2019). The impact of different liaison psychiatry models on the emergency department: a systematic review of the international evidence. *J of Psychosom Res*, 119, 53-64.
- [20] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. PMID: 33782057; PMCID: PMC8005924.
- [21] Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P: The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. In.: Oxford; 2000.
- [22] Boutron I, Page MJ, Higgins JPT, Altman DG, Lundh A, Hróbjartsson A. Chapter 7: Considering bias and conflicts of interest among the included studies. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)*. Cochrane, 2022. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- [23] Abello Jr A, Brieger B, Dear K, King B, Ziebell C, Ahmed A, Milling Jr TJ: Care plan program reduces the number of visits for challenging psychiatric users in the ED. *Am. J. Emerg. Med.* 2012, 30(7):1061-1067.
- [24] Kerman N, Aubry T, Adair CE, Distasio J, Latimer E, Somers J, Stergiopoulos V: Effectiveness of housing first for homeless adults with mental illness who frequently use emergency departments in a multisite randomized controlled trial. *Adm. Policy Ment* 2020, 47(4):515-525.
- [25] Lintzeris CPN, Deacon RM, Shanahan M, Clarke MJ, MacFarlane MS, Leung S, Schulz MM, Jackson MA, Khamoudes D, Gordon DE: 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. *Int. J. Integr. Care* 2020, 20(2).
- [26] McCormack RP, Hoffman LF, Wall SP, Goldfrank LR: Resource-limited, collaborative pilot intervention for chronically homeless, alcohol-dependent frequent emergency department users. *Am. J. Public Health* 2013, 103(S2):S221-S224.
- [27] Nossel IR, Lee RJ, Isaacs A, Herman DB, Marcus SM, Essock SM: Use of peer staff in a critical time intervention for frequent users of a psychiatric emergency room. *Psych Serv* 2016, 67(5):479-481.
- [28] Rathlev N, Almomen R, Deutsch A, Smithline H, Li H, Visintainer P: Randomized controlled trial of electronic care plan alerts and resource utilization by frequent frequency emergency department users with opioid use disorder. *West J Emerg Med* 2016, 17(1):28.
- [29] Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, Okin RL: Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. *Am. J. Emerg. Med.* 2008, 26(2):155-164.
- [30] Stanley B, Brown GK, Currier GW, Lyons C, Chesin M, Knox KL: Brief intervention and follow-up for suicidal users with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. *Am. J. Public Health* 2015, 105(8):1570-1572.
- [31] Stergiopoulos V, Gozdzik A, Cohen A, Guimond T, Hwang SW, Kurdyak P, Leszcz M, Wasylenki D: The effect of brief case management on emergency department use of frequent users in mental health: Findings of a randomized controlled trial. *PloS one* 2017, 12(8):e0182157.
- [32] Smith MA, Moyer D: Frequent User System Engagement: A Quality Improvement Project to Examine Outcomes of a Partnership to Improve the Health of Emergency Department Frequent Users. *J Nurs Care Qual* 2021, 36(4):376-381.
- [33] Alvarado LP. *Mobile Psychiatric Services Decrease Readmission Rates among Frequent Utilizers of Emergency Treatment Services*. Brandman University; 2020.
- [34] Adams P, Nielson H: Evidence based practice: decreasing psychiatric revisits to the emergency department. *Issues Ment Health Nurs* 2012, 33(8):536-543.

- [35] Brasier C, Roennfeldt H, Hamilton B, Martel A, Hill N, Stratford A, Brophy L. Peer support work for people experiencing mental distress attending the emergency department: exploring the potential. *Emerg Med Australas* 2022, 34(1), 78-84.
- [36] Razzano LA, Cook JA, Yost C, Jonikas JA, Swarbrick MA, Carter TM, Santos A. Factors associated with co-occurring medical conditions among adults with serious mental disorders. *Schizophr. Res.* 2015, 161(2-3), 458-464.
- [37] Joo JY, Liu MF. Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *Int. Nurs. Rev.* 2017, 64(2), 296-308.
- [38] Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med*, 2013 44(3), 717-729.
- [39] Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults: A Randomized Trial. *JAMA.* 2009;301(17):1771–1778. doi:10.1001/jama.2009.561.
- [40] Hudon C, Chouinard MC, Pluye P, et al. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Ann Fam Med.* 2019;17(5):448-458. doi:10.1370/afm.2419.
- [41] O'Campo P, Stergiopoulos V, Nir P, Levy M, Misir V, Chum A, Hwang SW. How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ open* 2016, 6(9), e010581.
- [42] Armoon B, Cao Z, Grenier G, Meng X, Fleury MJ. Profiles of high emergency department users with mental disorders. *Am J Emerg Med.* 2022 Apr;54:131-141. doi: 10.1016/j.ajem.2022.01.052. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35152123.
- [43] Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv* 2014, 65(10), 1269-1272.

- [44] Moe J, Camargo CA, Davis RB, Jelinski S, Rowe BH. Frequent emergency department use and mortality in patients with substance and opioid use in Alberta: A population-based retrospective cohort study. *CJEM* 2019, 21(4), 482–491.
- [45] Yang LH, Grivel MM, Anderson B, Bailey GL, Opler M, Wong LY, Stein MD. A new brief opioid stigma scale to assess perceived public attitudes and internalized stigma: Evidence for construct validity. *J Subst Abuse Treat.* 2019 Apr;99:44-51. doi: 10.1016/j.jsat.2019.01.005. Epub 2019 Jan 9. PMID: 30797393; PMCID: PMC6716158.
- [46] Mackelprang JL, Collins SE, Clifasefi SL. Housing First is associated with reduced use of emergency medical services. *Prehosp Emerg Care* 2014, 18(4), 476-482.
- [47] Shalaby RAH, Agyapong VI. Peer support in mental health: literature review. *JMIR Mental Health* 2020, 7(6), e15572.
- [48] White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S, Gillard S. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry* 2020, 20(1), 1-20.

Figure 1. PRISMA flow diagram

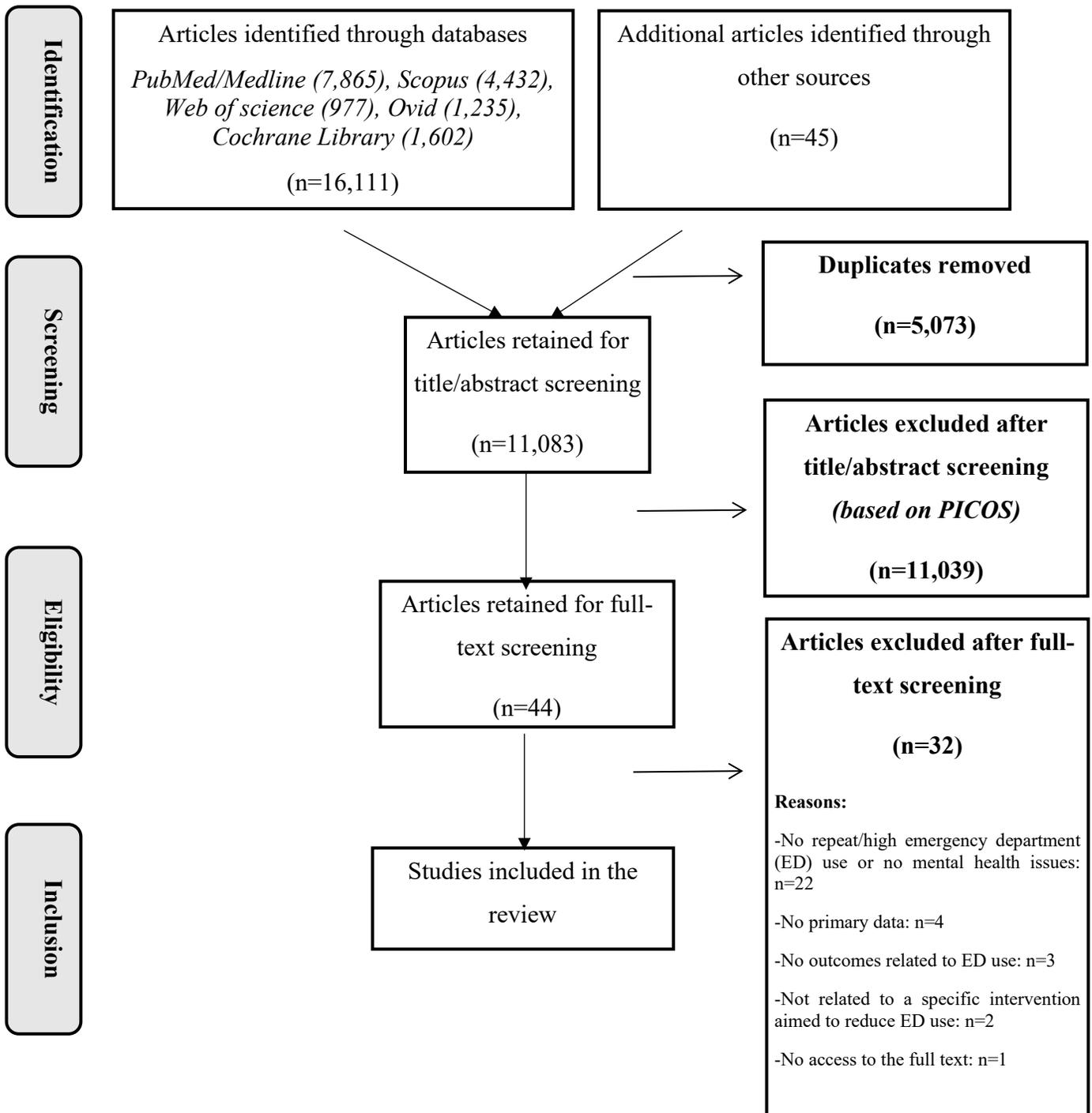


Table 1. General characteristics of included studies (country and study sites, population, study design, participation rate)

Type of intervention, authors and year of publication	Country and study sites	Type of clientele (main mental health issue)	Definition of high emergency department (ED) users or repeated users	Study design and type of analyses (and control variables if specified)	Sample size of frequent users (and control group if specified)	Participation rate (*)
A) Care plan Abello et al. (2012)	USA <i>3 general hospitals</i>	Mental disorders (MD)	≥6 visits in previous year (for MD)	Pre-post intervention, Bivariate tests	28	9,6% (conservative)
A) Care plan Adams & Nielson (2012)	USA <i>1 general hospital, 1 psychiatric hospital</i>	MD	≥2 visits in previous month (for MD)	Pre-post intervention, Bivariate tests	6000	N/A (not applicable)
A) Care plan McCormack et al. (2013)	USA <i>1 general hospital</i>	Homelessness with alcohol-use disorders	≥5 visits in previous year for 2 consecutive years and at least 1 visit in previous	Pre-post intervention, Multivariate tests (controlled for: number of ED visits)	20 (control group:40)	22% (conservative)

			6 months (for any reason)	and days hospitalized before enrollment; demographic s; and comorbidities)		
A) Care plan Rathlev et al. (2015)	USA <i>3 general hospitals</i>	Opioid use disorders	≥4 visits in previous year (for SUD)	Randomized controlled trial, Bivariate tests	20 (control group: 20)	NA (not applicable)
B) Case management Kerman et al. (2020)	Canada <i>General hospitals, shelters, community mental health programs</i>	Homelessness with MD	≥5 visits in previous 6 months (for any reason)	Randomized controlled trial, Multivariate tests (controlled for: all interaction effects involving ED use)	205 (control group: 2111)	74% (liberal)
B) Case management	Australia <i>General hospitals,</i>	Substance use	≥5 visits in previous	Pre-post intervention,	34 (control	50% (liberal)

Lintzeris et al. (2020)	<i>community programs</i>	disorders (SUD)	year (for SUD)	Bivariate tests	group: 12)	
B) Case management Shumway et al. (2008)	USA <i>1 general hospital</i>	MD	≥5 visits in previous year (for any reason)	Randomized controlled trial, Multivariate tests (controlled for within-subject correlation and study entry date)	167 (control group: 85)	83% (liberal)
B) Case management Smith et al. (2021)	USA <i>1 general hospital</i>	Homelessness with MD	≥10 visits in previous year (for any reason)	Pre-post intervention, Bivariate tests	11	20% (liberal)
C) Peer-support Alvarado et al. (2021)	USA <i>1 psychiatric hospital</i>	MD	≥6 visits in previous year (for MD)	Pre-post intervention, Bivariate tests	50	NA
C) Peer-support Nossel et al. (2016)	USA <i>1 psychiatric hospital</i>	MD	≥3 visits in previous year (for MD)	Pre-post intervention, Multivariate tests	47 (50 control group)	63% (liberal)

D) <i>Brief intervention</i> Stanley et al. (2015)	USA <i>5 general hospitals</i>	Veterans with suicidal behaviors	≥2 visits in previous 6 months (for suicidal behaviors)	Pre-post intervention, Bivariate tests	96	9% (conservative)
D) <i>Brief intervention</i> Stergiopoulos et al. (2017)	Canada <i>6 general hospitals</i>	MD	>5 visits in previous year (at least one for MD)	Randomized controlled trial, Multivariate tests (controlled for: number of events accrued in the 12-month pre-randomization period (baseline); participant age and sex)	83 (control group: 83)	83% (liberal)

*Conservative refers to lowest bound response rates based on the assumption that all unknown cases were eligible. Liberal refers to highest bound or least conservative response rates based on the assumption that no unknown cases were eligible.

Table 2. Description of interventions, sociodemographic characteristics, and outcomes in included studies

Type of intervention, authors and year of publication	Description of interventions	Sociodemographic characteristics	Main outcomes: changes in emergency department (ED) use	Secondary outcomes: changes in hospitalization or outpatient service use	Other outcomes: changes in clinical and homelessness status
A) Care plan Abello et al. (2012)	1. Document history of violence or abusive behaviors + a written treatment plan; 2. Document history of self-directed violence + a written treatment plan also implying primary care provider; 3. Document a written	Aged 39 years (mean), 54% male, 88% single, 20% homeless users	50% decrease in ED use at 12 months	90% increase in number of hospitalizations at 12 months	NA (not applicable)

	treatment plan developed				
A) Care plan Adams & Nielson (2012)	1. Improve treatment provider communications across the continuum of care; 2. Enhance communication between the mental health emergency department (ED) nurses and on-call psychiatrists; 3. Develop online decisional support to enhance communications; 4. Provide feedback to providers on the impact of changes	NA	2.2% decrease in ED readmissions over 6 months	NA	NA

<p>A) Care plan McCormack et al. (2013)</p>	<p>1. Provide supportive housing placement; 2. Coordinate multidisciplinary care; 3. Update care plans during biweekly interagency meetings on patient needs</p>	<p>Aged 50 years, 93% male</p>	<p>35% decrease in days of ED use over 6 months</p>	<p>56% decrease in days of hospitalization at 6 months</p>	<p>No significant change in levels of homelessness at 6 months</p>
<p>A) Care plan Rathlev et al. (2015)</p>	<p>1. Electronic record alert, referring the patient for follow-up with a primary care physician</p>	<p>Aged 46 years (mean), 52% female</p>	<p>No significant change at 6 months</p>	<p>No significant change in hospitalization rates at 6 months</p>	<p>Decrease from 4.5% to 2.9% in morphine prescriptions</p>
<p>B) Case management Kerman et al. (2020)</p>	<p>1. Assertive community treatment (ACT) or 2. Case management interventions in combination with 3. Housing</p>	<p>Aged 39 years (mean), 62% male, 69% single</p>	<p>59% decrease in ED use at 6 months</p>	<p>No significant change in hospitalization at 6 months</p>	<p>Decrease in severity and frequency of mental health symptoms at 24 months; no significant</p>

	First intervention				change in homelessness rates at 6 months
B) Case management Lintzeris et al. (2020)	1. Multidisciplinary assessment of client needs; 2. Development and implementation of a care plan; 3. Facilitated referrals; 4. 'Alerts' on the client electronic health records; 5. Access to client transport assistance and brokerage funding to assist with essential expenses	Aged 45 years (mean), 56% female, 23% homeless users	50% decrease: in ED use at 6 months	62% decrease in number of hospitalizations at 6 months	42% decrease in days of SUD at 6 months
B) Case management	1. Assessment; 2. Crisis intervention; 3. Individual and	Aged 43 years (mean), 75% male	57% decrease: in ED use at 6 months	No significant change in hospitalizations or outpatient	42% decrease in rate of

Shumway et al. (2008)	group supportive therapy; 4. Assistance in obtaining stable housing and income entitlements. 5. Linkage to medical care providers, referrals to substance services when needed; 6. Ongoing assertive community outreach to maintain continuity of care			visits at 6 months	homelessness at 6 months
B) Case management Smith et al. (2021)	1. Assertive community treatment (intervention and assistance to secure	Aged 52 years (mean), 55% female	60% decrease in ED use at 18 months	60% increase in diagnostic testing at 18 months	NA

	<p>medical or mental health care in the most appropriate setting for any patient requesting services from a provider); 2. Mental health and social support services (e.g., assistance with peer support, life skills coaching, daily home management, attending appointments, and completion of tasks required for transition of clients to permanent housing, e.g., securing</p>				
--	---	--	--	--	--

	identification and obtaining an income)				
C) <i>Peer-support</i> Alvarado et al. (2021)	1. Identification; 2. Contact; 3. Care planning; 4. Follow-up visits; 5. Case management services; 6. Transition plan	88% single, 42% homeless users	No significant change at 6 months	No significant change at 6 months	NA
C) <i>Peer-support</i> Nossel et al. (2016)	1. Provide support and practical assistance during care transition; 2. Strengthen long-term ties of individuals to services and supports	Aged 43 years (mean), 85% male	54% decrease in ED use at 6 months	54% decrease in hospitalizations at 6 months	No significant change in SUD at 6 months
D) <i>Brief intervention</i> Stanley et al. (2015)	1. Identify personal warning signs for possible suicide-related	35 years (mean), 86% male	No significant change at 3 months	57% increase in outpatient visits for mental health and substance	NA

	crisis, strategies for coping with suicidal behaviors through identification of coping skills; 2. Provision of professional and personal supports during a suicidal crisis, including ways to reduce access to lethal means; 3. Telephone follow up to provide support, facilitate treatment engagement, and mitigate risk			use disorders (SUD) at 3 months	
D) Brief intervention	1. Foster engagement and identify	Aged 43 years (mean), 53%	No significant	No significant change at 12 months	No significant change in

Stergiopoulos et al. (2017)	needs and goals; 2. Connect participants to relevant community-based services; 3. Transition; 4. Transfer from participant care to longer-term community services	female, 70% single or never married	change at 12 months		severity of psychiatric symptoms and SUDat12 months
------------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------	--	---

Supplementary File 1. Search strategy

Database	Key words
PubMed	#1 (((((((frequent use[Title]) OR (frequent flyer[Title])) OR (frequent attenders[Title])) OR (high use[Title])) OR (heavy use[Title])) OR (repeater[Title])) OR (recidivism[Title])) OR (revolving door[Title])) OR (hyperuse[Title])
	#2 (((((Emergency Medical Services[MeSH Terms]) OR (Emergency Service, Hospital[MeSH Terms])) OR (Emergencies[MeSH Terms])) OR (Emergency Medicine[MeSH Terms])) OR (Emergency Nursing[MeSH Terms])) OR (emergency room[Title])
	#3 (((((((frequent use[Title]) OR (frequent flyer[Title])) OR (frequent attenders[Title])) OR (high use[Title])) OR (heavy use[Title])) OR (repeater[Title])) OR (recidivism[Title])) OR (revolving door[Title])) OR (hyperuse[Title])) AND (((((Emergency Medical Services[MeSH Terms]) OR (Emergency Service, Hospital[MeSH Terms])) OR (Emergencies[MeSH Terms])) OR (Emergency Medicine[MeSH Terms])) OR (Emergency Nursing[MeSH Terms])) OR (emergency room[Title]))
	#4 (((((emergency department use[Title/Abstract]) OR (high emergency department use[Title/Abstract])) OR (high emergency department utilization[Title/Abstract])) OR (high emergency department visit[Title/Abstract])) OR (emergency department room[Title/Abstract])) OR (frequent emergency department use[Title/Abstract])
	#5 (((((((frequent use[Title]) OR (frequent flyer[Title])) OR (frequent attenders[Title])) OR (high use[Title])) OR (heavy use[Title])) OR (repeater[Title])) OR (recidivism[Title])) OR (revolving door[Title])) OR (hyperuse[Title])) AND (((((Emergency Medical Services[MeSH Terms]) OR (Emergency Service, Hospital[MeSH Terms])) OR (Emergencies[MeSH Terms])) OR (Emergency Medicine[MeSH Terms])) OR (Emergency Nursing[MeSH Terms])) OR (emergency room[Title])) OR (((((emergency department use[Title/Abstract]) OR (high emergency department use[Title/Abstract])) OR (high emergency department utilization[Title/Abstract])) OR (high emergency department visit[Title/Abstract])) OR (emergency department room[Title/Abstract])) OR (frequent emergency department use[Title/Abstract]))

	#6 (((intervention program[Title/Abstract]) OR (Program Evaluation[MeSH Terms])) OR (Effective intervention[Title/Abstract])) OR (program effectiveness[Title/Abstract]) OR (Health Promotion[MeSH Terms])
	#7 (((((((Mental Disorders[MeSH Terms]) OR (Depression[MeSH Terms])) OR (Depressive Disorder[MeSH Terms])) OR (Anxiety[MeSH Terms])) OR (Bipolar Disorder[MeSH Terms])) OR (Borderline Personality Disorder[MeSH Terms])) OR (Adjustment Disorders[MeSH Terms])) OR (Psychotic Disorders[MeSH Terms])) OR (Schizophrenia, Paranoid[MeSH Terms])
	#8 (((((((intervention program[Title/Abstract]) OR (Program Evaluation[MeSH Terms])) OR (Effective intervention[Title/Abstract])) OR (program effectiveness[Title/Abstract])) OR (Health Promotion[MeSH Terms])) AND (((((((frequent use[Title]) OR (frequent flyer[Title])) OR (frequent attenders[Title])) OR (high use[Title])) OR (heavy use[Title])) OR (repeater[Title])) OR (recidivism[Title])) OR (revolving door[Title])) OR (hyperuse[Title])) AND (((((((Emergency Medical Services[MeSH Terms]) OR (Emergency Service, Hospital[MeSH Terms])) OR (Emergencies[MeSH Terms])) OR (Emergency Medicine[MeSH Terms])) OR (Emergency Nursing[MeSH Terms])) OR (emergency room[Title])) OR (((((((emergency department use[Title/Abstract]) OR (high emergency department use[Title/Abstract])) OR (high emergency department utilization[Title/Abstract])) OR (high emergency department visit[Title/Abstract])) OR (emergency department room[Title/Abstract])) OR (frequent emergency department use[Title/Abstract])))) AND (((((((Mental Disorders[MeSH Terms]) OR (Depression[MeSH Terms])) OR (Depressive Disorder[MeSH Terms])) OR (Anxiety[MeSH Terms])) OR (Bipolar Disorder[MeSH Terms])) OR (Borderline Personality Disorder[MeSH Terms])) OR (Adjustment Disorders[MeSH Terms])) OR (Psychotic Disorders[MeSH Terms])) OR (Schizophrenia, Paranoid[MeSH Terms]))
Scopus	#1 (TITLE-ABS-KEY (intervention AND program) OR TITLE-ABS-KEY (program AND evaluation) OR TITLE-ABS-KEY (effective AND intervention) OR TITLE-ABS-KEY (program AND effectiveness) OR TITLE-ABS-KEY (health AND promotion))
	#2 (TITLE-ABS-KEY (frequent AND use) OR TITLE-ABS-KEY (frequent AND flyer) OR TITLE-ABS-KEY (frequent AND attenders) OR TITLE-ABS-KEY (high AND use) OR TITLE-ABS-KEY (heavy AND use) OR TITLE-ABS-KEY (repeater) OR TITLE-ABS-KEY (revolving AND door) OR TITLE-ABS-KEY (hyperuse))
	#3 (TITLE-ABS-KEY (emergency AND medical AND services) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND service, AND hospital) OR TITLE-ABS-KEY (emergencies) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND medicine) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND

	nursing) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND room) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND department AND use))
	#4 ((TITLE-ABS-KEY (frequent AND use) OR TITLE-ABS-KEY (frequent AND flyer) OR TITLE-ABS-KEY (frequent AND attenders) OR TITLE-ABS-KEY (high AND use) OR TITLE-ABS-KEY (heavy AND use) OR TITLE-ABS-KEY (repeater) OR TITLE-ABS-KEY (revolving AND door) OR TITLE-ABS-KEY (hyperuse))) AND ((TITLE-ABS-KEY (emergency AND medical AND services) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND service, AND hospital) OR TITLE-ABS-KEY (emergencies) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND medicine) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND nursing) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND room) OR TITLE-ABS-KEY (emergency AND department AND use))))
	#5 (TITLE-ABS-KEY (mental AND disorders) OR TITLE-ABS-KEY (depression) OR TITLE-ABS-KEY (depressive AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (bipolar AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (borderline AND personality AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (adjustment AND disorders) OR TITLE-ABS-KEY (psychotic AND disorders) OR TITLE-ABS-KEY (schizophrenia, AND paranoid)))
	#6 ((TITLE-ABS-KEY(intervention program) OR TITLE-ABS-KEY(Program Evaluation) OR TITLE-ABS-KEY(Effective intervention) OR TITLE-ABS-KEY(program effectiveness) OR TITLE-ABS-KEY(Health Promotion))) AND (((TITLE-ABS-KEY(frequent use) OR TITLE-ABS-KEY(frequent flyer) OR TITLE-ABS-KEY(frequent attenders) OR TITLE-ABS-KEY(high use) OR TITLE-ABS-KEY(heavy use) OR TITLE-ABS-KEY(repeater) OR TITLE-ABS-KEY(revolving door) OR TITLE-ABS-KEY(hyperuse))) AND ((TITLE-ABS-KEY(Emergency Medical Services) OR TITLE-ABS-KEY(Emergency Service, Hospital) OR TITLE-ABS-KEY(Emergencies) OR TITLE-ABS-KEY(Emergency Medicine) OR TITLE-ABS-KEY(Emergency Nursing) OR TITLE-ABS-KEY(emergency room) OR TITLE-ABS-KEY(emergency department use)))) AND ((TITLE-ABS-KEY(Mental Disorders) OR TITLE-ABS-KEY(Depression) OR TITLE-ABS-KEY(Depressive Disorder) OR TITLE-ABS-KEY(Anxiety) OR TITLE-ABS-KEY(Bipolar Disorder) OR TITLE-ABS-KEY(Borderline Personality Disorder) OR TITLE-ABS-KEY(Adjustment Disorders) OR TITLE-ABS-KEY(Psychotic Disorders) OR TITLE-ABS-KEY(Schizophrenia, Paranoid)))
Web of science	#1 TS=(*intervention program* OR *Program Evaluation* OR *Effective intervention* OR *program effectiveness* OR *Health Promotion*)
	#2 TI=(*frequent use* OR *frequent flyer* OR *frequent attenders* OR *high use* OR *heavy use* OR *repeater* OR *revolving door* OR * hyperuse*)
	#3 TI=(*Emergency Medical Services* OR *Emergency Service, Hospital* OR *Emergencies* OR *Emergency Medicine* OR *Emergency Nursing* OR *emergency room* OR *emergency department use*)

	#5 TI=(<i>*Mental Disorders*</i> OR <i>*Depression*</i> OR <i>*Depressive Disorder*</i> OR <i>*Anxiety*</i> OR <i>*Bipolar Disorder*</i> OR <i>*Borderline Personality Disorder*</i> OR <i>*Adjustment Disorders*</i> OR <i>*Psychotic Disorders*</i> OR <i>*Schizophrenia, Paranoid*</i>)
	#6 #2 AND #3
	#7 #1 AND #4 AND #6
Ovid	#1 ((<i>mental or psychological or psychiatr*</i>) adj3 (<i>health or disorder* or illness* or issue*</i>)).tw.
	#2 exp <i>mental disorders/ or mental health/ or "substance use disorder"/ or drug addiction/ or drug abuse/ or drug usage/ or "substance related and addictive disorders"/</i>
	#3 <i>Alcoholism/ or addiction/ or cannabis addiction/ or "drug use"/ or drug abuse pattern/ or drug utilization/ or injection drug user/ or multiple drug abuse/ or drug induced disease/ or acute drug administration/ or drug dependence/ or drug abuse/ or substance abuse/ or "substance use"/</i>
	#4 (<i>Adjustment* or depress* or anxiety* or attention* or schizo* or psychotic* or bipolar* or mood* or affective* or personality disorder* or eating* or anorex* or bulimi*</i>).tw.
	#5 (<i>Mutilation* or suicid* or self-injur* or self-pois*</i>).tw.
	#6 1 or 2 or 3 or 4 or 5
	#7 ((<i>emergenc* or urgen* or accident*</i>) adj3 (<i>service* or department* or unit* or ward* or room* or hospital or hospitals</i>)).tw.
	#8 <i>emergency services/ or emergency medicine/</i>
	#9 7 or 8
	#10 ((<i>activit* or initiative\$1 or intervention\$1 or policies or policy or practice\$1 or program\$1 or programme\$1 or promotion\$1 or service\$1 or strateg*</i>) adj4 (<i>accomplish* or achiev* or effect* or effic* or enhanc* or fail* or fulfil* or impact* or improv* or ineffect* or ineffic* or insuccess\$2 or nonfulfillment\$1 or nonperform* or nonsuccess\$2 or perform* or prevent* or succeed* or success* or unachiev* or underperform* or unfulfill* or unperform* or unsuccess*</i>)).tw.
	#11 <i>Mental Health Services/ or Community Mental Health/ or Mental Health Programs/ or Health Care Policy/ or Public Mental Health/ or innovation/</i>
	#12 (((<i>User* or "use" or utilis* or utiliz*</i>) adj3 (<i>frequen* or big* or heavy or large* or Disproportionate or several or high or recurr* or return or super</i>)) or <i>revisit*</i>).tw.
	#13 (((<i>User* or "use"</i>) adj3 (<i>service* or frequen* or big* or heavy or large* or Disproportionate or several or high or recurr* or return or super</i>)) or <i>revisit*</i>).tw.
	#14 (<i>User* or utiliz* or utilis* or "use" or frequen* or big* or heavy or large* or Disproportionate or several or high or recurr* or return or super or revisit*</i>).tw.

	#15 ((Emergenc* or Mental health service*) adj3 (User* or utiliz* or utilis* or "use" or frequen* or big* or heavy or large* or Disproportionate or several or high or recurr*or return or super or revisit*)).tw.
	#16 10 or 11
	#17 6 and 9 and 16
	#18 12 and 17
	#19 13 and 17
	#20 14 and 17
	#21 15 and 17
Cochrane	#1 (mental):ti (Word variations have been searched) OR (psychological):ti (Word variations have been searched) OR (psychiatr):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Health] explode all trees OR (disorder):ti (Word variations have been searched) OR (illness):ti (Word variations have been searched) OR (issue):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Mental Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees OR MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Drug Users] explode all trees OR (drug usage):ti (Word variations have been searched) OR (addictive disorders):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Alcohols] explode all trees OR (addiction):ti (Word variations have been searched) OR (cannabis addiction):ti (Word variations have been searched) OR (drug use):ti (Word variations have been searched) OR (drug abuse pattern):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Drug Utilization] explode all trees OR (injection drug user):ti (Word variations have been searched) OR (multiple drug abuse):ti (Word variations have been searched) OR ("drug induced diseases"):ti (Word variations have been searched) OR (acute drug administration):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Drug Users] explode all trees OR MeSH descriptor: [Anxiety] explode all trees OR MeSH descriptor: [Depression] explode all trees OR MeSH descriptor: [Attention] explode all trees OR MeSH descriptor: [Adaptation, Psychological] explode all trees OR (schizo):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] explode all trees OR MeSH descriptor: [Affect] explode all trees OR MeSH descriptor: [Mood Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Personality Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Diethylpropion] explode all trees OR MeSH descriptor: [Bulimia] explode all trees OR MeSH descriptor: [Self Mutilation] explode all trees OR MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees OR MeSH descriptor: [Self-Injurious Behavior] explode all trees OR (self-poisoning):ti (Word variations have been searched)

	<p>#2 MeSH descriptor: [Emergencies] explode all trees OR MeSH descriptor: [Ambulatory Care] explode all trees OR MeSH descriptor: [Accidents] explode all trees OR (service):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Emergency Service, Hospital] explode all trees OR MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees OR MeSH descriptor: [Emergency Medicine] explode all trees OR MeSH descriptor: [Ambulatory Care Facilities] explode all trees OR ("initiativeness"):ti (Word variations have been searched) OR ("interventional"):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Practice, Psychological] explode all trees OR MeSH descriptor: [Program] explode all trees OR MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees OR ("strategic"):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Achievement] explode all trees OR MeSH descriptor: [Achievement] explode all trees OR (effect):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees OR MeSH descriptor: [Efficiency] explode all trees OR ("enhance"):ti (Word variations have been searched) OR (fail):ti (Word variations have been searched) OR ("fulfillment"):ti (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Health Impact Assessment] explode all trees OR ("impact"):ti (Word variations have been searched) OR ("improve"):ti (Word variations have been searched) OR ("ineffective"):ti (Word variations have been searched) OR ("inefficacy"):ti (Word variations have been searched) OR ("innovational"):ti (Word variations have been searched)</p>
	<p>#3 ("user"):ti (Word variations have been searched) OR ("utilization"):ti (Word variations have been searched) OR ("utilisation"):ti (Word variations have been searched) OR ("frequence"):ti (Word variations have been searched) OR (big):ti (Word variations have been searched) OR (heavy):ti (Word variations have been searched) OR (large):ti (Word variations have been searched) OR ("disproportionate"):ti (Word variations have been searched) OR (several):ti (Word variations have been searched) OR (high):ti (Word variations have been searched) OR (recurrent):ti (Word variations have been searched) OR (recurrent):ti (Word variations have been searched) OR (super):ti (Word variations have been searched) OR ("revisitation"):ti (Word variations have been searched)</p>
	<p>#1 AND #2 AND #3</p>

Supplementary File 2. Quality and risk of bias assessment

Type of intervention, authors and year of publication	Grade (final agreement, %)	Quality assessment	Risk of bias assessment
A) Care plan Abello et al. (2012)	50-75	Good	High
A) Care plan Adams & Nielson (2012)	25-50	Average	Unclear
A) Care plan McCormack et al. (2013)	50-75	Good	Low
A) Care plan Rathlev et al. (2015)	75-100	Very good	Low
B) Case management Kerman et al. (2020)	75-100	Very Good	Low
B) Case management Lintzeris et al. (2020)	75-100	Very Good	Low
B) Case management Shumway et al. (2008)	50-75	Good	Low

B) Case management Smith et al. (2021)	25-50	Average	High
C) Peer-support Alvarado et al. (2021)	50-75	Good	High
C) Peer-support Nossel et al. (2016)	50-75	Good	High
D) Brief intervention Stanley et al. (2015)	25-50	Average	High
D) Brief intervention Stergiopoulos et al. (2017)	75-100	Very Good	Low

Chapitre 6 — Discussion

L'objectif général de cette étude était d'approfondir les connaissances sur l'utilisation des services en santé mentale, en particulier quant à l'accès et à la continuité du suivi à partir des urgences. En premier lieu, nous avons identifié les déterminants associés à l'accès à un suivi dans les 30 jours suivant une visite aux urgences par des patients ayant des TM. Plusieurs variables reconnues comme étant associées à l'accès aux soins en santé mentale dans la littérature scientifique ont été considérées et catégorisées à l'intérieur d'un cadre conceptuel inspiré du modèle d'Andersen (1995). Ensuite, nous avons repéré les profils et résultats de santé associés aux indicateurs d'accès et de continuité du suivi après une visite aux urgences pour les patients ayant des TM incidents. Identifiés grâce à une analyse de classe latente, ces profils sont susceptibles de nous aider à brosser un portrait des patients ayant des TM incidents en fonction de leur accès et continuité des soins après une visite aux urgences sur une période de 12 mois, des variables sociodémographiques et cliniques associées ainsi que de leurs résultats de santé sur une période de 24 mois. Enfin, deux recensions de la littérature ont été réalisées : l'une sur les innovations organisationnelles aux urgences visant à améliorer l'accès et la continuité des soins dispensés aux patients avec TM ainsi que leurs conditions d'implantation, et l'autre sur les innovations spécifiques ciblant les grands utilisateurs des urgences ayant des TM de manière à en évaluer l'efficacité. Pour ces deux revues, l'objectif était de préciser des solutions cherchant à améliorer la prise en charge des patients avec TM aux urgences, tels qu'identifiés dans les deux premiers articles. Étudier l'implantation et l'efficacité de ces interventions visait à : informer les décideurs de l'existence des innovations, des défis dans leur mise en œuvre et leur niveau d'efficacité à rencontrer des résultats en vue d'améliorer les services et la santé des patients.

Dans ce chapitre, nous résumerons d'abord les principaux résultats, puis discuterons des limites, forces et originalité de l'étude. Nous formulerons ensuite des recommandations pour l'amélioration des services et offrirons des suggestions de futures recherches dans le domaine.

4.1. Résumé des principaux résultats de la thèse

Dans cette section, nous reviendrons sur les quatre résultats principaux de notre étude, à savoir : l'état des lieux quant à l'accès et la continuité du suivi après une visite aux urgences de patients ayant des TM au Québec ; les profils de patients en fonction de l'accès aux soins et la continuité du suivi ; les résultats de santé associés ; ainsi que les innovations prometteuses qui ont été repérées dans la littérature en réponse aux enjeux d'accès et de continuité du suivi identifiés.

4.1.1. État des lieux de l'accès aux soins et la continuité du suivi après une visite aux urgences de patients ayant des TM au Québec

Pour ce qui est de l'accès aux soins et la continuité du suivi après une visite aux urgences de patients ayant des TM (deux premiers articles), le Tableau 1 résume nos résultats principaux. Nos deux premiers articles ont révélé que ce n'est pas plus d'un tiers (33 %) des patients qui ont eu accès à un suivi dans la période de 30 jours suivant leur visite aux urgences. L'accès au suivi était légèrement moins élevé pour les patients avec TM prévalents (30 %, voir premier article) que les patients avec des TM incidents (33 %, voir deuxième article). Aussi, de moins bons résultats ont été notés pour le suivi continu à long terme, avec des taux similaires entre les deux études pour le suivi à 90 jours (33 %). Seulement 20 % des patients ont reçu un suivi adéquat à 365 jours (voir deuxième article).

	Article 1 (patients avec TM prévalant visitant les urgences)	Article 2 (patients avec TM incident visitant les urgences)
Suivi à 30 jours	33 %	30 %
Suivi à 90 jours (au moins 2 consultations)	s.o.	33 %
Suivi à 365 jours (au moins 5 consultations, dont 2 à l'intérieur de 90 jours)	s.o.	20 %

Tableau 1. – *État des lieux de l'accès et de la continuité du suivi après une visite aux urgences de patients ayant des TM au Québec (voir articles 1 et 2)*

Si on le compare à la recension des écrits précédemment faite, le Québec semble se situer dans une moyenne plutôt basse pour ce qui est de l'accès aux soins et de la continuité du suivi après une visite aux urgences pour les patients ayant des TM (Barker et al., 2020 ; Marcus et al., 2017). Le difficile accès aux soins peut s'expliquer par le fait que l'analyse s'est limitée au suivi prodigué par les médecins omnipraticiens ou psychiatres. Par ailleurs, les longues listes d'attente pour accéder aux services ambulatoires dans le système de santé québécois, en particulier ceux qui sont omnipraticiens et psychiatres, doivent être considérées (ISQ, 2018). En plus de l'accès difficile à ces médecins, les TM sont réputés être moins pris en charge par les omnipraticiens, qui se sentent parfois limités dans leur capacité à les traiter (Ashcroft et al., 2021). Les rendez-vous manqués peuvent également freiner l'accès à un suivi rapide, les patients souffrant de TM présentant souvent des problèmes d'adhésion au traitement (Van Boekel et al., 2015). Ces résultats sont inquiétants, car l'accès à un suivi rapide après une urgence médicale ou une hospitalisation est crucial dans le rétablissement des patients, en particulier ceux qui présentent des profils sociosanitaires plus complexes (Hunter et al., 2018). Pour ce qui est de la continuité du suivi, il est difficile d'établir une comparaison avec les résultats rapportés dans la littérature, celle-ci étant très limitée et ne concernant pas spécifiquement les patients se présentant aux urgences avec un TM incident. Néanmoins, dans des études similaires qui portaient sur le suivi après le congé hospitalier des patients avec des TM (Marcus et al., 2017), les faibles niveaux de suivi à long terme des patients pouvaient être expliqués par les mêmes difficultés que celles rapportées précédemment, soit un accès difficile aux soins, un manque de connaissances et de la stigmatisation. Plus généralement, ces faibles niveaux de suivi illustrent la faible utilisation des services à plus long terme par les personnes ayant des TM, en particulier celles qui développeront ultérieurement des profils cliniques particuliers comme les TLS. Pour répondre à ces limites tout en considérant les TM comme des maladies chroniques (Wagner, 2004), il semble donc nécessaire de promouvoir un suivi accessible, continu, livré par des équipes interdisciplinaires et incluant les médecins omnipraticiens et psychiatres, sans s'y limiter.

Dans la littérature, un suivi par étapes prodigué par des équipes interdisciplinaires est justement rapporté comme étant une bonne pratique pour les patients ayant des TM, notamment si on cherche à renforcer et leur satisfaction envers les services (Menear et al., 2022).

4.1.2. Portrait des patients ayant des TM et visitant les urgences en fonction de leur accès aux soins et la continuité de leur suivi

Pour mieux comprendre pourquoi et pour qui l'accès et la continuité du suivi étaient limités, nous avons entrepris de caractériser notre échantillon, d'abord de manière générale (dans les deux premiers articles), puis de manière spécifique (via les profils de patients avec TM incidents dans le deuxième article). Dans les deux premiers articles, il est intéressant de noter que les patients étaient majoritairement vulnérables, la moitié d'entre eux vivant dans des territoires hautement défavorisés sur le plan matériel ou social, et environ le cinquième souffrant de TM graves. De plus, la moitié des patients n'étaient pas suivis par un omnipraticien et encore moins bénéficiaient d'interventions psychosociales dans les CLSC malgré leur grande vulnérabilité. Ce portrait général des patients est en cohérence avec la littérature, puisque les patients souffrant de TM connaissent plus de situations de vulnérabilité matérielles ou sociales que les autres (Drew et al., 2010) et que les TM sont souvent associés à d'autres problèmes de santé (Corcadden et al., 2018) et à l'achalandage aux urgences (Bridge et al., 2012). Les deux premiers articles de cette étude nous ont également permis de constater que le niveau d'utilisation des services au cours des 12 mois précédant la visite aux urgences était de manière générale très faible, soit entre 20 et 50 % selon les professionnels de santé consultés. Ceci confirme que l'urgence représente souvent la « porte d'entrée générale » aux services pour beaucoup de patients n'ayant pas eu ou ayant faiblement recours à d'autres services avant d'utiliser les urgences (Barker et al., 2020). Les résultats de notre étude permettent donc de dresser le profil, propre au contexte de l'étude, de certains patients ayant des TM et visitant les urgences : une grande vulnérabilité, des besoins complexes et/ou multiples ainsi qu'une faible utilisation des autres services ambulatoires. Ces caractéristiques seront précisées dans la prochaine section, et devraient être davantage prises en compte dans l'élaboration des services destinés à cette population.

Pour établir un portrait plus spécifique de notre échantillon, nous avons étudié les profils de patients avec TM incidents en fonction de l'accès aux soins et la continuité de leur suivi (voir deuxième article). De cette étude, cinq profils ont émergé. Deux d'entre eux (le quatrième et le cinquième) couvraient près de 75 % de l'échantillon. Le quatrième profil était surtout composé de patients d'un âge plus avancé qui vivaient en zone rurale.

Le cinquième profil impliquait des hommes plus jeunes et majoritairement concernés par les TLS. Paradoxalement, ces deux classes incluaient des patients sans psychiatre ni médecin omnipraticien traitant (quatrième et cinquième profils) ou ne bénéficiant que d'un suivi par un omnipraticien, même si fréquent (quatrième profil). Qui plus est, ces deux classes présentaient les pires fréquences de consultation en CLSC, alors que l'approche de soins par étape et dans la communauté est considérée comme étant une bonne pratique pour les patients souffrant de TM (Pourat et al., 2019). Pour les trois autres profils, qui jouissaient d'un suivi plus accessible et continu après une visite aux urgences, un premier regroupement a pu être fait à partir des deuxième et troisième profils. Le deuxième profil était principalement caractérisé par des femmes d'âge moyen avec des TM courants et le troisième par des patients vivant en zone urbaine. Ces deux profils représentaient environ un cinquième de l'échantillon et affichaient les taux les plus élevés de suivi chez l'omnipraticien, le psychiatre et en CLSC. Enfin, le premier profil couvrait moins de 10 % de l'échantillon et était principalement caractérisé par des TM plus graves et de jeunes patients. Leur suivi était exclusivement assuré par des psychiatres et la continuité de leurs soins était élevée. Cette analyse de classes latentes a permis de rendre compte de la variabilité du suivi en fonction des profils de patients, notamment en fonction de variables liées à l'utilisation des services, et, dans une moindre mesure, cliniques et sociodémographiques, ce que nous développerons dans le paragraphe suivant.

En effet, nos deux premiers articles ont associé des variables balisées selon le modèle d'Andersen (1995) à l'accessibilité aux soins et à la continuité du suivi pour les patients. Pour les variables liées à l'utilisation des services, cinq déterminants ont été relevés par nos deux premiers articles : la continuité élevée des soins par le médecin traitant; l'importante utilisation des CLSC et les nombreuses consultations avec l'omnipraticien; le fait d'avoir vécu au moins une hospitalisation

durant les 12 derniers mois; et le fait d'avoir un médecin de famille. Toutes ces variables pointent vers un résultat important de notre étude : les patients minimalement connus en santé mentale étaient plus susceptibles d'avoir accès à un suivi rapide et continu après leur visite aux urgences que ceux qui ne bénéficiaient pas de soutien ni de services en santé mentale avant d'utiliser les urgences.

Ceci pourrait résulter du fait que les médecins omnipraticiens ou psychiatres ont envoyé leurs propres patients aux urgences pour un épisode ou une crise de santé mentale grave qu'ils n'étaient pas en mesure de traiter tout en leur demandant de poursuivre le suivi avec eux par la suite (Klaus et al., 2013). D'autres hypothèses peuvent être également envisagées, comme le fait que les patients subissent ou anticipent par eux-mêmes le manque de disponibilité des médecins et se dirigent directement aux urgences pour des besoins urgents. De plus, toutes les variables indiquant une fréquence plus intensive d'utilisation des services (3 consultations ou plus au CLSC ou avec le médecin traitant avant l'hospitalisation) ont également été positivement associées à l'accès à un suivi rapide et continu (voir deux premiers articles). Ceci renforce l'hypothèse de notre étude qui veut que les patients en situation de crise ou présentant des problèmes plus graves, y compris psychosociaux, seraient prioritaires à un suivi après une visite aux urgences (Houle et al., 2010). Une explication à ceci pourrait être la mise en œuvre du guichet d'accès dans les CLSC priorisant les patients souffrant de TM plus graves et plus aigus dans l'accès aux services de santé mentale ambulatoires (Fleury et al., 2019). En somme, les futures initiatives destinées à améliorer la qualité du suivi en santé mentale depuis les urgences ne devraient pas négliger les patients utilisant peu les services ni ceux qui présentent une faible adhésion aux traitements pour améliorer l'accès aux soins et la continuité du suivi.

Les variables cliniques et sociodémographiques ont été moins associées au fait d'avoir accès à un suivi rapide et continu, mais certaines semblent importantes pour instaurer des services qui répondent mieux aux besoins des patients. Pour les variables cliniques, quatre déterminants ont été repérés, à savoir les TLS, les troubles bipolaires, les maladies physiques chroniques, et la priorité au triage. Dans les deux premiers articles, les TLS ont systématiquement été associés négativement (l'alcool seulement pour le premier article et tous les TLS dans le deuxième) à un

suivi accessible et continu après une visite aux urgences. Ces observations reflètent la difficulté d'accès aux soins ambulatoires des patients ayant des TLS, leur faible adhésion aux traitements et leur stigmatisation (Borg et al., 2018), ce qui renforce leur utilisation des urgences au détriment d'autres services, d'où l'importance de mettre en place des infirmières de liaison aux urgences pour engager ces patients dans d'autres trajectoires de soins. À l'inverse, en ce qui concerne les troubles bipolaires, une bonne adhésion au traitement peut expliquer de meilleurs suivis (Kutzelnigg et al., 2014).

De plus, un suivi rapide aux urgences a déjà été rapporté pour les patients souffrant de troubles bipolaires (Barker et al., 2020) connus comme des « utilisateurs fréquents de services » (Marcus et al., 2017). Par ailleurs, les maladies physiques chroniques sont particulièrement prévalentes chez les patients ayant des TM : au Québec, la prévalence des TM est estimée à 31,4 % pour les personnes ayant des maladies physiques chroniques (INSPQ, 2020). La sévérité de leurs problèmes contribue à leur utilisation plus fréquente des services (Walker et al., 2017). Des études ont d'ailleurs montré que les omnipraticiens préfèrent traiter les TM courants et les maladies physiques chroniques concomitantes (Bower et al., 2005 ; Fleury et al., 2012), ce qui renforce l'accès aux soins et la continuité du suivi chez ces patients. L'association entre une haute priorité au triage et un suivi plus accessible est intéressante ; ces résultats suggèrent que les pratiques de gestion de l'accès aux soins ambulatoires dans le secteur de la santé mentale du Québec encouragent, partiellement du moins, l'équité en assurant un suivi rapide aux patients vulnérables désignés comme prioritaires. Cela indique aussi, à l'inverse, que le suivi offert aux patients après les visites aux urgences dont les besoins sont moins urgents ou aigus, sont en partie à améliorer. Ceci est crucial en particulier lorsque l'on considère l'importance d'une intervention rapide pour le rétablissement des patients souffrant de TM courants et pour éviter que ces TM courants ne deviennent des TM graves, créant ainsi un cercle vicieux (McCullumsmith et al., 2015).

Dans notre étude, trois variables sociodémographiques ont été relevées, soit : le fait d'être de sexe féminin et résider en zone rurale, et dans une moindre mesure, le fait d'être plus jeune (en dessous de 45 ans). Dans la littérature, un âge moins élevé et la gravité de la maladie sont en effet

associés à une fréquentation élevée des urgences ainsi qu'à des hospitalisations et à une faible réception de soins ambulatoires adaptés (Baumann et al., 2014). Dans une perspective postpandémique où les jeunes semblent être toujours plus touchés par les TM (Tedja et al., 2023), les traitements dédiés à cette population depuis les urgences devraient être renforcés. À l'autre bout du spectre, de précédentes études ont montré que les femmes et les personnes plus âgées reçoivent davantage de soins de la part des omnipraticiens que des psychiatres et jouissent souvent d'une meilleure continuité des soins que les autres groupes de la population (Richard-Lepouriel et al., 2015). Enfin, en raison de services de santé mentale moins nombreux, incluant les services spécialisés, les urgences peuvent représenter une voie d'accès privilégiée aux soins dans les milieux ruraux, mais le suivi adéquat peut venir à manquer par la suite (Panjwani et al., 2023).

En somme, les patients avec des TLS, moins prioritaires au triage lors de la visite aux urgences, plus jeunes, résidant en milieux ruraux et de sexe masculin semblent être à prioriser dans les futures initiatives vouées à améliorer la qualité du suivi en santé mentale depuis les urgences.

4.1.3. Résultats de santé pour les patients ayant des TM et visitant les urgences

Notre cadre théorique intègre le modèle de Wagner (2004) pour introduire l'importance de la notion de résultats de santé dans le traitement de maladies chroniques comme les TM. Dans notre étude (voir deuxième article), 13,3 % des patients ont signalé une fréquentation récurrente des urgences, 12,9 % des hospitalisations et 14,1 % des comportements suicidaires après leur visite initiale aux urgences. Les trois indicateurs de résultats étudiés présentaient ainsi des résultats plutôt défavorables. Le premier résultat renforce le constat fait dans notre recension des écrits, soit le fait que plusieurs grands utilisateurs des urgences ont des TM. Les taux d'hospitalisations étaient également élevés (Moe et al., 2017) qui peut s'expliquer par la complexité des pathologies associées à ces profils de patients (Wang et al., 2019). Des comorbidités physiques associées à un TM-TLS, particulièrement difficiles à soigner en une seule visite médicale chez les patients aux profils les plus sévères (TM-TLS concomitants et TLS

exclusivement), peuvent également expliquer ces nombreuses visites. Certains patients aux comportements suicidaires n'avaient aucun suivi en soins ambulatoires tout en étant de grands utilisateurs de soins aigus. Des guides de bonnes pratiques décrivent les interventions à déployer pour réduire ces comportements suicidaires (Tarrier et al., 2008), élément qui sera développé dans la section suivante.

Si on considère les résultats en fonction des profils de patients, on observe que les patients ayant bénéficié d'un suivi chez l'omnipraticien beaucoup moins fréquent et à la faible continuité au sortir des urgences (profil 3) ont connu de moins bons résultats (utilisation des services, conditions cliniques et sociales). Le profil 1, malgré son suivi exclusivement reçu par des psychiatres et sa continuité élevée de soins, enregistre aussi des résultats mitigés. Pour expliquer ces résultats, on peut penser que les caractéristiques cliniques et sociodémographiques, en particulier le fait d'avoir des TM graves et d'être plus jeune, sont des facteurs explicatifs.

Des interventions plus personnalisées, continues et fréquentes semblent être à préconiser. À l'opposé, les patients ayant reçu peu ou pas de suivi (profils 4 et 5) ont connu les meilleurs résultats de santé. Le faible accès au suivi ou le manque de continuité dans l'offre de soins pourraient donc témoigner d'un profil clinique moins sévère ou de besoins différents plutôt que du suivi inadéquat d'un patient ayant des TM. Notre analyse des résultats de santé montre que de nombreux progrès restent à faire pour que le suivi réponde aux besoins des patients et améliorent leurs résultats de santé, tout en notant que les variables considérées comme « résultats de santé » avaient leurs limites également.

4.1.4. Innovations prometteuses pour améliorer la qualité du suivi pour les patients visant les urgences et ayant des TM

Dans l'optique de recenser des innovations destinées à améliorer la qualité du suivi pour les patients ayant des TM et visitant les urgences, nos deux derniers articles ont permis de définir sept catégories d'interventions, dont quatre communes à tous les utilisateurs des urgences incluant les grands utilisateurs (voir troisième et quatrième articles) et trois uniquement chez les patients visitant globalement les urgences pour raison de santé mentale (voir troisième article).

Les innovations les plus prometteuses pour tous les patients, incluant les grands utilisateurs, semblent être les plans de soins, la gestion de cas et le soutien par les pairs. Ces interventions sont d'ailleurs encouragées dans de nombreuses directives récentes en matière de santé mentale à l'international (OMS, 2022) et au Québec (PAISM, 2022). Pour tous les utilisateurs des urgences ayant des TM, les plans de soins (aussi intégrés dans la gestion de cas) semblent être particulièrement adaptés, notamment en ce qui a trait à leur objectif de réduire l'utilisation des urgences et, dans une moindre mesure, d'améliorer la situation clinique des usagers. Un des points forts de ces plans de soins est leur adaptation aux besoins des patients : ils vont des interventions brèves à faible intensité intégrant les professionnels en soins de santé, comme les alertes aux dossiers électroniques, jusqu'aux processus de planification de soins plus intégrés et de plus grande intensité faisant appel à plusieurs professionnels (Newman et al., 2015). Le quatrième article a justement permis de conclure, comme une autre étude récente (Moe et al., 2017), que les plans de soins comprenant des soins plus intensifs et intégrés, soit des caractéristiques proches des interventions de type « gestion de cas », se sont révélés plus efficaces, notamment pour les grands utilisateurs des urgences (Moe et al., 2017).

Pour ceux-ci en particulier, toutes les innovations basées sur la gestion de cas recensées par notre étude ont connu des résultats positifs, ce qui fournit un fort argument en faveur du déploiement de ces interventions aux urgences chez les grands utilisateurs des urgences ayant des TM, en cohérence avec de récentes revues systématiques sur le sujet (Althaus et al., 2011 ; Joo et al., 2017 ; Kumar et al., 2013 ; Shumway et al., 2008). Néanmoins, il est important de noter que la gestion de cas étant une intervention intensive, certains profils de patients - les plus à même de vivre des besoins psychosociaux importants - semblent être à privilégier pour assurer son efficacité (Shumway et al., 2008). En ce sens, notre revue systématique souligne que les patients ayant des TM plus complexes étaient justement ceux visés par ce type d'intervention. Toujours dans le même ordre d'idées, la gestion de cas avec une composante de logement, comme dans les interventions Housing First, a également prouvé son efficacité pour réduire les soins aigus et augmenter la stabilité du logement chez certains patients, bien que les résultats pour d'autres critères soient moins concluants (Kumar et al., 2013). Quant au soutien par les pairs

s'appuyant sur le savoir expérientiel d'« anciens patients » aidant leurs pairs ou les familles aux urgences, notre étude, comme d'autres précédemment (Simpson et al., 2014 et Scanlan et al., 2017) dont une menée au Québec (Hudon et al., 2016), en a souligné la pertinence pour bien répondre aux besoins des patients ou leurs proches et permettre une meilleure satisfaction des soins, qui est un des objectifs actuels du PAISM (2022). Néanmoins, une lacune importante semble être l'intérêt limité de certains patients, d'où la nécessité de prendre en compte certains facteurs de succès, tels que l'homogénéité des groupes et l'accessibilité des interventions proposées (localisation, horaire, etc.) (Hudon et al., 2016). D'autres interventions semblent également être d'intérêt pour améliorer l'accès et la continuité des soins offerts aux patients ayant des TM et visitant les urgences, mais leur efficacité semble être moins prouvée ou peu évaluée. De plus, ces interventions semblent bénéficier à des catégories plus restreintes ou spécifiques de patients. C'est par exemple le cas des interventions brèves, qui semblent prometteuses pour les patients ayant des TM courants et un besoin ponctuel en services supplémentaires (Roy-Byrne et al., 2009), ou encore le suivi à domicile, plus adapté aux personnes aux besoins psychosociaux à long terme (Hansen et al., 2017). En somme, nos deux derniers articles soulignent la difficulté de préconiser un seul type d'innovation ou d'intervention de manière générale, mais plutôt que certains types sont plus adaptés à certains profils de patients, d'où l'intérêt de réaliser des évaluations de la qualité, mais aussi, et surtout, des études pour mieux identifier les profils de patients et ainsi mieux comprendre les déterminants de l'amélioration des services qui leur sont offerts.

Pour implanter ces innovations dans le système de santé, de nombreux défis restent à relever (voir troisième article). Ceux-ci sont liés aux problèmes du système de santé, en particulier ses politiques (insuffisance des budgets et relations problématiques entre les urgences et les ressources ambulatoires) ou son continuum de soins (problématiques d'accès, de continuité ou d'intensité requise des services et insuffisance des connaissances en santé mentale des médecins omnipraticiens).

Concernant l'organisation des services, des progrès restent à faire quant à la qualité des infrastructures physiques, l'intégration efficace des innovations aux urgences aux autres services

de l'hôpital et de la communauté, l'implantation d'un leadership administratif et médical fort, et l'intégration de processus continus d'amélioration de l'accès et la continuité des soins dans les organisations. Le manque d'arrimage entre les urgences et d'autres services ambulatoires semble restreindre le suivi offert aux patients. D'autre part, les difficultés de collaboration et de communication interprofessionnelles, comme le « choc des cultures » résultant souvent de la méconnaissance de certaines expertises professionnelles ou de l'instabilité du personnel médical, sont des problématiques récurrentes (Fleury et al., 2012). La disponibilité, la formation, la diversité et l'expertise des cliniciens intégrant leurs habiletés interpersonnelles sont importantes pour favoriser les bonnes pratiques d'intervention et les traitements innovants (England et al., 2015). Enfin, la complexité de traitement de certains patients avec des TM graves ou troubles concomitants ne disposant pas d'intervenant pivot, de gestionnaire de cas ou de soutien social et/ou ayant des comportements agressifs envers les services semble elle aussi peu prise en compte par le système actuel. Ce dernier résultat explique en partie un de nos résultats précédents, soit la difficulté de faire des interventions qui répondent aux besoins de certaines populations, et souligne la nécessité de proposer différentes actions pour améliorer les services.

Cette section a permis de résumer nos résultats et de faire ressortir l'importante vulnérabilité des patients de notre étude, les limitations d'accès aux soins et de continuité du suivi, ainsi que la variété des innovations visant à améliorer la situation. Malgré les nombreuses réformes mentionnées dans notre revue de littérature, des efforts restent à investir dans ce secteur en regard des besoins des patients et du fait que les urgences jouent le rôle de porte d'entrée aux soins peu adaptée et très coûteuse pour les patients ayant des TM. Basée sur les résultats de l'étude et la revue de la littérature, une hypothèse peut être formulée, à savoir que l'organisation actuelle des soins fournis après une visite aux urgences semble mieux répondre aux patients plus vulnérables et déjà desservis par le système, ce qui démontre une capacité réactive, mais aussi des lacunes au niveau de la prévention. Certaines interventions comme les plans de soins et la gestion de cas sont particulièrement pertinentes et suivent les orientations ministérielles actuelles d'implantation au Québec.

Néanmoins, de nombreux défis d'implantation des innovations persistent et limitent leur portée. Ces résultats sont à considérer en regard des limites et forces de l'étude, qui seront abordées dans la section suivante.

4.2. Limites et forces de l'étude

De manière générale, il demeure complexe d'évaluer la qualité des services à partir des BDA, ce qui soutenait la pertinence d'étudier dans le cadre de cette thèse plutôt les concepts spécifiques d'accès et de continuité des soins. Les BDA de santé du Québec ont principalement été élaborées à des fins financières et fournissent donc des données approximatives et limitées des besoins des patients. Deuxièmement, les interventions psychosociales fournies par les hôpitaux, les soins dispensés par les psychologues en cliniques privées, les organismes communautaires et les centres de réadaptation en dépendance n'ont pu être examinés, car les données à leur sujet n'étaient pas disponibles dans les bases de données utilisées. La prestation de tels services pourrait avoir influencé l'utilisation des services avant la visite aux urgences et haussé la proportion de patients ayant accès à un suivi après leur visite aux urgences. Le fait de limiter l'analyse du suivi reçu à la consultation de médecins, omnipraticiens ou psychiatres ne permettait pas l'analyse d'un suivi rapide par des équipes interdisciplinaires, pourtant encouragé dans le modèle de Wagner (2004). De plus, les indicateurs choisis pour l'accès aux soins et la continuité du suivi représentent une limite, et le nombre adéquat de suivis à recevoir ainsi que la période de suivi appropriée, ne font pas consensus dans la littérature (Kilbourne et al., 2018). Un nombre de visites de suivi jugé adéquat pour une période donnée est un proxy de la continuité du suivi, mais limite aussi la perspective à l'utilisation des services, sans prendre en compte d'autres notions importantes de l'accès et la continuité des soins, comme la satisfaction des patients. D'autres données comme la race ou l'ethnie, la qualité de vie et le niveau de fonctionnement du patient peuvent potentiellement influencer l'accessibilité aux soins et la continuité du suivi ainsi que l'exclusion de certains participants potentiels, comme ceux hospitalisés depuis les urgences. Ces facteurs peuvent également entraîner une sous-représentation des cas aux pathologies plus graves et ainsi surestimer le suivi reçu. Enfin, les résultats de notre étude ne peuvent pas être

généralisés à tous les systèmes de soins de santé, en particulier ceux sans couverture universelle, et ne sont pas applicables à certains patients, comme ceux vivant en régions rurales ou éloignées.

Concernant l'analyse des innovations, la limite la plus importante concerne nos critères d'inclusions et d'exclusions pour les revues de littérature menées. Par exemple, dans notre étude sur les grands utilisateurs des urgences, nous avons inclus à la fois l'utilisation répétée (2+ au cours des 6 derniers mois) et élevée (3+ au cours de la dernière année) des urgences, vu le nombre limité d'études portant sur l'efficacité des interventions offertes aux grands utilisateurs des urgences ayant des TM. Ceci limite les conclusions menées au niveau de l'efficacité des interventions, celles-ci étant relative aux profils des patients concernés. Enfin, les études évaluant l'efficacité des innovations étaient très hétérogènes, aussi bien en termes de devis, types d'interventions, profils de patients que de mesures des résultats, ce qui a empêché de réaliser une méta-analyse qui aurait pu fournir des conclusions plus solides sur l'efficacité des interventions.

L'étude comporte aussi plusieurs forces. Elle illustre la pertinence d'analyser l'accès et la continuité des soins depuis les urgences pour des patients ayant des TM, aspects encore trop négligés dans l'étude des trajectoires de soins des patients ayant des TM si on considère leur utilisation des urgences. L'accès et la continuité des services sont d'ailleurs les deux aspects priorités dans la mesure de la qualité par le dernier PAISM du gouvernement du Québec (2022). L'étude fournit des données importantes ciblant des utilisateurs de services aux besoins complexes dont les risques d'effets indésirables sur la santé sont élevés. De plus, ce type de données, centrées sur l'utilisation des urgences par les patients ayant des TM, sont rares, notamment au Québec. Or, elles sont nécessaires pour adresser la problématique importante et récurrente de l'engorgement des urgences. Du point de vue des indicateurs retenus, notre choix d'utiliser des indicateurs de qualité tels que l'accès au suivi sous 30 jours ou un minimum de 3 visites reçues en 90 jours, utilisés dans de nombreux référentiels de qualité d'autres pays comparables, semble pertinent puisque de tels indicateurs ont été peu évalués dans le contexte des urgences et des patients ayant des TM au Québec. Grâce au choix des sites à l'étude, il est permis de croire que notre population cible est représentative de la grande majorité des

personnes ayant des TM et se rendant aux urgences au Québec en milieu majoritairement urbain. La validité externe de l'étude peut donc être jugée en partie satisfaisante. Par ailleurs, les méthodes employées (régressions, classe latente et revue systématique) dans le projet démontrent une validité interne adéquate, et les conclusions des études peuvent donc être jugées fiables. Notre objectif final est que les indicateurs de qualité retenus et les innovations recensées dans nos articles soient potentiellement opérationnalisés et puissent dès lors être mis en place ou déployés par les praticiens et les gestionnaires du système de santé.

Cette section a permis de faire le tour des limites et forces de notre étude. Cette analyse, comme celle que nous avons faite de nos principaux résultats, nous permet à présent de formuler quelques recommandations. Des suggestions pour les futures recherches seront également proposées.

4.3. Recommandations pour l'amélioration des services et suggestions de futures recherches

Dans cette section, nous formulerons des recommandations issues de l'analyse de nos résultats et cernerons les limites et forces de notre étude sur la base de trois aspects : la mesure de l'accès et la continuité des soins en santé mentale, la nécessaire personnalisation des interventions en fonction des déterminants et des profils de patients, et l'implantation de certaines innovations évaluées comme efficaces dans la littérature. Enfin, des suggestions de futures recherches seront formulées.

4.3.1. Recommandations pour l'amélioration des services : la mesure de l'accès et la continuité des soins en santé mentale

La mesure de qualité des soins demeure une préoccupation importante dans le réseau de la santé québécois, en particulier dans le secteur de la santé mentale (MSSS, 2022). Le ministère en fait d'ailleurs une priorité, notamment dans l'optique de trouver des solutions durables à l'engorgement des urgences. Depuis 2015, le MSSS se fixe en effet comme objectif d'élaborer une politique d'assurance qualité qui permettra d'harmoniser l'évaluation de la qualité et de soutenir

l'implantation des meilleures pratiques dans le réseau de la santé (MSSS, 2015). Dans un rapport de 2012, le CSBE soulignait déjà le manque d'indicateurs fiables et diversifiés pour mesurer la qualité, en particulier pour la santé mentale (CSBE, 2012).

Le Québec dispose pourtant de différentes sources de données permettant de mesurer des indicateurs de qualité (données médico-administratives, données d'enquêtes nationales ou provinciales et données provenant de projets de recherche), mais celles-ci sont souvent incomplètes ou peu consolidées et trop peu utilisées pour soutenir la prise de décision. Cette étude a justement contribué à fournir les premières données québécoises obtenues à partir de BDA et ciblant l'accès aux soins et la continuité du suivi chez les patients ayant des TM et visitant les urgences. À cet effet, une de nos recommandations serait d'encourager l'utilisation d'indicateurs d'accès aux soins et de continuité du suivi étant donné qu'ils sont nécessaires pour mieux comprendre les lacunes dans les trajectoires de soins des patients ayant des TM visitant les urgences ainsi que les problématiques qu'ils rencontrent en regard à l'accès et la continuité des soins. De manière générale, une grande proportion de patients qui souffrent de TM et utilisent les urgences ne jouissent pas des suivis requis. Une amélioration potentielle de la qualité de ce suivi importe donc, dans l'optique de bénéfices attendus de ce suivi sur l'état de santé de la population. De plus, utiliser des indicateurs portant sur des processus précis avec une temporalité claire (comme, dans notre étude, un suivi au bout de 30 jours ainsi qu'un certain nombre de rencontres après 90 jours et 365 jours) pourrait permettre aux décideurs d'améliorer un des aspects tangibles de l'accès et la continuité des soins : l'amélioration du suivi. Certaines études soulignent d'ailleurs que l'introduction d'une mesure continue de la qualité du suivi pourrait entraîner une amélioration graduelle de ce même suivi (Moroz et al., 2019). L'étude de ces indicateurs dans les dossiers de patients ou les organisations de santé, ainsi que leur diffusion large pour alerter toute absence de suivi adéquat dans un délai raisonnable, semblent être une avenue prometteuse pour améliorer l'accès et la continuité des soins pour les patients ayant des TM. Cette orientation s'inscrit d'ailleurs dans les priorités générales du MSSS; un récent rapport du CSBE (2021) précise par exemple l'orientation de la gestion du système via des tableaux de bord d'indicateurs de qualité.

4.3.2. Recommandations pour l'amélioration des services : la nécessaire personnalisation des interventions en fonction des déterminants et des profils de patients

Pour ce qui est du système de soins en santé mentale, et à partir du modèle d'Andersen (1995), la connaissance des déterminants et profils associés à un suivi accessible et continu depuis les urgences ainsi que l'évolution de leurs résultats de santé pourrait aider à la planification et à la répartition des ressources et des interventions dans une optique d'améliorer l'équité dans les soins. Permettant une compréhension globale de cette population complexe, l'identification d'un nombre limité de profils permet d'adapter l'offre de services aux besoins des individus et d'agir auprès d'eux au bon moment sur le continuum de soins afin d'améliorer les comportements et résultats de santé. Actuellement, très peu de méthodes d'identification pour repérer certains profils de patients ayant des TM et mieux comprendre leurs besoins ont été développées dans les urgences du Québec. Les professionnels étant limités dans leur compréhension des profils des patients, leur offre de soins ou leurs propositions de traitement le sont tout autant. Une recommandation pourrait donc être de développer les connaissances des déterminants et profils des patients ayant des TM dans les milieux cliniques. Comme notre étude l'a réalisé, ceci pourrait être utile pour certaines régions géographiques comme les zones rurales ou défavorisées, ou dans l'élaboration de politiques de santé en ciblant les besoins en amélioration et qualité des ressources aux différents profils de la population. Il serait alors possible d'évaluer la qualité de l'offre de services sur les territoires en fonction des caractéristiques principales de la population pour renforcer l'équité, concordant ainsi avec les fonctions territoriales de responsabilité populationnelle. Plus spécifiquement, nos résultats indiquent qu'il serait nécessaire de revoir l'organisation des ressources pour qu'elles répondent mieux aux besoins des patients connaissant peu les services du système ou les utilisant peu ; des patients avec des TLS ; des patients avec une faible priorité au triage lors de la visite aux urgences ; et des patients plus jeunes, résidant en milieux ruraux et masculins. Certains aspects des dernières réformes québécoises en organisation des soins en santé mentale (PQPTM, 2020 et PAISM, 2022) ciblent justement certaines de ces populations.

Pour les patients jouissant d'une faible continuité des services ou les utilisant peu, les équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale introduites dans le dernier PAISM (2022) semblent pertinentes. Ces équipes devraient permettre aux personnes qui reçoivent leur congé des urgences de recevoir rapidement un suivi par une équipe interdisciplinaire (psychiatre, IPS, travailleuse sociale, etc.). Pour les patients avec TLS, l'objectif est de fournir des services plus intégrés pour faciliter leur adhésion au traitement (Roy et al., 2019), notamment via le suivi des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM). Pour les patients aux besoins moins urgents, des liens avec des organismes communautaires, des services d'autogestion ou de consultations virtuelles ou à distance sont suggérés pour assurer un suivi de TM courants moins urgent, mais à long terme. Des campagnes de sensibilisation comme des actions d'*outreach* en communauté doivent être menées pour pousser les jeunes et les hommes à davantage utiliser les services. En zone moins densifiée (périurbaine, moins proche des grands centres), une organisation des services intégrant la téléconsultation et des points de services délocalisés est suggérée. Ces différents aspects doivent être priorisés pour améliorer la qualité du suivi offert aux patients ayant des TM et visitant les urgences et mieux répondre à leurs besoins.

4.3.3. Recommandations pour l'amélioration des services : implantation et efficacité des innovations destinées à améliorer la qualité du suivi

Dans notre étude, les patients connus dans le système et recevant une fréquence importante de services par différents professionnels de santé, en particulier par un omnipraticien et un psychiatre en collaboration, jouissaient d'un suivi plus accessible et continu après leur visite aux urgences. Ce constat renforce l'idée largement défendue dans la littérature selon laquelle les soins de collaboration, en particulier entre les soins primaires et les services spécialisés de santé mentale, devraient être étendus. De nombreuses transformations réalisées ces dernières années dans le secteur de la santé mentale vont dans ce sens (Fleury et al., 2019). Au-delà des problématiques d'accès, de disponibilité, de connaissances ou de stigmatisation évoquées précédemment, on peut donc penser que les traitements se fondant sur des données probantes pour améliorer le suivi des patients avec des TM sont faiblement déployés.

Les soins de collaboration ont pourtant été priorisés sur le plan international, canadien et québécois, impliquant un rehaussement des capacités de la première ligne à prendre en charge ces patients, notamment après une visite aux urgences ou en suivi d'une situation de crise, par l'inclusion de différentes stratégies comme la discussion de cas, le soutien téléphonique ou les formations (Kates et al., 2011). Une revue systématique relève que les soins de collaboration en santé mentale sont associés, dans plus de 75 % des cas, à des résultats cliniques positifs chez les patients, à des services plus adéquats et à une meilleure efficacité du système (Kates et al., 2011). Au Québec, de tous les modèles de soins collaboratifs, celui de coordination-liaison est privilégié par le Plan d'Action en santé mentale (PASM-2005). La fonction de psychiatre-répondant pourrait donc être plus encouragée dans le système actuel.

Notre étude a également permis de recenser plusieurs innovations en santé mentale pertinentes et déployées aux urgences pour diminuer leur engorgement, mieux répondre aux besoins et assurer une continuité de soins offerts aux patients les plus vulnérables. Les modèles actuels de traitement pour les TM dispensés aux urgences, axés sur des soins ponctuels, ne semblent pas répondre adéquatement aux besoins de suivi des patients souffrant de TM. Le déploiement d'innovations visant entre autres le déplacement de l'utilisation de services des urgences vers les services ambulatoires, permettant un suivi à plus long terme, est donc souhaitable pour augmenter la continuité des soins et diminuer le risque d'effets indésirables sur les patients et la détérioration de leur situation clinique et sociale (Tyler et al., 2019). Plus spécifiquement, nos résultats suggèrent que les interventions intensives comme la gestion de cas ou les plans de soins peuvent s'avérer plus efficaces et mieux adaptés aux besoins des grands utilisateurs des urgences présentant divers problèmes de santé mentale et une grande vulnérabilité, tandis que le soutien par les pairs et les interventions brèves peuvent offrir un soutien adéquat aux patients ayant des besoins moins complexes et ceux qui utilisent plus ponctuellement les urgences. D'autres patients comme ceux avec des comportements suicidaires semblent bénéficier de programmes tels que les équipes de traitement à domicile ou la résolution de crise (Carpenter et al., 2013), qui sont orientés vers les services ambulatoires. Ces orientations semblent correspondre aux priorités des dernières réformes.

Les modalités de gestion des grands utilisateurs des urgences en santé mentale sont déjà implantées dans plusieurs sites au Québec, comme c'est le cas du projet V1SAGES (Hudon et al., 2022). Par ailleurs, le renforcement d'unités d'intervention brève en psychiatrie (UBIP) destinées à recevoir pour de courts séjours de 48 à 72 heures des personnes présentant un épisode aigu lié à leur TM se base sur les principes d'interventions de type « plan de soins » et en cours d'implantation et ciblé par les orientations du PAISM. Enfin, les équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD), aussi recommandées par le PAISM et dont l'implantation est en cours au Québec, offrent quant à elles une alternative à l'hospitalisation et favorisent un suivi à domicile ainsi qu'un rétablissement plus « normalisant ». Une recommandation serait dès lors de consolider ces efforts à la grandeur du Québec en renforçant notamment l'implantation et l'évaluation de l'efficacité de ces interventions. De manière générale, des innovations visant une planification plus efficace dès la sortie des urgences des patients, comprenant une coordination étroite des services de soins aigus et ambulatoires entre médecins traitants, organisations communautaires et autres professionnels sociaux et en santé pertinents à impliquer dans le traitement de patients, devraient donc être déployées afin d'améliorer les résultats de santé des patients ayant des TM.

4.3.4. Suggestions pour les recherches futures

En conclusion, des suggestions de futures recherches peuvent être formulées, notamment pour répondre aux limites de notre étude et améliorer les connaissances sur les patients ayant des TM et leur utilisation des services. Ces suggestions portent sur les sources des données, les variables à l'étude ainsi que les devis de recherche qui pourraient être employés pour améliorer la compréhension des divers besoins des personnes ayant des TM et visitant les urgences, et identifier les solutions pour améliorer la qualité de leur suivi qui leur est offert.

Premièrement, il serait intéressant d'examiner les perceptions des patients ayant des TM et visitant les urgences quant à leur expérience globale et leur satisfaction des services. Il serait intéressant de compléter les données administratives rapportées dans cette étude par d'autres types de données comme celles d'enquêtes autodéclarées, en particulier pour certaines variables telles que les raisons des visites.

En particulier, l'exploration de variables comme les besoins non satisfaits perçus (Argintaru et al., 2013 ; Harris et al., 2019 ; Jaworsky et al., 2016) pourraient également aider à mieux comprendre comment les perspectives des participants sur leurs besoins et leurs situations de vie peuvent jouer un rôle dans l'obtention et le maintien de services adéquats et/ou satisfaisants. En ce sens, certaines études sur l'utilisation des services par des populations vulnérables ont d'ailleurs recueilli des données provenant à la fois d'entretiens structurés et de BDA (Cheung et al., 2015 ; Fleury et al., 2019). Il serait en outre intéressant de collecter des données non seulement auprès des patients eux-mêmes, mais aussi auprès d'autres parties prenantes comme les gestionnaires de cas, les familles ou les amis. Le fait de recueillir des points de vue multiples permet la triangulation des données et l'enrichissement de notre compréhension des trajectoires d'utilisation des services et d'interventions destinées.

En outre, il serait intéressant d'élargir le devis de recherche ici proposé pour mener une étude similaire sur plusieurs sites à travers le Canada et vérifier si ces résultats sont généralisables. Même s'il existe des différences dans la configuration des soins de santé et des services sociaux entre les provinces canadiennes dont la gouvernance est de juridiction provinciale, des données à l'échelle nationale fourniraient de précieuses informations pour mesurer les progrès réalisés dans l'utilisation des urgences chez les patients ayant des TM. En plus d'élargir la recherche future et d'examiner davantage de résultats à l'échelle nationale, une autre proposition serait d'étudier les résultats de santé sur une plus longue durée et d'inclure les variations dans l'utilisation des soins (Jaworsky et al., 2016 ; Roy et al., 2016b). Il serait également pertinent de mieux distinguer les sites à l'étude, aussi bien dans l'utilisation des services que dans l'implantation des innovations, afin d'assurer une meilleure répliquabilité des interventions efficaces.

Enfin, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour renforcer les conclusions concernant l'efficacité des interventions, en particulier pour les indicateurs autres que l'utilisation des urgences. La standardisation des mesures de résultats pourrait également être améliorée, car les nombreuses variations entre les études sur l'efficacité des innovations ont entravé l'identification de résultats importants.

L'utilisation d'études de cas serait également un outil précieux pour évaluer les services et les interventions dans le domaine, notamment pour répondre aux limites des études expérimentales ou quasi expérimentales traditionnelles (Yin, 2009). La conception d'études de cas multiples permettrait à la fois une compréhension approfondie de chaque cas et un aperçu plus large des similitudes et différences entre les cas (Stake, 2006). Des analyses comparatives, à la fois dans chaque cas et entre eux, permettraient de mieux situer les programmes dans les contextes sociaux, politiques et économiques où les études sont menées.

Chapitre 7 — Conclusion

L'objectif général de cette thèse était d'approfondir les connaissances sur l'utilisation des services par les patients ayant des TM, en particulier les déterminants, les profils de patients et les innovations liées au suivi reçu après l'utilisation des urgences.

En ce sens, cette thèse a contribué de différentes manières à l'avancement des connaissances. Tout d'abord, nous avons fait l'état des lieux de l'accessibilité du suivi et de sa continuité depuis les urgences pour les patients ayant des TM, ce qui constituait l'objet central de cette thèse. Nous avons ainsi réalisé une étude des déterminants d'un suivi accessible et continu pour les patients ayant des TM et visitant les urgences, ce qui nous a amené à suggérer le développement et l'utilisation d'indicateurs pour évaluer cet aspect crucial de l'accès et la continuité des soins. Les résultats ont démontré que l'accès et la continuité du suivi étaient encore à améliorer pour cette population aux besoins importants fréquentant les urgences du Québec : seul le tiers des patients bénéficiait d'un suivi adéquat. Le rôle des urgences comme porte d'entrée vers les soins médicaux ambulatoires devrait être grandement renforcé afin d'augmenter l'accès et la continuité du suivi pour les populations vulnérables. Par la suite, nous avons essayé de dégager des profils de patients, cette fois à l'aide d'analyses de classes latentes, en considérant un échantillon de patients utilisant les urgences et ayant un TM incident. L'une des principales contributions de cette étude est qu'elle a démontré qu'une plus grande continuité antérieure de soins médicaux permettait de prédire des niveaux plus élevés de suivi après une visite aux urgences, ce qui suggère que la continuité des soins est cruciale en santé mentale et devrait être renforcée dans l'organisation actuelle des soins.

Par la suite, nous avons recensé les innovations destinées à améliorer la qualité des services aux urgences pour les patients ayant des TM, ainsi que les innovations spécifiquement destinées aux grands utilisateurs des urgences, en plus de rapporter leur efficacité en lien avec divers indicateurs de résultats. De nombreux facteurs d'implantation clé ont aussi été identifiés, qu'ils soient reliés au système de santé (dans la majorité des cas), à l'organisation des urgences et de l'hôpital, aux professionnels de soins ou aux profils des patients.

Les résultats de nos recherches proposent des leviers d'action concrets pour améliorer la qualité des services offerts aux patients souffrant de TM, par exemple soutenir le développement des soins en collaboration, implanter des outils d'aide à la décision et des incitatifs financiers liés à la formation pour l'implantation d'innovations orientées vers l'amélioration de l'accès et la continuité des soins. Certaines innovations mentionnées dans la littérature pourraient être davantage développées dans les urgences, par exemple les dispositifs de plans de soins, de gestion de cas ou de soutien par les pairs et, dans une moindre mesure, les interventions brèves et de consultation-liaison. Celles-ci seraient particulièrement opportunes pour les patients dont les consultations aux urgences pourraient être évitées, notamment ceux sans suivi ou les grands utilisateurs des urgences.

Nos résultats présentent donc un intérêt pour les chercheurs, les professionnels de santé, les décideurs et les gestionnaires qui souhaitent mesurer et améliorer l'accès aux soins et la continuité du suivi à partir des urgences pour les patients ayant des TM, que ce soit à des fins de recherche, de surveillance de la population ou d'amélioration de la qualité des services offerts. Finalement, nos résultats appuient les recommandations du dernier PAISM (2022) et du PQTPM (2020) concernant l'implantation de modèles de soins répondant mieux aux besoins des patients ayant des TM, par exemple les soins par étapes, les soins de collaboration et le déploiement de plusieurs stratégies d'amélioration des services à l'urgence. Nos résultats, liés aux déterminants et profils de patients différenciés selon l'accès et la continuité des soins qu'ils ont reçus, et nos recensions des innovations efficaces ainsi que des défis que leur implantation entraîne, pourraient aider à soutenir le déploiement de ces récentes réformes grâce à une connaissance plus fine du portrait des patients ayant des TM et des enjeux liés à la mise en œuvre et l'efficacité de meilleures pratiques en matière d'organisation des soins en santé mentale.

Références bibliographiques

Aarons, G. A., Wells, R. S., Zagursky, K., Fettes, D. L., & Palinkas, L. A. (2009). Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: A multiple stakeholder analysis. *American Journal of Public Health, 99*(11), 2087-2095.

Agyapong, V. I. O., Rogers, C., MacHale, S., & Cotter, D. (2010). Factors predicting adherence with psychiatric follow-up appointments for patients assessed by the liaison psychiatric team in the emergency department. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 40*(2), 217–228.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5-TR)*.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 1–10.

Argintaru, N., Chambers, C., Gogosis, E., Farrell, S., Palepu, A., Klodawsky, F., & Hwang, S. W. (2013). A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health, 13*(1), 1–9.

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.

Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., Emode, M., Booton, J., Muchenje, M., Cooper, R., Haughton, A., & McKenzie, K. (2021). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health Expectations, 24*(4), 1168–1177.

Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2014). *Le soutien par les pairs-familles à l'urgence: Un partenariat novateur, présentation dans le cadre du XVIIème colloque*. Retrieved from <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/12/colloque-xviiie-a05-atelier.pdf>

Atkinson, S., Ingham, J., Cheshire, M., & Went, S. (2010). Defining quality and quality improvement. *Clinical Medicine*, 10(6), 537–540.

Bachrach, L. L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 1449–1456.

Balfour, M. E., Tanner, K., & Jurica, P. J. (2016). Crisis reliability indicators supporting emergency services (CRISES): A framework for developing performance measures for behavioral health crisis and psychiatric emergency programs. *Community Mental Health Journal*, 52(1), 1–9.

Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross-sectional study of routinely collected, person-level data. *BMJ*, 356, j84.

Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A., & Vigod, S. N. (2020). Urgent Outpatient Care Following Mental Health ED Visits : A Population-Based Study. *Psychiatric Services*, appi.ps.2019004.

Barratt H., Rojas-Garcia A., Clarke K., Moore A., Whittington C., Stockton S., Thomas J., (...), Raine R. (2016). Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 11(4), e0154449.

Baumann, L. C., & Dang, T. T. (2012). Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *Nurse Pract*, 37(7), 32-8, 38-9.

Benjenk, I., & Chen, J. (2018). Effective mental health interventions to reduce hospital readmission rates: a systematic review. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 2.

Bersia, M., Koumantakis, E., Berchiolla, P., Charrier, L., Ricotti, A., Grimaldi, P., ... & Comoretto, R. I. (2022). Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 54.

Bice, T. W., & Boxerman, S. B. (1977). A quantitative measure of continuity of care. *Medical care*, 15(4), 347-349.

Blasi, P. R., Mettert, K. D., Coleman, K., Lewis, C., Wagner, E., Coghill, M. N., ... & Richards, J. E. (2021). Transitioning patients from outpatient mental health services to primary care: A rapid literature review. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211041294.

Bonin, J. P., Fournier, L., & Blais, R. (2009). A typology of mentally disordered users of resources for homeless people: towards better planning of mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 36(4), 223-235.

Borg, B., Douglas, I. S., Hull, M., et al. (2018). Alcohol misuse and outpatient follow-up after hospital discharge: a retrospective cohort study. *Addictive Science & Clinical Practice*, 13(1), 24.

Bost, N., Crilly, J., & Wallen, K. (2015). The impact of a flow strategy for patients who presented to an Australian emergency department with a mental health illness. *International Emergency Nursing*, 23(4), 265-273.

Boudreaux, J. G., Crapanzano, K. A., Jones, G. N., Jeider, T. A., Dodge, V. H., Hebert, M. J., & Kasofsky, J. M. (2016). Using Mental Health Outreach Teams in the Emergency Department to Improve Engagement in Treatment. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 1009-1014.

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.

Breton, R. D., Taira, D. A., Burns, E., O'Leary, J., & Chung, R. S. (2007). Follow-up Services After an Emergency Department Visit for Substance Abuse. *American Journal of Managed Care*, 13(9), 497-505.

Bridge, J. A., Marcus, S. C., & Olfson, M. (2012). Outpatient Care of Young People After Emergency Treatment of Deliberate Self-Harm. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(2), 213-222.e1.

Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2005). Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 269-274.

Brunette, M. F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W. J., Wieder, B. L., Jones, A. M., & McHugo, G. J. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment: A qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 59(9), 989-995.

Burian, R., Franke, M., & Diefenbacher, A. (2016). Crossing the bridge—A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 53-59.

Campbell, S.M., M.O Roland, S.A. Buetow, Defining quality of care. *SocSciMed*,2000.51(11):p.1611P25.

Canadian Standards of Practice for Case Management. (2014). Retrieved from https://ncmn.ca/Resources/Documents/standards_of_practices_english-2014.pdf

Carpenter, R. A., Falkenburg, J., White, T. P., & Tracy, D. K. (2013). Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. *The Psychiatrist*, 37(7), 232-237.

Center for Addiction and Mental Health (CAMH). (2023). La crise est réelle. Repéré à : <https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/la-crise-est-reelle#:~:text=Tout%20compte%20fait%2C%20le%20fardeau,vie%20li%C3%A9e%20%C3%A0%20la%20sant%C3%A9>.

Chaiyachati, K. H., Gordon, K., Long, T., Levin, W., Khan, A., Meyer, E., Justice, A., & Brienza, R. (2014). Continuity in a VA Patient-Centered Medical Home Reduces Emergency Department Visits. *PLoS ONE*, 9(5), e96356.

Champagne, F., Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2018). L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec. Portrait de la situation. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Retrieved from https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=184199

Chao, J. (1988). Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Family medicine*, 20(5), 333-337.

Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8, 1-20.

Cheung, M. W. L. (2015). metaSEM: An R package for meta-analysis using structural equation modeling. *Frontiers in psychology*, 5, 1521.

Chiu, Y. M., Vanasse, A., Courteau, J., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Dubuc, N., ... & Hudon, C. (2020). Persistent frequent emergency department users with chronic conditions: a population-based cohort study. *PloS one*, 15(2), e0229022.

Clair, M. (2001). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les Solutions émergentes. Rapport et recommandations. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Clément, M., & Aubé, D. (2002). La continuité des soins: une solution? Perspective des personnes avec comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 180–197.

Collom, J., Patterson, E., Lawrence, G., & Tracy, D. K. (2019). The unheard voice: a qualitative exploration of companions' experiences of liaison psychiatry and mental health crises in the emergency department. *BJPsych Bulletin*, 43(5), 204-209.

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

Commission de la santé mentale du Canada. (2023). Accès à des soins de santé mentale de qualité. Repéré à : <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/acces-a-des-soins-de-sante-mentale-de-qualite/>

Commission de la santé mentale du Canada. (2023). Ce que nous faisons : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Repéré à : <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/strategie-en-matiere-de-sante-mentale-pour-le->

canada/?_gl=1*1fh3cwj*_ga*NTA4MDI4NjAzLjE2OTAyMDc2MTI.*_ga_0X7SS473K6*MTY5MDIwNzYxMS4xLjAuMTY5MDIwNzYxMS42MC4wLjA.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Gaétan Morin Editions. Chenelière Education.

Corscadden, L., Levesque, J. F., Lewis, V., Strumpf, E., Breton, M., & Russell, G. (2018). Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-10.

Crawford, M. J., De Jonge, E., & Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness. A narrative review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 265-72.

Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2(1), 7-12.

Croake, S., Brown, J. D., Miller, D., Darter, N., Patel, M. M., Liu, J., & Scholle, S. H. (2017). Follow-Up Care After Emergency Department Visits for Mental and Substance Use Disorders Among Medicaid Beneficiaries. *Psychiatric Services*, 68(6), 566-572.

Dezetter, A., Duhoux, A., Menear, M., Roberge, P., Chartrand, E., & Fournier, L. (2015). Reasons and determinants for perceiving unmet needs for mental health in primary care in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 284-293.

Di Somma, S., Paladino, L., & Vaughan, L. (2015). Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*, 10, 171–175.

Diggle, P. J. (2013). *Statistical analysis of spatial and spatio-temporal point patterns*. CRC Press.

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration - Specifying requirements for health care*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.

Doran Vohra, N., Paudyal, V., & Price, M. J. (2022). Homelessness and the use of Emergency Department as a source of healthcare: a systematic review. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1-22.

Doran, K. M., Kunzler, N. M., Mijanovich, T., Lang, S. W., Rubin, A., Testa, P. A., & Shelley, D. (2016). Homelessness and other social determinants of health among emergency department patients. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 25(2), 71-77.

Dreiherr, J., Comaneshter, D. S., Rosenbluth, Y., Vinker, S., & Dubnov-Raz, G. (2012). The association between continuity of care in the community and health outcomes: A population-based study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1, 21.

Drew, N., & Funk, M. (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organization.

Druss, B. G., Rask, K., & Katon, W. J. (2008). Major depression, depression treatment and quality of primary medical care. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 20-25.

Duhoux, A., Fournier, L., & Menear, M. (2011). Quality indicators for depression treatment in primary care: A systematic literature review. *Current Psychiatry Reviews*, 7(2), 104-137.

Duhoux, A., Fournier, L., Gauvin, L., & Roberge, P. (2012). Quality of care for major depression and its determinants: A multilevel analysis. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-15.

Durbin, J., Goering, P., Streiner, D. L., & Pink, G. (2004). Continuity of care: Validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(3), 279-296.

Eales, S., Callaghan, P., & Johnson, B. (2006). Service users and other stakeholders' evaluation of a liaison mental health service in an accident and emergency department and a general hospital setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 70-77.

England, M. J., Butler, A. S., Gonzalez, M. L., Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders, Board on Health Sciences Policy, & Institute

of Medicine. (2015). Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards. National Academies Press (US).

Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Canejo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712.

Fischer, E. H., Dornelas, E. A., & Goethe, J. W. (2001). Characteristics of people lost to attrition in psychiatric follow-up studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(1), 49-55.

Fletcher, T. L., Johnson, A. L., Kim, B., Yusuf, Z., Benzer, J., & Santé, T. (2019). Provider perspectives on a clinical demonstration project to transition patients with stable mental health conditions to primary care. *Translational Behavioral Medicine*, 11(1), 161–171.

Fleury, M. J. (2014). La réforme des soins primaires de santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 25-45.

Fleury, M. J., Grenier, G., & Bamvita, J. M. (2015). Predictive typology of subjective quality of life among participants with severe mental disorders after a five-year follow-up: a longitudinal two-step cluster analysis. *Health & Quality of Life Outcomes*, 13, 150.

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & Tremblay, J. (2013). Typology of persons with severe mental disorders. *BMC psychiatry*, 13, 137.

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Perreault, M., & Caron, J. (2011). Typology of adults diagnosed with mental disorders based on socio-demographics and clinical and service use characteristics. *BMC psychiatry*, 11, 67.

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), 1-18.

Fleury, M. J., Imboua, A., Aubé, D., & Farand, L. (2012). Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Mental health in family medicine*, 9(2), 77.

Fleury, M. J., Imboua, A., Aubé, D., Farand, L., & Lambert, Y. (2012). General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC family practice*, 13(1), 1-12.

Fleury, M. J., Rochette, L., Fortin, M., Lesage, A., Vasiliadis, H. M., Huynh, C., Grenier, G., & Pelletier, E. (2019). Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des TM. Québec: Institut national de santé publique.

Fleury, M.J, Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, E., & Vasiliadis, H. M. (2019). Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization. *BMC Emergency Medicine*,19(1), 8.

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA, pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44.

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

Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H. M., & Fleury, M. J. (2022). Predictors of Length of Hospitalization and Impact on Early Readmission for Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15127.

Gouvernement du Québec. (2022). S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221.

Hamilton-West K, Hotham S, Yang W, Hedayioglu J, Brigden C. (2017). Evaluation of a pilot service to facilitate discharge of patients with stable long-term mental health needs from secondary to primary care: The role of primary care mental health specialists. *Primary Health Care Research & Development*, 18(4), 344–353.

Hansen, A., Hauge, S., & Bergland, Å. (2017). Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services—a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC geriatrics*, 17, 1-10.

Harris MG, Hobbs MJ, Burgess PM, Chisholm K, Baillie A, Pirkis J, & Whiteford, H. (2015). Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults. *Med J Aust*, 202(4), 185-189.

Henderson, S. C., Owino, H., Thomas, K. C., Cyr, J. M., Ansari, S., Glickman, S. W., & Dusetzina, S. B. (2020). Post-discharge Health Services Use for Patients with Serious Mental Illness Treated at an Emergency Department Versus a Dedicated Community Mental Health Center. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(3), 443-450.

Hepner, K. A., Rowe, M., Rost, K., Hickey, S. C., Sherbourne, C. D., & Ford, D. E. (2007). The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 147(5), 320P9.

Heyland, M., & Johnson, M. (2017). Evaluating an alternative to the emergency department for adults in mental health crisis. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 557-561.

Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., Maj, M., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675–712.

Hopkins, J., Cullum, S., & Sundram, F. (2020). The state of play – the first national survey of consultation-liaison psychiatry services in New Zealand. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 1039856220908174.

Houle, J., Beaulieu, M. D., Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Lambert, J. (2010). Inequities in medical follow-up for depression: A population-based study in Montreal. *Psychiatric Services*, 61(3), 258-263.

House, A., Guthrie, E., Walker, A., Hewson, J., Trigwell, P., Brennan, C., ... & Hulme, C. (2018). A programme theory for liaison mental health services in England. *BMC Health Services Research*, 18(1), 742.

Huang, J. A., Tsai, W. C., Chen, Y. C., Hu, W. H., & Yang, D. Y. (2003). Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *Journal-Formosan Medical Association*, 102(4), 222-228. Huang, L., Stroul, B., Friedman, R., Mrazek, P., Friesen, B., Pires, S., & Mayberg, S. (2005). Transforming mental health care for children and their families. *American Psychologist*, 60(6), 615-627.

Hudon, C., Chouinard, M. C., Aubrey-Bassler, K., Muhajarine, N., Burge, F., Bush, P. L., ... & Pluye, P. (2020). Case management in primary care for frequent users of health care services: A realist synthesis. *The Annals of Family Medicine*, 18(3), 218-226.

Hudon, C., Chouinard, M. C., Diadiou, F., Bouliane, D., Lambert, M., & Hudon, É. (2016). The Chronic Disease Self-Management Program: the experience of frequent users of health care services and peer leaders. *Family Practice*, 33(2), 167-171.

Hudon, C., Chouinard, M. C., Lambert, M., Dufour, I., & Krieg, C. (2016). Effectiveness of case management innovations for frequent users of healthcare services: A scoping review. *BMJ Open*, 6(9), e012353.

Hudon, C., Chouinard, M. C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., ... & Légaré, F. (2019). Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: A systematic review. *The Annals of Family Medicine*, 17(5), 448-458.

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.

Hunter, J., Maunder, R., Kurdyak, P., Wilton, A. S., Gruneir, A., & Vigod, S. (2018). Mental health follow-up after deliberate self-harm and risk for repeat self-harm and death. *Psychiatry Research*, 259, 333-339.

Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, E., Jutras-Aswad, D., Fleury, M. J., Kisely, S., & Lesage, A. (2019). Portrait des troubles liés aux substances psychoactives: TM concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale [Portrait of psychoactive substance-related disorders: comorbid TM and use of mental health services]. INSPQ. Type de publication: Rapport de surveillance. ISBN (électronique): 978-2-550-86525-4.

Huynh, C., Tremblay, J., & Fleury, M. J. (2016). Typologies of individuals attending an addiction rehabilitation center based on diagnosis of mental disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 71, 68-78.

Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2022). Continuum de soins: Indicateurs [Continuum of care: Indicators]. Retrieved from <https://www.cihi.ca/fr/sujets/continuum-de-soins/indicateurs>

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2012). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Institut de la statistique du Québec, mai 2010, figure 22 [Study on the mental health and well-being of Quebec adults: a synthesis to support action – Canadian Community Health Survey (Cycle 1.2), Institut de la statistique du Québec, May 2010, Figure 22].

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2015). Portrait statistique de la santé mentale des québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012; Portrait chiffré [Statistical portrait of mental health of Quebecers. Results from the Canadian Community Health Survey. Mental health 2012; Statistical portrait]. Québec: Gouvernement du Québec.

Institut National de Santé Publique (INSPQ). (2020). L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois. Institut

national de santé publique du Québec. Québec. 11. Repéré à :
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2645_effet_multimorbidite_troubles_mentaux_urgence.pdf

Institut National de Santé Publique. (2007). Rapport de recherche sur l'amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale [Research report on the continuous improvement of quality measurement in first-line mental health care and services]. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/623-etudepancanadiennesantementale.pdf>

Institut National de Santé Publique. (2012). Faire face à la dépression au Québec, protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne [Facing depression in Quebec, care protocol for first-line providers]. Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf

Institut National de Santé Publique. (2021). Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels [Narrative reviews: scientific foundations to support the establishment of institutional benchmarks]. Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf

Jaworsky, D., Gadermann, A., Duhoux, A., Naismith, T. E., Norena, M., To, M. J., ... & Palepu, A. (2016). Residential stability reduces unmet health care needs and emergency department utilization among a cohort of homeless and vulnerably housed persons in Canada. *Journal of Urban Health*, 93, 666-681.

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review*, 64(2), 296-308.

Joyce, A. S., Adair, C. E., Wild, T. C., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N. & Pasanté mentaleeny, G. (2010). Continuity of care: validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 192-208.

Kahan, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Hwang, S. W., Wasylenki, D. A., Kurdyak, P., ..., 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(1), 1-9.

Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., ... & Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 11.

Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., & Yamada, M. (2014). Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 163, 33-39.

Kazdin, A. E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery: Leveraging cutting-edge science to improve the world's mental health*. Oxford University Press.

Kennedy, S. H., & Lam, R. W. (Eds.). (2001). *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(Suppl. 1), 1S-92S.

Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective. *World Psychiatry*, 17(1), 30-38.

Kilbourne, A. M., Keyser, D., & Pincus, H. A. (2010). Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *The Canadian journal of psychiatry*, 55(9), 549-557.

Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H., & Mewes, R. (2013). The distinction between "medically unexplained" and "medically explained" in the context of somatoform disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 161-171.

Klinkenberg, W. D. (1999). Predictors of receiving aftercare 1, 3, and 18 months after a psychiatric emergency room visit. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137-146.

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.

Kumar, G. S., & Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(3), 717-729.

Kurdyak, P., Gandhi, S., Holder, L., Rashid, M., Saunders, N., Chiu, M., ... & Vigod, S. (2021). Incidence of access to ambulatory mental health care prior to a psychiatric emergency department visit among adults in Ontario, 2010-2018. *JAMA network open*, 4(4), e215902-e215902.

Kutzelnigg, A., Kopeinig, M., Chen, C. K., et al. (2014). Compliance as a stable function in the treatment course of bipolar disorder in patients stabilized on olanzapine: results from a 24-month observational study. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2(1), 13.

Lamont, A., Ukoumunne, O. C., Tyrer, P., Thornicroft, G., Patel, R., & Slaughter, J. (2000). The geographical mobility of severely mentally ill residents in London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(4), 164-169.

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 1-9.

Liddy, C., Moroz, I., Mihan, A., Nawar, N., & Keely, E. (2019). A systematic review of asynchronous, provider-to-provider, electronic consultation services to improve access to specialty care available worldwide. *Telemedicine and e-Health*, 25(3), 184-198.

Loranger, C., Bamvita, J. M., & Fleury, M. J. (2020). Typology of patients with mental health disorders and perceived continuity of care. *Journal of Mental Health, 29*(3), 296-305.

Lynch, S., Witt, W., Ali, M. M., Teich, J. L., Mutter, R., Gibbons, B., & Walsh, C. (2018). Care coordination in emergency departments for children and adolescents with behavioral health conditions: Assessing the degree of regular follow-up after psychiatric emergency department visits. *Pediatric Emergency Care.*

Maier, W., Gänsicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 29-36.

Marcus, S. C., Chuang, C. C., Ng-Mak, D. S., & Olfson, M. (2017). Outpatient follow-up care and risk of hospital readmission in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatric Services, 68*(12), 1239-1246.

McCullumsmith, C., Clark, B., Blair, C., Cropsey, K., & Shelton, R. (2015). Rapid follow-up for patients after psychiatric crisis. *Community Mental Health Journal, 51*(2), 139-144.

Meadows, G. N., Harvey, C. A., Joubert, L., Barton, D., & Bedi D Psych, G. (2007). Best practices: the consultation-liaison in primary-care psychiatry program: a structured approach to long-term collaboration. *Psychiatric Services, 58*(8), 1036-1038.

Mee-Lee, D., & Shulman, G. D. (2003). The ASAM placement criteria and matching patients to treatment. In A. W. Graham, T. K. Schultz, M. F. Mayo-Santana, R. K. Ries, & B. B. Wilford (Eds.), *Principles of Addiction Medicine, Third Edition* (pp. 453-465). American Society of Addiction Medicine.

Menear, M., Dore, I., Cloutier, A. M., Perrier, L., Roberge, P., Duhoux, A., ... & Fournier, L. (2015). Chronic physical comorbidity burden and the quality of depression treatment in primary care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(4), 314-323.

Menear, M., Girard, A., Dugas, M., Gervais, M., Gilbert, M., & Gagnon, M. P. (2022). Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *PLOS One*, 17(6), e0268649.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2015). Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2021). Évaluation des soins et des services en santé mentale. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux.

Mitchell, S. M., Casey, L. K. L., Thomas, H. B., Byrne, W. C., Lin, W. C., & Bharel, M. (2017). Cost of health care utilization among homeless frequent emergency department users. *Psychiatric Services*, 68(2), 193-202.

Moe, J., Kirkland, S. W., Rawe, E., Ospina, M. B., Vandermeer, B., Campbell, S., Rowe, B. H. (2017). Effectiveness of innovations to decrease emergency department visits by adult frequent users: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 24(1), 40-52.

Mukherjee, D., & Saxon, V. (2019). "Psychological Boarding" and Community-Based Behavioral Health Crisis Stabilization. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 375-384.

National Commission for Certifying Agencies. (2023). HEDIS Measures and Technical Resources. Retrieved from <https://www.ncqa.org/hedis/measures/>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2010). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), Ed.). Leicester (UK): British Psychological Society.

Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 171-182.

Nguyen, T., Seiler, N., Brown, E., & O'Donoghue, B. (2020). The effect of Clinical Practice Guidelines on prescribing practice in mental health: A systematic review. *Psychiatry Research*, 284, 112671.

Nolte, E. (2010). *International benchmarking of healthcare quality. A review of the literature.* RAND and London School of Hygiene and Tropical Medicine: United Kingdom.

Noorain, S., Paola Scaparra, M., & Kotiadis, K. (2023). Mind the gap: a review of optimisation in mental healthcare service delivery. *Health Systems*, 12(2), 133-166.

Noseworthy, A. M., Sevigny, E., Laizner, A. M., Houle, C., La Riccia, P. (2014). Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 263–271.

Olfson, M., Marcus, S. C., Bridge, J. A. (2012). Emergency Treatment of Deliberate Self-harm. *Archives of General Psychiatry*, 69(1), 80.

Olsson, S., Hensing, G., Burström, B., & Löve, J. (2021). Unmet need for mental healthcare in a population sample in Sweden: a cross-sectional study of inequalities based on gender, education, and country of birth. *Community mental health journal*, 57(3), 470-481.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). (2022). Indicateurs de la qualité des soins de santé. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI&lang=fr

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Mental Health ATLAS 2020.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Panjwani, S., Porto, A., Motz, R., Morris, M., Grzejszczak, L., Dimartino, A., & Ashley, K. (2023). Participation in Project ECHO to advance rural primary care providers' ability to address patient mental health needs. *Medical Education Online*, 28(1), 2164470.

Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., Webber, M., Meader, N. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: A rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technology Assessment*, 20(3), 1-162.

Pauselli, L., Verdolini, N., Bernardini, F., Compton, M. T., & Quartesan, R. (2017). Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 129-140.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.

Pfeiffer, P. N., Ganoczy, D., Zivin, K., McCarthy, J. F., Valenstein, M., & Blow, F. C. (2012). Outpatient follow-up after psychiatric hospitalization for depression and later readmission and treatment adequacy. *Psychiatric Services*, 63(12), 1239-1242.

Pilar, M., Jost, E., Walsh-Bailey, C., Powell, B. J., Mazzucca, S., Eyler, A., ... & Brownson, R. C. (2022). Quantitative measures used in empirical evaluations of mental health policy implementation: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 3, 26334895221141116.

Pincus, H. A., Spaeth-Rublee, B., & Watkins, K. E. (2011). The case for measuring quality in mental health and substance abuse care. *Health Affairs*, 30(4), 730-736.

Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Al Shabanah, H., Anderson, P. D., ... & Schull, M. J. (2011). International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358-1370.

Pourat, N., Chen, X., Wu, S. H., et al. (2019). Timely Outpatient Follow-up Is Associated with Fewer Hospital Readmissions among Patients with Behavioral Health Conditions. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(3), 353–361.

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Santé mentaleith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies:

Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science: IS*, 10, 21.

Provencher 1, H., & Keyes 2, C. L. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, (7), 579-589.

Raven, M. C., Kushel, M., Ko, M. J., Penko, J., & Bindman, A. B. (2016). The effectiveness of emergency department visit reduction programs: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 68(4), 467-483.

Rens, E., Dom, G., Remmen, R., Michielsen, J., & Van den Broeck, K. (2020). Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-10.

Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Baertschi, M., DiGiorgio, S., Sarasin, F., & Canuto, A. (2015). Predictors of recurrent use of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 66(5), 521–526.

Roberge, P., Normand-Lauziere, F., Raymond, I., Luc, M., Tanguay-Bernard, M. M., Duhoux, A., (...), Fournier, L. (2015). Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Family Practice*, 16, 146.

Rodriguez, H. P., Marshall, R. E., Rogers, W. H., et al. (2008). Primary care physician visit continuity: a comparison of patient-reported and administratively derived measures. *J Gen Intern Med*, 23, 1499-1502.

Röhricht, F., Waddon, G. K., Binfield, P., England, R., Fradgley, R., Hertel, L., James, P., Littlejohns, J., Maher, D., & Oppong, M. (2017). Implementation of a novel primary care pathway for patients with severe and enduring mental illness. *BJPsych Bulletin*, 41(6), 314–319.

Roncero, C., Rodriguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Quiroga, J. A., & Casas, M. (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(2), 63-9.

Roy, M., Dagenais, P., Pinsonneault, L., & Déry, V. (2019). Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): A systematic and multisource literature review. *Int J Health Plann Manage*, 34(1), e111-e130.

Roy-Byrne, P., Veitengruber, J. P., Bystritsky, A., Edlund, M. J., Sullivan, G., Craske, M. G., ... & Stein, M. B. (2009). Brief intervention for anxiety in primary care patients. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(2), 175-186.

Saxon, V. (2018). Behavioral Health Crisis Stabilization Centers: A New Normal. *Journal of Mental Health and Clinical Psychology*, 2(3), 23-26.

Scanlan, J. N., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*, 17.

Schmidt, M. (2018). Frequent visitors at the psychiatric emergency room - A literature review. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 11-32.

Schmutte, T., Olfson, M., Xie, M., & Marcus, S. C. (2019). Deliberate self-harm in older adults : A national analysis of US emergency department visits and follow-up care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(7), 1058-1069.

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268.

Schotanus-Dijkstra, M., Keyes, C. L., de Graaf, R., & Ten Have, M. (2019). Recovery from mood and anxiety disorders: The influence of positive mental health. *Journal of affective disorders*, 252, 107-113.

Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, 2014. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*. 14.

Smetanin, P., Briante, C., Khan, M., Stiff, D., & Ahmad, S. (2015). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada.

Solberg, L. I. (2006). Effect of Improved Primary Care Access on Quality of Depression Care. *The Annals of Family Medicine*, 4(1), 69-74.

Soril, L. 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.

Soril, L. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2016). Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: a systematic review of international healthcare systems. *Health policy*, 120(5), 452-461.

Sorup, C., Jacobsen, P. & Forberg, J. (2013). Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures, 21(1), 62.

Stake, R. E. (2013). *Multiple case study analysis*. Guilford press.

Statistique Canada. (2012). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC – SM). Repéré à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/130918/dq130918a-fra.htm>

Statistique Canada. (2018). Feuillet d'information de la santé No 82-625-X au catalogue ISSN 1920-8774 Besoins en soins de santé mentale.

Steinwachs, D. M. (1979). Measuring provider continuity in ambulatory care: an assessment of alternative approaches. *Medical care*, 551-565.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.

Tedja, A. M., Shanmugam, M. S., Stathis, S., & Middeldorp, C. M. (2023). Short research article: COVID-19 and its impact on child and youth mental health service demand in the community and emergency department. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(1), 167-171.

Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2018). Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with currently untreated mental health problems via latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(8), 773-783.

Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>

Tyler, N., Wright, N., & Waring, J. (2019). Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: Systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-24.

Vérificateur général. (2023). Chapitre 4 : Santé mentale: efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves. Repéré à : https://www.vgg.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgg_ch4_mai2023_web_vf.pdf

Van den Heede, K., & Van de Voorde, C. (2016). Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of reviews. *Health Policy*, 120(12), 1337-1349.

Wagner, E. H., et al. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)*, 20(6), 64P-78.

Walker, E. R., & Druss, B. G. (2017). Cumulative burden of comorbid mental disorders, substance use disorders, chronic medical conditions, and poverty on health among adults in the USA. *Psychology, Health & Medicine*, 22(6), 727-735.

Wang, P. S., Demler, O., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2006). Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1187-1198.

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States : Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629.

Weiss, A. J., Barrett, M. L., Heslin, K. C., & Stocks, C. (2016). Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006–2013. *Statistical Brief 216*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric services*, 56(10), 1282-1287.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). sage.

Zeman, L., & Arfken, C. L. (2006). Decreasing unnecessary care in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 57(1), 137-138.

Zhdanova, M., Voelker, J., Pilon, D., et al. (2021). Cluster analysis of care pathways in adults with major depressive disorder with acute suicidal ideation or behavior in the USA. *Pharmacoeconomics*, 39(6), 707-720.

Annexes

Annexe 1. Données Commission d'accès à l'information



Commission
d'accès à l'information
du Québec

Commission d'accès à l'information du Québec

Dossier : 1014104-S
Date : Le 24 octobre 2017
Membre : M^e Cynthia Chassigneux

MARIE-JOSÉE FLEURY
Institut universitaire en santé mentale
Douglas
Demanderesse

**RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX**

Organismes

AUTORISATION

OBJET

AUTORISATION à recevoir communication de renseignements personnels en vertu de l'article 125 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*¹.

RECHERCHE intitulée « Impact des réformes dans l'utilisation de l'urgence par les patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et les troubles concomitants et l'étude de leurs profils évolutifs » (la Recherche).

¹ RLRQ, c. A-2.1, la Loi sur l'accès.

La Commission d'accès à l'information (la Commission) est saisie d'une demande d'autorisation conformément à l'article 125 de la Loi sur l'accès qui prévoit qu'elle peut accorder à une personne ou à un organisme l'autorisation de recevoir à des fins d'étude, de recherche ou de statistique, communication de renseignements personnels, sans le consentement des personnes concernées.

En vertu de l'article 67 al. 9 de la *Loi sur l'assurance maladie*², toute personne qui souhaite recevoir de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) des renseignements obtenus pour l'exécution de cette loi, afin de les utiliser à des fins de recherche dans le domaine de la santé, doit d'abord obtenir l'autorisation de la Commission.

Le 15 juillet 2016, M^{me} Marie-Josée Fleury (la demanderesse), chercheuse à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), soumet une demande à la Commission dans le cadre de la Recherche.

La Recherche vise à atteindre les objectifs suivants :

1. Documenter l'importance des visites reliées à des troubles mentaux (TM), incluant les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TSPA) et les troubles concomitants, au Québec, et leur contribution à l'engorgement des urgences, selon les lieux;
2. Cerner les « patterns » d'utilisation de services de ces clientèles (par exemple les soins primaires et spécialisés) qui ont recours aux urgences et les déterminants de cette utilisation, incluant les disparités spatiales;
3. Élaborer une typologie de ces utilisateurs des urgences;
4. Examiner l'impact des transformations.

La population étudiée est constituée d'environ 12 000 individus correspondant aux critères d'inclusion suivants :

- a) Être couvert par la RAMQ;
- b) Être âgé de 12 ans et plus;
- c) Résider au Québec;
- d) Avoir visité l'urgence d'un des établissements suivants entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2016 :
 - Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-Montréal

² RLRQ, c. A-29.

- Hôpital du Sacré-Cœur du CISSS Nord-de-l'Île-de-Montréal
 - Centre hospitalier Pierre-Boucher du CISSS Montérégie-Est
 - Centre hospitalier de l'Université Laval du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- e) Avoir reçu un diagnostic de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TM ou TSPA) lors d'une visite à l'urgence durant la période index. (la Cohorte)

Les renseignements personnels nécessaires à l'étude sont détenus par la RAMQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

AUTORISATION

Considérant que l'analyse de la présente demande, dans le contexte particulier de l'article 67 al. 9 de la *Loi sur l'assurance maladie*, démontre que les conditions de l'article 125 de la Loi sur l'accès sont rencontrées, la Commission autorise la demanderesse à recevoir de la RAMQ et du MSSS, par l'entremise de la RAMQ³, communication des renseignements personnels énumérés à l'annexe 1 :

- pour la Cohorte dans le cadre de la Recherche;
- pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2017.
- La demanderesse communiquera à la RAMQ un fichier contenant les renseignements des individus faisant partie de la Cohorte afin que l'organisme puisse les repérer dans ses fichiers. Les renseignements contenus dans le fichier communiqué par la demanderesse ont été obtenus avec l'autorisation des Directeurs des services professionnels des quatre centres hospitaliers participant à la Recherche et, il contient les renseignements suivants : numéro d'identifiant unique à la recherche, numéro d'assurance maladie (NAM), nom de famille, prénom, date de naissance, sexe et date index⁴ des individus faisant partie de la Cohorte. La demanderesse attribuera un numéro de cohorte (1 à 4) pour chacun des centres hospitaliers participant à la Recherche.

³ La RAMQ est dépositaire de certains renseignements du MSSS, selon l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie*, RLRQ, c. R-5, et l'*Entente-cadre sur le dépôt de renseignements en matière de santé et de services sociaux* conclue en mars 2012 entre le MSSS et la RAMQ.

⁴ La date index est la première consultation à l'urgence d'un usager entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016.

CONDITIONS D'AUTORISATION

- [1] La confidentialité des renseignements communiqués à la demanderesse en vertu de la présente autorisation doit être assurée en tout temps, et ce, peu importe leur support, et quelle que soit la forme sous laquelle ils sont détenus (écrite, informatisée ou autre);
- [2] Des mesures de sécurité adéquates doivent être maintenues en tout temps afin de protéger les renseignements personnels;
- [3] La demanderesse doit informer la Commission de tout changement du lieu d'entreposage de ces renseignements et de tout événement susceptible d'en compromettre la sécurité ou la confidentialité (ex. : perte, vol, piratage, ordonnance d'un tribunal, assignation pour produire des documents);
- [4] Seuls la demanderesse et les membres de son équipe de recherche peuvent avoir accès à ces renseignements. La demanderesse doit conserver une liste contenant les nom, prénom, titre, fonction, adresse et numéro de téléphone au travail de ces personnes;
- [5] Un engagement à la confidentialité, à durée indéterminée, doit être signé par tout membre de l'équipe de recherche ayant accès à ces renseignements qui n'est pas signataire du formulaire de demande d'autorisation. Ces engagements doivent être conservés par la demanderesse;
- [6] Les renseignements communiqués à la demanderesse en vertu de la présente autorisation doivent être utilisés aux seules fins de la Recherche, telle que décrite par la demanderesse au soutien de la présente demande;
- [7] En tout temps ces renseignements doivent être conservés séparément de tout autre fichier de renseignements, notamment de fichiers reçus par la demanderesse dans le cadre d'autres études ou d'autres phases de la présente Recherche;
- [8] La présente autorisation ne vaut que pour la demanderesse. Elle ne peut la transférer à une autre personne sans l'autorisation préalable de la Commission;

- [9] Il est interdit de publier ou autrement diffuser un renseignement autorisé qui permettrait d'identifier une personne physique;
- [10] La demanderesse doit informer la Commission de la date de publication des résultats de la Recherche et doit rendre disponibles sur demande la ou les publications;
- [11] Tous les renseignements communiqués à la demanderesse en vertu de la présente autorisation par la Commission dans le cadre de la Recherche doivent être détruits de manière sécuritaire au plus tard le **1^{er} janvier 2022**. Le demandeur doit aviser la Commission, par écrit⁵, de cette destruction.

La Commission rappelle que la décision de communiquer les renseignements personnels visés par la présente autorisation relève de la compétence de la RAMQ et du MSSS qui bénéficient d'une discrétion pour accepter ou non de les communiquer à la demanderesse.

Cette autorisation est accordée pour la période et aux conditions fixées par la Commission. Elle peut être révoquée, avant l'expiration de la période pour laquelle elle est accordée, si la Commission a des raisons de croire que la demanderesse ne respecte pas le caractère confidentiel des renseignements qui lui ont été communiqués ou les conditions énumérées.

ANNEXE 1

Renseignements que la demanderesse est autorisée à recevoir au sujet de la population visée par la Recherche pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2017.

RAMQ

Nom du fichier : Fichier d'inscription des personnes assurées	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	01- Numéro banalisé de l'individu
2	04- Région sociosanitaire de la personne assurée à chaque année
3	05- Territoire CLSC de la personne assurée à chaque année
4	06- Code postal à 3 positions de la personne assurée à chaque année
5	07- Date index (AAAA-MM-JJ)
6	08- Année et mois du décès de la personne assurée

Nom du fichier : Fichier périodes d'admissibilité au régime public d'assurance médicaments du Québec	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	1- Numéro banalisé de l'individu
2	2- Code programme médicament
3	3- Code de plan

4	4- Date de début de l'admissibilité (AAAA-MM)
5	5- Date de fin de l'admissibilité (AAAA-MM)

Nom du fichier : Fichier résultat d'appariement	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	1- Numéro identifiant créé pour la recherche
2	2- Indicateur d'appariement
3	3- Numéro banalisé de l'individu
4	4- Numéro de cohorte

Nom du fichier : Fichier services médicaux rémunérés à l'acte	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	01- Numéro banalisé de l'individu
2	02- Classe du professionnel
3	03- Numéro banalisé du professionnel
4	04- Spécialité du professionnel
5	05- Code d'entente de facturation de la demande de paiement
6	06- Code de groupe d'actes

7	07- Code d'acte
8	08- Rôle dans l'exécution de l'acte
9	09- Date du service (AAAA-MM-JJ)
10	10- Code de diagnostic
11	11- Type d'établissement
12	12- Numéro banalisé de l'établissement
13	13- Code de localité du lieu de dispensation banalisé
14	14- Région sociosanitaire du lieu de dispensation
15	21- Classe du professionnel référent
16	22- Numéro banalisé du professionnel référent
17	23- Spécialité du professionnel référent

Nom du fichier : Fichier services pharmaceutiques	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	01- Numéro banalisé de l'individu
2	02- Code programme médicament
3	03- Code de plan
4	05- Date du service (AAAA-MM-JJ)

5	06- Code DIN
6	07- Classe AHFS
7	08- Code de dénomination commune
8	09- Code de forme
9	10- Code de teneur
10	11- Code de nature d'expression d'ordonnance
11	12- Code de sélection médicament
12	13- Durée du traitement
13	14- Quantité du médicament
14	24- Classe du prescripteur
15	25- Numéro banalisé du prescripteur
16	26- Spécialité du prescripteur

Nom du fichier : Fichier indice de défavorisation des personnes assurées (pour chaque année)	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	01- Numéro banalisé de l'individu
2	02- Code postal à 3 positions de la personne assurée
3	03- Quintile des composantes matérielle (Quintmat)
4	04- Quintile des composantes sociale (Quinsoc)

5	05- Centile des composantes matérielle (Centmat)
6	06- Centile des composantes sociale (Centsoc)
7	07- Base
8	08- Groupe

MSSS

Nom du fichier : Med Écho-Diagnostics	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	1- Numéro séquentiel banalisé du séjour hospitalier
2	2- Numéro banalisé de l'individu
3	3- Type de diagnostic
4	4- Numéro séquentiel du diagnostic
5	5- Numéro séquentiel du système de classification
6	6- Code de diagnostic médical clinique
7	7- Code de caractéristique du diagnostic

Nom du fichier : Med Écho-Interventions	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	01- Numéro séquentiel banalisé du séjour hospitalier
2	02- Numéro banalisé de l'individu
3	03- Numéro de l'intervention
4	04- Date de l'intervention (AAAA-MM-JJ)
5	06- Numéro séquentiel du système de classification

6	07- Code d'intervention santé
7	08- Code de l'attribut de situation d'intervention
8	09- Code de l'attribut du lieu d'intervention
9	10- Code de l'attribut d'étendue de l'intervention

Nom du fichier : Med Écho-Services	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	1- Numéro séquentiel banalisé du séjour hospitalier
2	2- Numéro banalisé de l'individu
3	3- Numéro de séjour du service hospitalier
4	4- Code de service
5	6- Classe du dispensateur lors du service
6	7- Code de spécialité du dispensateur lors du service
7	8- Nombre de jours dans le service

Nom du fichier : Med Écho-Soins intensifs	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	1- Numéro séquentiel banalisé du séjour hospitalier
2	2- Numéro banalisé de l'individu
3	3- Numéro de séjour aux soins intensifs
4	4- Code de l'unité de soins intensifs
5	5- Nombre de jours aux soins intensifs

Nom du fichier : Med Écho-Séjours hospitaliers	
No séq.	Les renseignements autorisés
1	01- Numéro séquentiel banalisé du séjour hospitalier
2	02- Numéro banalisé de l'individu
3	03- Numéro banalisé de l'établissement (RAMQ et/ou MSSS)
4	04- Région sociosanitaire de l'établissement
5	05- Date d'admission (AAAA-MM-JJ)
6	06- Date de départ (AAAA-MM-JJ)
7	07- Type de soins
8	11- Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)

9	13- Numéro séquentiel du système de classification
10	14- Code diagnostique de la cause de l'accident
11	15- Code diagnostique du lieu de l'accident
12	16- Numéro banalisé de l'établissement MSSS de provenance
13	17- Type de lieu de provenance
14	18- Date d'arrivée à l'urgence (AAAA-MM-JJ)
15	19- Nombre de jours d'absence
16	20- Nombre de jours séjour hospitalier
17	21- Numéro banalisé de l'établissement MSSS de destination
18	22- Type de lieu de destination
19	24- Type de décès

MSSS

Nom du fichier : I-CLSC

1. Numéro banalisé de l'individu
2. Origine ethnique
3. Code de niveau de scolarité de l'utilisateur
4. Langue
5. Occupation
6. Langue d'intervention
7. État civil
8. Profil de l'utilisateur-individu
9. Type de dépendances, troubles mentaux ou physiques
10. Revenu familial de l'utilisateur (tranche de revenu)
11. Revenu personnel (tranche de revenu)
12. Médecin de famille banalisé
13. Numéro banalisé de l'établissement MSSS
14. Date d'ouverture de dossier usager (AAAA-MM-JJ)
15. Date de réception de la demande de services (AAAA-MM-JJ; HH-MM)
16. Référé par
17. Numéro de la demande de service
18. Objet de la demande de services
19. Centre d'activité de la demande de services
20. Décision de la demande de services
21. Date de la décision de la demande de service (AAAA-MM-JJ)
22. Priorisation de la demande
23. Type de demande
24. Usager-groupe *Activité principale communautaire
25. Date de début de l'épisode de services (programme) AAAA-MM-JJ
26. Date de fin de l'épisode de services (programme) AAAA-MM-JJ
27. Cessation de l'épisode de services (programme)
28. Centre d'activités de l'assignation (programme)
29. Date de début de l'assignation à un centre d'activité AAAA-MM-JJ
30. Date de fin de l'assignation à un centre d'activité AAAA-MM-JJ
31. Date de début d'indisponibilité AAAA-MM-JJ
32. Date de fin d'indisponibilité AAAA-MM-JJ
33. Date de service requis ultérieurement (épisode de services) AAAA-MM-JJ
34. Code du type de dossier usager
35. Usager-groupe *Catégorie d'utilisateur-groupe
36. Types de programme (dans Centre des activités de l'assignation)

37. Date de service requis ultérieurement
38. Numéro balisé de l'intervention
39. Centre d'activité de l'intervention
40. Date de l'intervention
41. Type d'intervention ou Code du type d'intervention
42. Raison de l'intervention (Code de raison de l'intervention 1, 2 et 3)
43. Acte de l'intervention (1, 2, 3)
44. Suivi de l'intervention
45. Cessation de l'intervention
46. Profil de l'intervention
47. Mode d'intervention
48. Lieu de l'intervention
49. Duré de l'intervention
50. Nombre de participants / groupe de l'intervention
51. Types de suivi dans les programmes
52. Catégorie de l'intervenant de l'intervention
53. Nombre d'intervenants associés à l'intervention
54. Nombre de contacts avec la personne
55. Activité ponctuelle
56. Catégorie de l'intervention de l'activité ponctuelle
57. Fermeture du dossier

Nom du fichier : BDCU-SIDGU

1. Numéro banalisé de l'individu
2. Numéro de l'épisode de soins
3. Date du début de l'épisode de soins AAAA-MM-JJ
4. Mode d'arrivée à l'urgence
5. Médecin de famille banalisé
6. Médecin référent banalisé
7. Date de fin du premier triage AAAA-MM-JJ
8. Raison de la visite
9. Catégorie majeure de diagnostic
10. Priorité du triage
11. Autonomie après le triage
12. Date de prise en charge AAAA-MM-JJ
13. Diagnostic principal
14. Type d'orientation de l'utilisateur à son départ
15. Indicateur retour à domicile avec suivi médical
16. Indicateur de retour à domicile avec soins ou services à domicile

17. Indicateur d'admission aux soins intensifs
18. Date de la demande d'admission
19. Service clinique
20. Raison du transfert
21. Type de référence
22. Date du départ de l'utilisateur AAAA-MM-JJ
23. Séquence des consultations
24. Date de la demande consultation AAAA-MM-JJ
25. Code de spécialisation de consultation
26. Indicateur décrivant l'état de chacune des consultations
27. Date de la réalisation de la consultation AAAA-MM-JJ
28. Indicateur coroner
29. Date de début de l'occupation de civière AAAA-MM-JJ
30. Date de la fin d'occupation de civière AAAA-MM-JJ
31. Catégorie de civière

Annexe 2. Approbation CER Douglas



Institut universitaire en santé mentale Douglas

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Montréal, le 4 septembre 2020

Marie-Josée Fleury, Ph.D.
Chercheuse principale
Professeure titulaire
Département de psychiatrie
Université McGill

Objet : Résultat positif de l'examen éthique et de l'examen scientifique du projet de recherche suivant, « Grands utilisateurs de l'urgence en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services » (IUSMD-20-26)
Organisme subventionnaire : Institut de recherche en santé du Canada

Docteure Fleury,

Le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'institut Douglas, qui agit comme CER évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, déclare par la présente que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est positif. La période d'approbation est du 4 septembre 2020 au 4 septembre 2021.

Cette étude a fait l'objet d'un examen en comité plénier du CER le 27 juillet 2020. Le CER confirme qu'il a effectué un examen scientifique de l'étude dans le cadre de son mandat et que le résultat est positif. Cette approbation est conditionnelle aux changements énumérés à l'annexe A.

Le document joint en annexe à la présente lettre :

- décrit comment notre CER a procédé pour effectuer l'examen éthique de ce projet,
 - identifie la version des documents décrivant la recherche qui ont été approuvés par notre CER,
- et
- indique les moyens passifs qui ont été établis pour le suivi éthique continu de la recherche.

Comme le prévoit l'article 11.1 du Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CER auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cet établissement pour que notre CER reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications

6875, boulevard LaSalle, FBC 1116
Montréal (Québec) H4H 1R3
Téléphone : 514 761-6131 poste 2708
www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca

apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'établissement en cause.

Sur demande d'un établissement qui a autorisé la réalisation de cette recherche, nous lui fournirons les extraits de nos procès-verbaux se rapportant à ce projet.

Si la réalisation de cette recherche se poursuit pendant plus d'un an, notre CER en confirmera à chaque année l'acceptabilité éthique, à la date anniversaire de la présente lettre, à condition que vous déposiez auprès du CER un rapport annuel dûment rempli, 30 jours avant la date de la fin de la période d'approbation, i.e. le 4 août.

Le Cadre de référence établi, à l'article 11.2, que vous pouvez fournir une copie de la présente lettre à un autre chercheur qui veut demander à son établissement l'autorisation d'y mener la même recherche. Lorsque vous fournissez une copie de cette lettre, il est important de:

- 1) Rappeler au(x) chercheur(s) qu'il doit fournir au CER de l'Institut Douglas les éléments suivants:
 - Son nom, son titre et le nom de l'institution où la recherche sera menée;
 - Documents qui démontrent que le chercheur possède les qualifications appropriées pour mener la recherche (confirmation de ses privilèges de recherche);
OU
 - Toutes les informations pertinentes sur les populations locales et les circonstances qui peuvent avoir une incidence sur l'évaluation éthique.

- 2) Informer ce chercheur que le CER de l'Institut Douglas peut demander annuellement, un mois avant la date de la fin de la période d'approbation, un rapport d'étape annuel sur la conduite de la recherche dans son établissement.

Il est prévu que l'approbation éthique de ce projet accordé par notre CER sera applicable aux établissements suivants desquels nous souhaitons recevoir une copie de leur lettre d'autorisation :

- L'Institut universitaire en santé mentale Douglas, une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, chercheure locale : Marie-Josée Fleury;
- Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, chercheure locale : Christiane Bertelli;
- Le CIUSSS de la Capitale-Nationale, Chercheure locale : Chantal Pilote;
- Le CISSS de Montérégie-Est, Chercheure locale : Elisabeth Hamel.

Bien que le projet ait été approuvé par notre CER, vous devez attendre d'avoir reçu les lettres d'autorisation de la convenance avant de débiter votre projet dans un établissement. Ceci est également valable pour les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

L'omission par le(s) chercheur(s) d'un établissement de déposer ce rapport ne compromettra pas le renouvellement annuel de l'approbation éthique couvrant l'ensemble de ce projet de recherche. Notre CER évaluateur pourra cependant demander à la personne qui a autorisé la réalisation de la recherche dans cet établissement de suspendre l'autorisation donnée à un chercheur qui n'a pas déposé le rapport d'étape demandé.

Veillez noter que vous ne pouvez pas commencer à travailler sur cette étude avant d'avoir reçu une lettre d'autorisation signée par la personne mandatée pour autoriser la recherche dans le

Annexe 3. Approbation CERSES

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

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Continuité des soins médicaux suite à une visite aux urgences pour raison de santé mentale
Étudiants requérants	Morgane Gabet , candidate au doctorat, ESPUM - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé Marie-Josée Fleury , professeure associée, ESPUM - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé Alain Lesage , professeur titulaire, Faculté de médecine - Psychiatrie Lambert Farand , professeur agrégé, ESPUM - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé
Sous la direction de:	Marie-Josée Fleury, professeure affiliée, ESPUM - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, McGill
Autres chercheurs:	Christophe Huynh, professeur associé, FAS - Ecole de psychoéducation; Francine Ferland, Département de psychologie, Université de Laval; Lia Gentil, chercheuse post-doctorale, Institut Douglas; Guy Grenier, chercheur associé, Institut Douglas; Xiangfei Meng, Université McGill, Département de psychiatrie; Helen-Maria Vasiliadis, professeur titulaire, Université de Sherbrooke
Coordination du projet:	Armelle Imboua
Financement	
Organisme	Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
Programme	
Titre de l'octroi si différent	Grands utilisateurs de l'urgence en santé mentale et recommandations pour l'amélioration des services
Numéro d'octroi	426082
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité. Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.