



Abrégés de recherche

Profils de patients avec troubles mentaux qui utilisent l'urgence et raisons expliquant leur recours fréquent à l'urgence

Résumé

Les patients avec troubles mentaux (TM), incluant les troubles liés à l'utilisation de substances (TLS), sont parmi les plus grands utilisateurs de l'urgence. Une meilleure connaissance des profils d'utilisation de l'urgence pour raisons de santé mentale, et des raisons expliquant l'utilisation fréquente des urgences, pourraient soutenir des interventions répondant plus adéquatement aux besoins de ces patients. Cette étude décrit d'abord les profils de 11 682 patients ayant utilisé les urgences psychiatriques, à partir des banques de données clinico-administratives du Québec. Les raisons expliquant l'utilisation des urgences de 299 grands utilisateurs ont été investiguées à partir de données clinico-administratives, puis jumelées à une enquête qualitative/quantitative. Quatre profils d'utilisateurs de l'urgence ont été identifiés. Les patients utilisant fréquemment et récurrentement les urgences psychiatriques présentaient de moins bonnes conditions de santé, étaient grands utilisateurs des services ambulatoires et rapportaient davantage d'effets indésirables. L'inadéquation des soins ambulatoires et leur accès limité à ces soins étaient les principales raisons justifiant la fréquence d'utilisation de ces patients aux urgences.

Problématique et objectifs

Les personnes avec TM utilisent fréquemment l'urgence, ce qui reflète le fait que les soins ambulatoires sont souvent insuffisants ou inadéquats. À notre connaissance, aucune étude antérieure n'a évalué des profils d'utilisateurs de l'urgence en considérant divers TM, l'intensité et la récurrence de cet usage, la priorité au triage, la dispersion d'utilisation des services d'urgence sur une période de quatre ans, et l'utilisation des services ambulatoires dans les 12 mois précédant le dernier recours à l'urgence, ceci afin d'évaluer si une utilisation plus continue, intensive, diversifiée et régulière des services ambulatoires pouvait être associée aux profils des utilisateurs de l'urgence et aux risques ultérieurs d'hospitalisation et de décès. Également à notre connaissance, aucune étude antérieure n'a étudié les raisons de l'utilisation fréquente de l'urgence des patients avec TM en utilisant un cadre conceptuel intégrant les caractéristiques du système, des profils de patients, des pratiques professionnelles et l'organisation de l'urgence. Un tel cadre permet de structurer les résultats de manière plus complète et de mieux cibler des recommandations visant à améliorer les services. Deux articles sont ici résumés. Le premier, une étude quantitative, visait à identifier des profils d'utilisateurs des urgences psychiatriques, associant ces profils aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients et à leur utilisation des services, et reliait ensuite ces facteurs à des effets indésirables (hospitalisation, décès). Le second article, une étude surtout qualitative, a exploré les raisons du recours fréquent aux urgences psychiatriques des patients ayant des TM.

AUTEURS

Marie-Josée Fleury, Ph. D.

Guy Grenier, Ph. D.

flemar@douglas.mcgill.ca

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/marie-josée-fleury>

Méthodologie

L'étude quantitative investiguait les données clinico-administratives du MSSS/RAMQ sur cinq ans (1er avril 2012-31 mars 2017), incluant une cohorte de 11 682 patients ayant utilisé au moins une fois l'urgence en 2014-15 dans l'une de six urgences psychiatriques du Québec. Les banques de données suivantes furent exploitées : FIPA (informations sociodémographiques); RAMQ (services médicaux et décès); BDCU (services des urgences); MED-ECHO (hospitalisations); I-CLSC (services psychosociaux principalement). Une analyse de classe latente fut utilisée pour identifier les profils d'utilisateurs de l'urgence sur 4 ans, une régression logistique multinomiale pour associer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients et leur utilisation des services ambulatoires, et

une analyse de survie relevant les effets indésirables 12 mois après la dernière visite à l'urgence, contrôlant pour le sexe et l'âge. Partant d'une liste aléatoire de patients utilisant ces urgences, l'étude qualitative a permis de recruter 450 patients qui furent invités à compléter une enquête avec questions quantitatives (30 minutes) et qualitatives (20 minutes), sondant les raisons de l'utilisation fréquente de ces patients à l'urgence. L'enquête fut réalisée du 1er mars 2021 au 13 mai 2022. Les données clinico-administratives des patients des CIUSSS concernés furent jumelées aux données de l'enquête pour les 12 mois précédant l'entrevue. Des analyses descriptives et de contenu, guidées par le cadre conceptuel énoncé précédemment, furent réalisées.

Résultats clés

Des usagers de la cohorte, 20 % avaient utilisé l'urgence 4 ans consécutivement; 20 % rapportaient 3+ visites/année sur au moins 2 années consécutives (« fréquents utilisateurs récurrents »), et 13 % 8+ visites/année au moins une fois; 51 % étaient des femmes, 55 % avaient 30-64 ans et étaient défavorisés matériellement et socialement; 24 % avaient des TM incidents, 48 % des TM graves, 40 % des TLS, et 44 % présentaient des comportements suicidaires ou maladies physiques chroniques. Quatre profils d'utilisateurs de l'urgence furent identifiés. Le **Profil 1, Patients utilisant principalement l'urgence pour accéder aux services de santé mentale** (30 % de l'échantillon), comprenait le plus de patients avec TM incidents (47 %), dont 44 % l'avaient utilisée une seule fois au cours des quatre ans; 27 %, 25 % et 4 % l'avaient utilisée sur 2, 3 ou 4 ans, respectivement; 83 % rapportaient en moyenne une seule visite à l'urgence/année. Ce profil incluait le plus de patients (45 %) priorités 1-3 sur 5 au triage dans 67 à 100 % des visites à l'urgence. Aucun n'était très fréquent utilisateur (8+ visites/année) ou fréquent utilisateur récurrent de l'urgence.

Le **Profil 2, Utilisateurs récurrents de l'urgence** (32 %), regroupait le plus de patients ayant utilisé l'urgence sur deux ans (48 %), dont 63 % comptant en moyenne deux visites/année à l'urgence. Seulement 20 % avaient été priorités 1-3 sur 5 au triage dans 67 à 100 % des visites à l'urgence. Aucun n'était fréquent utilisateur récurrent de l'urgence, et 4 % seulement étaient de très fréquents utilisateurs. Le **Profil 3, Fréquents utilisateurs de l'urgence** (19 %), rassemblait le plus de patients ayant utilisé l'urgence sur trois ans (45 %), comptant une moyenne de trois visites/année (54 %). Dans ce profil, 29 % étaient de fréquents

utilisateurs récurrents, mais aucun n'était très fréquent utilisateur. Presque tous avaient utilisé l'urgence à un intervalle de moins de 90 jours entre les visites pour au moins 2 ans – ce qui était qualifié de « faible dispersion ». Le **Profil 4, Très fréquents utilisateurs récurrents de l'urgence** (19 %), était presque entièrement composé de patients ayant utilisé l'urgence sur les quatre ans, comptant en moyenne 4+ visites/année et une faible dispersion d'utilisation. À 82 %, ces patients étaient fréquents utilisateurs récurrents de l'urgence et à 61 %, très fréquents utilisateurs.

Comparativement aux patients du Profil 1 (groupe de référence), ceux des Profils 4, 3 et 2 étaient plus susceptibles d'être des femmes, d'avoir 65+ ans, de résider dans des territoires matériellement et socialement défavorisés, et d'avoir des comportements violents/dérangeants et problèmes sociaux. Ils étaient aussi plus susceptibles de présenter plusieurs pathologies (TM graves, troubles de la personnalité, TLS, comportements suicidaires, maladies physiques chroniques) et de recevoir davantage de soins ambulatoires. Comparativement au Profil 1, les risques d'hospitalisation pour raisons de santé mentale étaient 5 fois, 3 fois et 74 % plus élevés aux Profils 4, 3 et 2, respectivement. Les risques de décès étaient plus élevés aux Profils 4 et 3 (96 % et 66 %).

Des 450 patients sollicités pour l'étude qualitative, 51 n'ont pu être rejoints (taux de réponse : 75 %). Des 299 patients restants, 55 % étaient des femmes, 82 % célibataires, et 46 % sans emploi; 39 % avaient entre 30-49 ans, 44 % des TM graves, et 45 % des maladies physiques chroniques; 54 % présentaient des comportements suicidaires; 85 % n'avaient pas consulté

en ambulatoire avant de se rendre à l'urgence, et 56 % rapportaient plus de mauvaises que de bonnes expériences avec les soins ambulatoires. Environ 50 % ont déclaré que les principales raisons de leur utilisation fréquente de l'urgence étaient l'accès insuffisant aux services et l'inadéquation des soins ambulatoires. La plupart des patients ont fait état de longs délais d'attente pour accéder aux soins ambulatoires – souvent plus de 6 mois, pendant lesquels aucun service alternatif n'a été proposé. Le suivi psychosocial en CLSC et l'accès aux médecins de famille, ou même à des omnipraticiens en cliniques sans rendez-vous, et aux psychiatres, étaient particulièrement difficiles à obtenir. Le recours fréquent à l'urgence était principalement expliqué par la sévérité perçue de leurs problèmes de santé. Environ le quart des patients ont déclaré utiliser l'urgence pour des idées suicidaires, des automutilations, des problèmes sociaux (ex. : difficultés financières, instabilité résidentielle, insécurité alimentaire), des situations de crise (ex. : décès ou séparation d'un être cher), une intoxication ou des épisodes psychotiques. Les patients sans médecin de famille ou psychiatre utilisaient aussi l'urgence pour renouveler leurs médicaments. Environ le tiers se disaient peu informés des ressources disponibles pour les soutenir, et le cinquième avaient utilisé l'urgence involontairement (ambulance, police, etc.).

Bien que les patients aient moins commenté les pratiques professionnelles, plus de la moitié rapportaient plus d'expériences négatives que positives avec les cliniciens, jugeant que ceux-ci avaient tendance à les orienter trop rapidement vers l'urgence lorsqu'ils étaient en crise. Ils estimaient aussi que les omnipraticiens manquaient souvent d'expertise ou d'intérêt envers les TM, ou d'écoute face à leurs besoins et préoccupations. Quant aux soins reçus à l'urgence, les patients exprimaient davantage de satisfaction que d'insatisfaction. Cependant, la plupart ont critiqué le processus de congé de l'urgence, qui n'incluait souvent pas d'orientation adéquate, ni d'alternatives pour les besoins de suivi. Ils estimaient que le personnel de l'urgence n'était souvent pas suffisamment informé des ressources disponibles dans la communauté pour les aider. La stigmatisation a aussi été soulignée comme un problème méritant d'être minimisé.

Conclusions et recommandations

L'étude de cohorte, dont le quart des patients avaient utilisé 4+ fois l'urgence au moins sur une année, a démontré que ceux utilisant le plus l'urgence (Profils 3

et 4) présentaient les conditions les plus graves et recevaient le plus de soins ambulatoires, démontant l'équité dans l'accès aux soins où la priorité est donnée aux patients les plus vulnérables. Les risques d'hospitalisation et de décès étaient également plus élevés aux Profils 3 et 4, dont les services étaient probablement insuffisants et/ou inadéquats pour répondre à la complexité de leurs besoins. L'étude qualitative a souligné l'importance des obstacles dans l'accès aux soins ambulatoires, qui sont hautement insuffisants ou inadéquats pour répondre à l'importance de la demande et la complexité des cas, entraînant le recours fréquent à l'urgence. Si les patients étaient assez satisfaits des soins reçus à l'urgence, la majorité ont critiqué le manque d'orientation ou de suivi lors du congé, l'urgence n'étant pas intégrée au système ambulatoire de soins. Pour les utilisateurs fréquents et/ou récurrents de l'urgence (Profils 3 et 4), le traitement intégré des TM-TLS, un suivi intensif ou soutien d'intensité variable serait recommandé. Les Profils 2 et 1 pourraient bénéficier d'un suivi en première ligne par des équipes multidisciplinaires de soins, incluant l'omnipraticien, et/ou de résolutions de crise. Des stratégies telles que des plans d'intervention individualisée, des unités de crise/suivi de courte durée après le congé de l'urgence et avant l'obtention de soins continus ambulatoires (où d'intervention rapide et de relais), des protocoles formalisés de coordination entre l'urgence et les soins ambulatoires pour le transfert des patients, les soins de collaboration, et un rehaussement des services ambulatoires de santé mentale dont de crise sont fortement préconisées pour contrecarrer l'effet de « porte tournante » du recours élevé à l'urgence. Les patients qui sont des utilisateurs fréquents et récurrents de l'urgence devraient aussi être mieux dépistés et monitorés à l'urgence, et leurs services mieux intégrés avec les soins ambulatoires. Des formations plus poussées en santé mentale, des campagnes de lutte contre la stigmatisation des TM et des incitatifs pour favoriser leur traitement seraient enfin suggérées.

Références

Fleury, M.-J., Z. Cao, G. Grenier (2024). Emergency department use among patients with mental health problems: Profiles, correlates and outcomes, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(864): 1-18, <https://doi.org/10.3390/ijerph21070864>.

Fleury, M.-J., A. Imboua, G. Grenier (2024). Barriers and facilitators to high emergency department use among patients with mental disorders. A qualitative investigation, *Community Mental Health Journal*, 60(5), 869-884, <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01239-w>.