

## Utilisation fréquente des services d'urgence par les usagers ayant un trouble mental

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à  
l'amélioration des modes d'intervention –  
services sociaux et santé mentale

# Utilisation fréquente des services d'urgence par les usagers ayant un trouble mental

## *Rédaction*

Anne-Josée Guimond  
Sybille Saury

## *Coordination scientifique*

Marilyn Fortin

## *Direction*

Marie-Claude Sirois  
Anne Chamberland

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

### **Membres de l'équipe projet**

#### **Auteures principales**

Anne-Josée Guimond, Ph. D.  
Sybille Saury, M. Sc.

#### **Coordonnatrice scientifique**

Marilyn Fortin, Ph. D.

#### **Adjointe à la direction**

Anne Chamberland, M.S.S

#### **Directrice**

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. adm.

#### **Repérage de l'information scientifique**

Mathieu Plamondon, M.S.I.

#### **Soutien documentaire**

Bin Chen, techn. docum.

#### **Bureau - Méthodes, données et éthique**

Audrey-Anne Fournier, M. Sc.

Claire Imbaud, Ph. D.

Rodolphe Jantzen, M. Sc.

Isabelle Ganache, Ph. D. (directrice)

#### **Soutien administratif**

Julie Dionne

---

### **Équipe de l'édition**

Jean Talbot  
Nathalie Vanier

**Sous la coordination de**  
Catherine Olivier, Ph. D.

**Avec la collaboration de**  
Jonathan Aubin, révision linguistique  
Josée De Angelis, traduction

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026  
ISBN 978-2-555-03029-9 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à [droitdauteur@inesss.qc.ca](mailto:droitdauteur@inesss.qc.ca).

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Utilisation fréquente des services d'urgence par les usagers ayant un trouble mental. Québec, Qc : INESSS. 59 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité consultatif sont :

**M. Manouel Argod**, infirmier de liaison en santé mentale, direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Hidayette Zohra Beldjilali**, conseillère en soins infirmiers — volet santé mentale, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**M. Guillaume Foldes-Busque**, professeur titulaire, école de psychologie, Université Laval, co-directeur et chercheur, Centre d'étude et d'intervention en santé mentale, Université Laval, chercheur, centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et au Centre de recherche intégrée pour un système apprenant en santé et services sociaux (SASSS) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches

**M<sup>me</sup> Laurence Fortier**, cheffe de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), CIUSSS Capitale-Nationale et directrice des communications et relations publiques de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

**M. Jean-Philippe Gauthier**, chef de service, urgences psychiatriques et Unité d'interventions brèves, direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>re</sup> Lia Gentil**, médecin de famille et médecin-conseil en santé publique au Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS) de la Baie-James

**D<sup>re</sup> Catherine Hudon**, professeure titulaire, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, vice-doyenne adjointe à la recherche clinique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, titulaire de la chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes qui ont des besoins complexes

**M<sup>me</sup> Marie-Claude Levesque**, conseillère stratégique, services d'urgence, Direction des services spécialisée et soins critiques, Direction générale de la pertinence et des services spécialisés, sous-ministériat de la santé physique et pharmaceutique, ministère de la santé et des services sociaux

**D<sup>re</sup> Andreea Neagota**, médecin psychiatre, urgences et unité d'interventions brèves, Institut universitaire en santé mentale de Québec, CIUSSS Capitale-Nationale, adjointe d'enseignement, Institut universitaire en santé mentale de Québec, CIUSSS Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Sophie Simard**, coordonnatrice régionale des urgences, soins critiques et de la traumatologie aiguë et chargée de projet pour la rénovation de l'urgence de Jonquière, CIUSSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean

## **Comité collaborateur des usagers ou des proches aidants**

Pour ce rapport les membres du comité collaborateur des usagers et des proches aidants sont :

**M. Alain Côté**, personne proche aidante

**M<sup>me</sup> Andreeanne Ouellette Colpron**, personne proche aidante

**M<sup>me</sup> Emmanuelle Reid**, personne usagère

**M. Patrick Ross Gorman**, personne proche aidante

## **Comité délibératif permanent**

**D<sup>re</sup> Evangelia-Lila Amirali**, pédopsychiatre, chef du Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine

**M<sup>me</sup> Brigitte Brabant**, directrice de l'hébergement en soins de longue durée, CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Lorraine Chartier**, citoyenne

**D<sup>re</sup> Pascale Cholette**, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Isabelle Côté**, citoyenne

**M<sup>me</sup> Marianne Dion-Labrie**, conseillère cadre expérience-client et éthique, CISSS de la Montérégie Est

**M. Serge Dumont**, professeur émérite, École de travail social et de criminologie, Université Laval

**M. Éric Latimer**, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill

**M. Jean-Marc Ménard**, consultant CECTC — RUISSS Université de Montréal

**M<sup>me</sup> Danielle Nadeau**, psychologue-Chercheuse d'établissement CRUJeF — CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Marie-Ève Ouellet**, infirmière, adjointe à la direction du programme jeunesse, RLS de Baie des Chaleurs — CISSS de la Gaspésie

**M. Michel Perreault**, psychologue-chercheur, Institut Douglas

## **Panel permanent des usagers et des personnes proches aidantes**

**M<sup>me</sup> Julie Bergeron**

**M. Simon Courtemanche**

**M<sup>me</sup> Angela Fragasso**

**M. Denis Lefebvre**

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

## Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

**D<sup>r</sup> Alain Turcotte**, médecin-conseil à l'INESSS, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

## Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe projet ont déclaré les situations mentionnées ci-dessous.

**M<sup>me</sup> Marilyn Fortin** a déclaré avoir publié des articles scientifiques portant sur la thématique des présents travaux, dont certains sont cités dans le présent rapport. Les autres membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Les membres du comité consultatif ont déclaré les situations mentionnées ci-dessous.

**M<sup>me</sup> Hidayette Zohra Beldjilali** a déclaré avoir participé à un reportage pour le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

**D<sup>re</sup> Lia Gentil** est membre du Comité délibératif permanent — Remboursement et accès de l'INESSS et a mené divers projets de recherche et publié des travaux portant sur la thématique des présents travaux. Elle a publié des articles scientifiques portant sur la thématique des présents travaux, dont certains sont cités dans le présent rapport.

**M. Guillaume Foldes-Busque** codirige le Centre d'études et d'interventions en santé mentale qui est financé par la Commission de la recherche de l'Université Laval et a participé à un mémoire et une lettre publiée dans le mémoire qui se positionnaient en faveur des interventions fondées sur les données probantes et la consultation d'experts dans le domaine auprès du ministère de la santé et des services sociaux.

**M<sup>me</sup> Laurence Fortier** a participé à des projets de recherche à titre de consultante pour lesquels elle n'a pas reçu de financement et a également été consultée sur des documents produits par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec.

**D<sup>re</sup> Catherine Hudon** est titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés et dirige ou codirige plusieurs projets de recherche, notamment liés aux soins offerts en première ligne, financés par des organismes subventionnaires publics fédéraux et provinciaux. Elle agit également à titre de médecin-conseil auprès du MSSS dans le domaine des soins de première ligne. Elle a publié des articles scientifiques portant sur la thématique des présents travaux, dont certains sont cités dans le présent rapport.

**M<sup>me</sup> Sophie Simard** est membre du GESUQ (groupe d'experts en soins d'urgence du Québec).

Les membres du comité collaborateur des usagers ou des proches aidants qui ont déclaré des conflits d'intérêts ou de rôles liés aux présents travaux sont mentionnés ci-dessous.

**M. Alain Côté** est administrateur au conseil d'administration Espace Allié à Sherbrooke.

**M<sup>me</sup> Emmanuelle Reid** et **M. Patrick Ross Gorman** ont déclaré exercer un rôle de pair-aidance pour lequel ils reçoivent une rémunération.

## **Responsabilité**

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES .....	IX
GLOSSAIRE .....	XI
INTRODUCTION.....	1
MISE EN CONTEXTE .....	3
1 MÉTHODOLOGIE .....	4
1.1 Questions clés d'évaluation .....	4
1.2 Données issues de la littérature scientifique et grise .....	5
1.3 Données clinico-administratives.....	5
1.4 Contributions d'expertises et processus de validation.....	7
2 CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS FRÉQUENTS QUÉBÉCOIS QUI ONT UN TROUBLE MENTAL ET DE LEUR UTILISATION DES SERVICES D'URGENCE .....	9
2.1 Utilisation fréquente des urgences et troubles mentaux.....	9
2.1.1 Données clinico-administratives québécoises.....	9
2.1.2 Littérature scientifique québécoise .....	10
2.2 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers .....	12
2.2.1 Données clinico-administratives québécoises.....	12
2.2.2 Littérature scientifique québécoise .....	13
2.3 Caractéristiques des visites aux urgences.....	15
2.3.1 Données clinico-administratives québécoises.....	15
2.3.2 Littérature scientifique québécoise .....	16
2.4 Utilisation des services de première ligne.....	17
2.4.1 Données clinico-administratives québécoises.....	17
2.4.2 Littérature scientifique québécoise .....	17
3 PRATIQUES PERTINENTES POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS .....	19
3.1 Pratiques qui visent à favoriser le respect de la dignité de l'utilisateur .....	20
3.2 Repérage de l'utilisation fréquente des services d'urgence .....	22
3.3 Réorientation vers les soins et services de première ligne.....	23
3.4 Pratiques liées à la coordination des soins et à la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.....	26
3.5 Plans de soins personnalisés.....	32
3.6 Gestion de cas .....	36
3.7 Interventions brèves et interventions offertes par les pairs .....	41
3.8 Pratiques destinées à des sous-groupes d'utilisateurs.....	42
3.9 Éléments à considérer pour guider le choix d'une pratique.....	45
FORCES ET LIMITES.....	48

DISCUSSION ET CONCLUSION .....	50
RÉFÉRENCES.....	53

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Effets de la coordination des soins et du partage d'information clinique sur la fréquence des visites à l'urgence .....	28
Tableau 2	Effets des plans de soins personnalisés sur la fréquence des visites à l'urgence .....	33
Tableau 3	Effet de la gestion de cas sur la fréquence des visites à l'urgence .....	37

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1	Proportion d'usagers ayant reçu un diagnostic de trouble mental*, selon le seuil de visites annuelles en 2023-2024.....	10
Figure 2	Proportion d'usagers TM selon le nombre de conditions chroniques par usager et selon le seuil de visites annuelles en 2023-2024.....	13
Figure 3	Proportion de visites effectuées par les usagers TM selon l'issue des visites et le seuil de visites annuelles en 2023-2024.....	16

# RÉSUMÉ

## Introduction

L'utilisation fréquente des services d'urgence a été identifiée comme étant une source possible d'engorgement de ces services depuis plus de deux décennies. La présence de troubles mentaux serait particulièrement associée au recours fréquent aux services d'urgence. En effet, ces troubles sont souvent accompagnés de conditions de santé physique chroniques, générant des besoins de soins et de services qui pourraient amener les usagers à visiter régulièrement les urgences.

Dans un rapport récent, le Vérificateur général du Québec (VGQ) a souligné l'existence d'enjeux sur le plan de la prise en charge des besoins des personnes qui ont un trouble mental, notamment en ce qui a trait à la continuité des soins et des services. Le VGQ et la Commission de l'administration publique ont également mis en lumière l'absence de critères communs de repérage et de suivi des personnes qui ont un trouble mental et qui utilisent fréquemment les urgences.

Dans ce contexte, le MSSS a mandaté l'INESSS afin d'explorer l'utilisation fréquente des services d'urgence. Des travaux réalisés en 2024 ont consisté en un portrait général des usagers qui utilisent fréquemment les urgences à partir de données clinico-administratives québécoises. En continuité avec les précédents travaux, l'INESSS a produit le présent état des pratiques qui visait à mieux comprendre l'utilisation fréquente des urgences faite par les usagers ayant un trouble mental et à répertorier les bonnes pratiques de prise en charge de leurs besoins aux urgences, ainsi que les freins et les facilitateurs associés.

## Méthodologie

La première question d'évaluation visait à décrire les caractéristiques des personnes qui ont un trouble mental et qui utilisent les urgences fréquemment. Pour y répondre, des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide des données 2023-2024 des banques clinico-administratives québécoises, et une revue exploratoire de la littérature scientifique québécoise présentant des données clinico-administratives ou épidémiologiques a été effectuée.

La deuxième question d'évaluation visait à répertorier les pratiques efficaces<sup>1</sup> de prise en charge des besoins de ces usagers aux urgences, ainsi que les freins et les facilitateurs associés. Des revues rapides de la littérature scientifique et grise ont été réalisées pour y répondre.

---

<sup>1</sup> Le terme « efficacité » inclut ici l'efficacité statistique, l'efficacité clinique ainsi que la pertinence des pratiques pour diminuer les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence.

De plus, des données contextuelles et expérientielles pertinentes pour les deux questions d'évaluation ont été colligées par le biais de consultations auprès de deux comités, soit un comité composé de cliniciens et de professionnels de la santé et des services sociaux, de chercheurs universitaires et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'un comité réunissant des usagers ayant une problématique de santé mentale et une expérience d'utilisation fréquente des services d'urgence et des personnes proches aidantes.

## Résultats

### **Caractéristiques des utilisateurs fréquents québécois qui ont un trouble mental et de leur utilisation des services d'urgence**

L'analyse faite par l'INESSS des données clinico-administratives québécoises a montré que parmi l'ensemble des usagers âgés de 18 à 65 ans qui ont visité une urgence québécoise au moins une fois en 2023-2024, 245 934 ont reçu un diagnostic de trouble mental.

Parmi ces usagers, comparativement à ceux qui ont fait une à deux visites durant l'année, les usagers qui ont utilisé les urgences fréquemment<sup>2</sup> :

- présentaient des niveaux plus élevés de défavorisation sociale ou matérielle;
- étaient plus nombreux à avoir fait au moins une visite pour un geste ou des idées suicidaires;
- présentaient davantage de conditions chroniques liées à la santé mentale et à la santé physique.

La moitié des visites effectuées par des usagers ayant un trouble mental avait été triée vitale, urgente ou semi-urgente (P1 / P2 / P3), et ce, autant pour les usagers qui se sont présentés aux urgences fréquemment que pour ceux qui ont fait une ou deux visites dans l'année. De plus, chez tous les usagers ayant un trouble mental, plus de la moitié des visites s'est soldée par un diagnostic lié à la santé physique et une minorité de visites ont reçu un diagnostic lié à la santé mentale, et ce, peu importe le nombre de visites effectuées dans l'année.

Sur le plan de l'utilisation des services de première ligne, les usagers ayant un trouble mental et qui ont utilisé les urgences fréquemment étaient plus nombreux à avoir consulté dans un CLSC au moins une fois durant l'année. Ils étaient cependant légèrement moins nombreux à être inscrits auprès d'un médecin de famille, comparativement à ceux qui ont fait une ou deux visites à l'urgence dans l'année.

Les tendances relevées dans ces analyses sont généralement corroborées par la littérature québécoise.

---

<sup>2</sup> C'est-à-dire les usagers qui ont fait six visites ou plus durant l'année ainsi que ceux qui ont fait 12 visites et plus durant l'année.

Dans l'ensemble, ces résultats indiquent que les usagers qui utilisent fréquemment les urgences présentent donc des besoins urgents au même titre que ceux qui les visitent moins souvent. De plus, ces données soulignent que, parmi les usagers ayant un trouble mental, ceux qui ont utilisé les urgences fréquemment présentaient des caractéristiques reflétant des besoins plus complexes non seulement sur le plan de la santé mentale, mais aussi sur celui de la santé physique et sur le plan psychosocial. Cela suggère que ces personnes pourraient bénéficier de pratiques permettant une prise en charge globale pour répondre à ces différents besoins.

### **Pratiques pertinentes de prise en charge des besoins des usagers**

Les présents travaux visaient également à relever des pratiques susceptibles d'aider à mieux accompagner les usagers qui ont un trouble mental et qui utilisent fréquemment les urgences, et à diminuer les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence.

Les pratiques qui sont apparues comme les plus pertinentes incluent :

- les stratégies de réorientation vers les soins et services de première ligne;
- la coordination des soins;
- la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle;
- la gestion de cas.

Les données ont indiqué la pertinence d'envisager la mise en place d'un plan de soins personnalisé pour répondre aux besoins de certains usagers ayant des besoins complexes. Elles n'ont toutefois pas souligné clairement que les plans de soins personnalisés, utilisés comme unique stratégie, sont associés à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence.

Les données contextuelles et expérientielles ont mis en lumière qu'au Québec, certaines de ces pratiques sont mises en œuvre à partir des urgences, alors que d'autres, telles que la gestion de cas et l'élaboration de plans de soins personnalisés, se déploient principalement ailleurs dans l'établissement ou dans les services de première ligne. Les données ont abordé différentes façons pour le personnel des urgences de s'impliquer, par exemple en faisant le lien entre le gestionnaire de cas et l'utilisateur lorsque ce dernier se présente à l'urgence ou en participant à l'élaboration du plan de soins personnalisé pour formuler des recommandations à suivre lors des prochaines visites de l'utilisateur.

Par ailleurs, l'information colligée a aussi souligné l'importance de :

- mettre en place une stratégie d'analyse des données (p. ex. un tableau de bord, tel que le SAIRC) portant sur les visites aux urgences et de partage de ces renseignements entre les établissements;
- se doter de modalités permettant l'identification et l'analyse des facteurs (p. ex. sociodémographiques et cliniques) qui sous-tendent le recours aux urgences et des besoins non comblés des usagers pour guider la mise en place de services et de ressources.

Enfin, l'ensemble des sources d'information consultées dans le cadre de ces travaux ont souligné :

- l'importance de considérer la complexité des besoins biopsychosociaux de chaque usager lors du choix d'une pratique et de préconiser une approche personnalisée et adaptée à ses besoins;
- la grande vulnérabilité des personnes qui recourent fréquemment aux urgences et l'importance de les traiter avec dignité et avec la même attention que les autres usagers, en s'assurant de ne pas les stigmatiser;
- l'importance de reconnaître que ces personnes se présentent aux urgences parce que leurs besoins complexes ne sont pas comblés.

## **Conclusion**

En conclusion, les présents travaux ont permis de relever que les usagers qui ont un trouble mental et qui utilisent fréquemment les urgences présentent des besoins urgents au même titre que ceux qui les visitent moins fréquemment. Ils présentent de surcroît des portraits cliniques et des besoins plus complexes.

Dans l'ensemble, les données ont souligné l'importance d'offrir à ces usagers une prise en charge globale qui couvre leurs besoins complexes de santé mentale et physique ainsi que leurs besoins psychosociaux. Plusieurs pratiques ont été relevées, susceptibles de favoriser un meilleur accompagnement pour répondre à ces différents besoins.

L'accompagnement de ces usagers nécessite également une réponse à leurs besoins non urgents en dehors des services d'urgence et une concertation entre les services d'urgence et les services de première ligne ou spécialisés en santé mentale.

# SUMMARY

Frequent use of emergency departments by individuals with mental disorders

## Introduction

Frequent use of emergency departments has been identified for more than two decades as a potential contributor to overcrowding. Mental disorders are particularly associated with frequent emergency departments use. These disorders are often accompanied by chronic physical health conditions, which generate ongoing care and service needs that may lead individuals to visit the emergency departments regularly.

In a recent report, the Auditor General of Quebec (AGQ) highlighted challenges in meeting the needs of individuals with mental disorders, particularly regarding the continuity of care and services. The AGQ and the Committee on Public Administration also emphasized the lack of common criteria for identifying and monitoring individuals with mental disorders who use emergency departments frequently.

In this context, the MSSS mandated INESSS to examine the frequent use of emergency services. Work conducted in 2024 provided a general profile of individuals who frequently use emergency departments based on Quebec clinical-administrative data. Building on this earlier work, INESSS produced the present report of practices, which aims to better understand frequent emergency department use among individuals with mental disorders and to identify best practices for addressing their needs in emergency settings, as well as associated barriers and facilitators.

## Methodology

The first evaluation question sought to describe the characteristics of individuals with mental disorders who frequently use the emergency department. To address this question, descriptive analyses were performed using 2023-2024 data from Quebec clinical-administrative databases, and a scoping review of Quebec scientific literature reporting clinical-administrative or epidemiological data was conducted.

The second evaluation question sought to identify effective practices<sup>3</sup> for addressing the needs of these individuals in emergency departments, as well as the associated barriers and facilitators. To answer this question, rapid reviews of the scientific and grey literature were conducted.

In addition, contextual and experiential data relevant to both evaluation questions were gathered through consultations with two committees: one consisting of clinicians, health and social services professionals, academic researchers, and managers from the health and social services network, and another composed of individuals presenting mental

---

<sup>3</sup> In the current report, the term "effectiveness" encompasses statistical and clinical effectiveness, as well as the relevance of practices in reducing visits that do not require the level of care provided in emergency departments.

health conditions who frequently use emergency departments, along with their caregivers.

## Results

### **Characteristics of Quebec Emergency Department Users with Mental Disorders and Their Service Use**

Analysis of Quebec clinical-administrative data by INESSS showed that, among all individuals aged 18 to 65 who visited a Quebec emergency department at least once in 2023-2024, 245,934, were diagnosed with a mental disorder.

Among these users, compared with those who visited emergency departments only one or twice during the year, frequent users<sup>4</sup>:

- experienced higher levels of social and material disadvantage;
- were more likely to have had at least one visit for suicidal thoughts or behaviors;
- had a higher number of chronic conditions affecting both mental and physical health.

Half of the visits made by individuals with a mental disorder were triaged as vital, urgent or semi-urgent (P1 / P2 / P3), both among users who visited emergency department frequently and among those who visited emergency departments only once or twice during the year. Moreover, among all individuals with a mental disorder, more than half of the visits resulted in a diagnosis related to physical health, while a minority resulted in a mental health diagnosis, regardless of the number of visits during the year.

Regarding primary care use, individuals with a mental disorder who visited emergency departments frequently were more likely to have sought care at a local community service centers (CLSC) at least once during the year. However, they were slightly less likely to be registered with a family doctor compared with those who visited emergency departments only once or twice during the year.

The trends observed in these analyses are generally consistent with the Quebec scientific literature.

Overall, these results indicate that individuals who frequently use emergency departments have urgent needs comparable to those of less frequent users. Moreover, the data highlights that among individuals with a mental disorder, those who visited emergency departments more frequently exhibited more complex needs, encompassing mental and physical health, as well as psychosocial factors. This suggests that these individuals could benefit from comprehensive care approaches to meet these different needs.

---

<sup>4</sup> That is, users who made six or more visits during the year, as well as those with 12 or more visits.

## **Relevant Practices for Addressing Service Users' Needs**

This work also sought to identify practices that could better support individuals with mental disorders who frequently use emergency departments, while reducing visits that do not require the level of care provided in emergency settings.

The practices identified as most relevant include:

- strategies for redirecting individuals to primary care services;
- care coordination;
- interprofessional and interorganizational collaboration;
- case management.

The evidence suggested that implementing an individualized care plan may be appropriate for addressing the requirements of certain service users with complex needs. However, it did not clearly demonstrate that individualized care plans, when used as a sole intervention, are associated with a reduction in frequent emergency department use.

Contextual and experiential data indicated that, in Quebec, some of these practices are implemented directly within emergency departments, whereas others, such as case management and the development of individualized care plans, are primarily delivered elsewhere within the organization or in primary care settings. The findings also highlighted several ways in which emergency department staff may be involved, including facilitating connections between case managers and service users when they present to the emergency department and contributing to the development of individualized care plans by formulating recommendations to guide future visits.

Furthermore, the information collected underscored the importance of:

- implementing a structured data analysis strategy (e.g., a dashboard, such as SAIRC) to monitor emergency department visits and facilitate the sharing of this information across institutions;
- establishing mechanisms to identify and analyze the underlying factors (e.g., sociodemographic and clinical) driving emergency department use and unmet service users' needs in order to inform the planning and implementation of appropriate services and resources.

Finally, all sources of information consulted in this work highlighted:

- the importance of considering the complexity of each service user's biopsychosocial needs when selecting an intervention, and of adopting a personalized approach tailored to their needs;
- the high vulnerability of individuals who frequently use emergency departments, and the importance of treating them with dignity and with the same level of care afforded to other service users, while ensuring that they are not stigmatized;
- the importance of acknowledging that these individuals visit emergency departments because their complex needs are not adequately met elsewhere.

## **Conclusion**

In conclusion, this work demonstrated that individuals with mental disorders who use emergency departments frequently have urgent needs comparable to those who use these services less frequently. Moreover, they present more complex clinical profiles and a broader range of needs.

Overall, the findings highlighted the importance of providing these service users with comprehensive care that addresses their complex mental and physical health needs, as well as their psychosocial needs. Several practices were identified as having the potential to improve care delivery and better respond to these diverse needs.

Effectively supporting these service users also requires addressing their non-urgent needs outside emergency departments and strengthening coordination between emergency services and primary care or specialized mental health services.

## SIGLES ET ACRONYMES

ABC	Accompagnement bref dans la communauté
BDCU	Banque de données communes des urgences
BMDE	Bureau – Méthodes, données et éthique
CAP	Commission de l'administration publique
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CLSC	Centre local de services communautaires
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale
ECR	Essai contrôlé randomisé
ETS	Évaluation des technologies de la santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P1/P2/P3/P4/P5	Niveaux de priorité de l'échelle de triage aux urgences : 1- Vital / 2- Très urgent / 3- Semi-urgent / 4- Moins urgent / 5- Non urgent
PPEP	Programmes pour premiers épisodes psychotiques
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes adultes
RVSQ	Rendez-vous santé Québec
SAIRC	<a href="#"><u>Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles</u></a>
SBNI	Soutien de base non intensif, aussi appelé le suivi de bas niveau d'intensité
SGU	Système de gestion de l'urgence
SIF	Suivi d'intensité flexible
SIGDU	<a href="#"><u>Système d'information et de gestion des urgences</u></a>
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Soutien d'intensité variable
TIBD	Traitement intensif bref à domicile

TM	Diagnostic de trouble mental établi entre 2021 et 2024, selon la méthodologie Pop-Grouper. Davantage d'information est disponible à l'annexe E du document <i>Annexes complémentaires</i>
UIBP	Unité d'intervention brève en psychiatrie
VGQ	Vérificateur général du Québec

# GLOSSAIRE

## **Collaboration interprofessionnelle**

La collaboration interprofessionnelle amène les professionnels à coordonner leurs actions pour répondre à la globalité des besoins d'un usager et à considérer la complexité des phénomènes cliniques et l'interdisciplinarité des besoins, conférant un caractère interdépendant aux interventions envisagées par l'équipe (Couturier et Belzile, 2018). Elle inclut les soins partagés, de même que la transition de l'usager et le transfert de la responsabilité des soins de manière sécuritaire pour en assurer la continuité (Groupe de travail sur le rôle de collaborateur, 2018).

## **Collaboration interorganisationnelle**

La collaboration interorganisationnelle désigne un processus par lequel deux ou plusieurs organisations du secteur de la santé ou des services sociaux joignent leurs actions et leurs ressources pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs partagés (Bazinet *et al.*, 2021; Graham et Barter, 1999).

## **Coordination des soins**

La coordination des soins désigne l'organisation délibérée des activités liées à la prise en charge de l'usager dans le but de faciliter la prestation appropriée des soins et des services de santé (McDonald *et al.*, 2007; Misra *et al.*, 2020). Elle implique la mobilisation du personnel et des autres ressources nécessaires pour mener à bien toutes les activités de soins [et de services] à l'usager, ainsi que l'échange d'informations entre les parties prenantes responsables de différents aspects des soins (McDonald *et al.*, 2007).

## **Gestion de cas**

La gestion de cas est une pratique collaborative et axée sur l'usager de planification, de coordination des soins [et des services] et d'évaluation qui vise à répondre à l'ensemble des besoins de santé de l'usager et de sa famille (Case Management Society of America, s. d.; Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009). Les gestionnaires de cas sont des professionnels de la santé qui aident l'usager à recevoir les soins nécessaires pour améliorer son bien-être (Case Management Society of America, s. d.). Ils peuvent également fournir le soutien nécessaire pour l'orienter vers les ressources et les services appropriés (Case Management Society of America, s. d.; Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009).

## **Navigation pour les usagers**

Dans la littérature scientifique évaluée dans le cadre des présents travaux, la navigation pour les usagers était offerte à l'urgence à des usagers disposant de revenus et de ressources limités et visait à mettre ces usagers en lien avec des soins et des services de première ligne ou préventifs appropriés (Enard et Ganelin, 2013).

## Plans de soins personnalisés

Les plans de soins personnalisés font référence à une démarche réalisée par des professionnels de la santé qui se base sur une évaluation des besoins sociaux de santé de l'utilisateur. Cette démarche inclut la formulation d'objectifs et de moyens visant à atteindre ces objectifs pour orienter les décisions futures en matière de soins et répondre aux besoins de l'utilisateur (Health Equity Evidence Centre, 2024; Iovan *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2017). Ces informations sont consignées dans un document, inclus dans le dossier médical de l'utilisateur à l'urgence, qui peut également comprendre l'historique médical et psychosocial de la personne ainsi que des informations issues de l'évaluation des besoins (Gabet *et al.*, 2023; Iovan *et al.*, 2020). Puisque les documents évalués dans le cadre des présents travaux proviennent de la littérature internationale, le terme « plan de soins personnalisé » est employé ici dans son sens large et ne correspond pas nécessairement aux plans d'intervention ou aux plans de services individualisés mentionnés dans la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec](#).

## Plan d'intervention ou plan de services individualisé

Le plan d'intervention permet de déterminer les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services offerts à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement (article 389 de la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec](#)). Le plan de services individualisé nécessite, en plus de la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants (article 390 de la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec](#)).

# INTRODUCTION

## Problématique

L'utilisation fréquente des services d'urgence a été identifiée comme étant une source possible d'engorgement de ces services depuis plus de deux décennies (Fleury *et al.*, 2014; Genell Andrén et Rosenqvist, 1987; Kne *et al.*, 1998). Les usagers qui utilisent fréquemment les services d'urgence<sup>5</sup> sont peu nombreux, mais cumulent un nombre élevé de visites. Au Québec, en 2018-2019, les usagers qui utilisaient fréquemment les services d'urgence représentaient 9 % des visiteurs et 29 % des visites dans ces services (ICIS, 2019).

Ces personnes présenteraient généralement des profils cliniques complexes caractérisés par la présence simultanée de plusieurs conditions liées à la santé physique et mentale (Birmingham *et al.*, 2016; Krieg *et al.*, 2016; MSSS, 2025, octobre 17). Elles seraient également nombreuses à présenter des besoins psychosociaux (p. ex. défavorisation matérielle et sociale, situation résidentielle précaire ou itinérance) qui pourraient faire obstacle à leur accès aux soins et aux services dont elles ont besoin et contribuer à expliquer leur recours fréquent aux services d'urgence (Giannouchos *et al.*, 2019; Krieg *et al.*, 2016; Kromka et Simpson, 2019).

Selon certaines études, la présence de troubles mentaux serait particulièrement associée à l'utilisation élevée des services d'urgence (Brennan *et al.*, 2014; Fleury *et al.*, 2019b; 2019). Les personnes qui présentent des troubles mentaux sont plus à risque de développer des conditions de santé physique chroniques (Scott *et al.*, 2016). Dans un rapport basé sur des données québécoises, l'INSPQ a d'ailleurs relevé que la majorité des visites à l'urgence réalisées par les usagers ayant des troubles mentaux était pour des raisons liées à la santé physique, ce qui souligne que cette population présente des besoins sur le plan de la santé physique, et non uniquement sur celui de la santé mentale (INSPQ, 2019). Les personnes qui présentent un trouble mental grave, c'est-à-dire un trouble mental entraînant une incapacité prolongée qui nuit significativement au fonctionnement dans différentes sphères (p. ex. interpersonnelle et professionnelle) (VGQ, 2023), constituent une clientèle particulièrement vulnérable. La chronicité des besoins de ces usagers, notamment liée à la présence de multiples conditions de santé mentale et physique comorbides, pourrait les amener à recourir fréquemment aux services d'urgence (VGQ, 2023).

---

<sup>5</sup> Dans la littérature scientifique, les chercheurs s'appuient généralement sur le nombre de visites annuelles pour déterminer l'utilisation fréquente des services d'urgence. Cependant, il n'existe pas de consensus quant au nombre de visites qui constitue une utilisation (très) fréquente des urgences. En effet, ce nombre varie de 3 à 20 visites au cours d'une année donnée selon les études (Fleury *et al.*, 2018; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2025; Vérificateur général du Québec, 2023).

Au Québec, plusieurs initiatives visent à répondre aux besoins des personnes qui utilisent fréquemment les urgences, et ce, autant à l'urgence que dans les services de première ligne, de proximité, spécifiques<sup>6</sup> et spécialisés<sup>7</sup>. Dans le [Guide de gestion des urgences](#) publié par le MSSS, on souligne d'ailleurs la nécessité de porter une attention particulière à ces usagers, et notamment à ceux qui ont un trouble mental, pour éviter des visites non nécessaires, c'est-à-dire qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence. Toutefois, le VGQ souligne que des enjeux demeurent dans la prise en charge des besoins de ces personnes, notamment sur le plan de la continuité des soins et des services, ce qui se reflète, entre autres, dans leur (sur)utilisation des services d'urgence (Vérificateur général du Québec, 2023). Il s'avère donc pertinent de s'intéresser non seulement aux caractéristiques et aux besoins des personnes qui utilisent fréquemment les urgences et qui ont un trouble mental, mais également aux pratiques à privilégier pour mieux répondre à leurs besoins.

---

<sup>6</sup> Les services spécifiques sont destinés aux clientèles particulières (p. ex., les personnes ayant des problèmes de santé mentale) et sont généralement des services à moyen ou long terme tels que des services psychosociaux ou de réadaptation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023).

<sup>7</sup> Les services spécialisés sont accessibles généralement à l'aide d'une référence et sont destinés à des personnes ayant des problèmes très complexes dont la prévalence est très faible (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023).

## MISE EN CONTEXTE

Dans ce contexte, le MSSS a mandaté l'INESSS afin d'explorer l'utilisation fréquente des services d'urgence. Des travaux réalisés en 2024 par l'INESSS ont consisté en un portrait général de ces usagers et de leurs caractéristiques à partir de données clinico-administratives québécoises (INESSS, 2025). Ces travaux, qui portaient sur les visites réalisées aux urgences québécoises en 2022-2023 par tous les usagers – avec ou sans troubles mentaux – ont permis de relever différents constats. Notamment, les personnes qui utilisent souvent les urgences étaient plus nombreuses à présenter des conditions chroniques, y compris des troubles mentaux, que l'ensemble des usagers. De plus, la moitié des visites effectuées par ces personnes avait été classée moins ou non urgente lors du triage (P4-P5). La majorité de ces personnes avait effectué au moins une visite dans un centre local de services communautaires (CLSC) durant l'année, et environ les trois quarts avaient un médecin de famille.

En continuité avec les précédents travaux, et puisque le VGQ et la Commission de l'administration publique (CAP) ont mis en lumière l'absence de critères communs de repérage et de suivi des personnes qui utilisent fréquemment les urgences et qui ont un trouble mental, l'INESSS a approfondi l'évaluation sur la prise en charge<sup>8</sup> des besoins de ces personnes pour soutenir une meilleure offre de services au bon moment.

Le présent rapport se divise en différentes sections. La [section 1](#) présente les questions d'évaluation et la méthodologie employée pour y répondre et intégrer l'ensemble des données recueillies. La [section 2](#) présente les caractéristiques des personnes qui ont un trouble mental et qui utilisent fréquemment les urgences. En raison de la vulnérabilité accrue de ces personnes, une attention particulière a été portée, dans les données récoltées, aux éléments qui touchent le respect de la dignité afin d'éviter leur stigmatisation. Ces éléments sont présentés au début de la [section 3](#). Par la suite, les résultats concernant les pratiques de prise en charge des besoins de ces usagers sont rapportés, ainsi que les freins et les facilitateurs associés. Les données scientifiques, contextuelles et expérientielles recueillies tout au long des travaux ont été intégrées dans chacune des sections des résultats. Ce rapport se conclut avec une présentation des forces et des limites des travaux ainsi qu'une discussion qui résume les principaux constats.

---

<sup>8</sup> Dans les présents travaux, le terme « prise en charge » comprend la notion d'accompagnement.

# 1 MÉTHODOLOGIE

Les présents travaux visaient à produire un état des pratiques portant sur la prise en charge des besoins des personnes qui utilisent fréquemment les urgences et qui ont un trouble mental. Les questions clés d'évaluation et les méthodes employées pour collecter et analyser les données sont présentées brièvement dans cette section, et de façon détaillée dans le document *Annexes complémentaires*.

## 1.1 Questions clés d'évaluation

En continuité avec les précédents travaux (INESSS, 2025), les questions d'évaluation suivantes ont été posées pour mieux décrire les usagers qui utilisent fréquemment les urgences et qui ont un trouble mental et pour répondre à leurs besoins :

1. Comment se caractérisent ces usagers et quelle est leur utilisation des services d'urgence au Québec? (Q1)
2. Quelles sont les bonnes pratiques efficaces<sup>9</sup> de prise en charge des besoins de ces usagers pour diminuer les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence? (Q2)
  - Quels sont les freins et les facilitateurs associés aux bonnes pratiques de prise en charge des besoins de ces usagers?

Des revues de la littérature ont été réalisées afin de répondre aux questions d'évaluation, soit une revue exploratoire de la littérature scientifique québécoise pour la Q1 et pour la Q2, des revues rapides en respectant la méthode décrite dans les *Lignes directrices de revues rapides* de l'INESSS (INESSS, 2023). De plus, pour répondre à la Q1, les banques de données clinico-administratives québécoises ont été utilisées pour colliger des données descriptives portant sur les caractéristiques des personnes qui ont un trouble mental et qui utilisent fréquemment les urgences dans la province. En complément, une recherche exploratoire a été effectuée pour repérer des pratiques existantes au Québec qui visent à désengorger les services d'urgence<sup>10</sup>. Enfin, des consultations auprès de deux comités ont permis de colliger des données contextuelles et expérientielles pertinentes pour les deux questions d'évaluation. Le tableau A-1 du document *Annexes complémentaires* présente le sommaire des sources d'information selon les questions d'évaluation.

---

<sup>9</sup> Le terme « efficacité » inclut ici l'efficacité statistique, l'efficacité clinique ainsi que la pertinence des pratiques pour diminuer les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence.

<sup>10</sup> Toutefois, l'efficacité de ces initiatives pour diminuer les visites aux urgences n'a pas été consignée dans le cadre des présents travaux.

## 1.2 Données issues de la littérature scientifique et grise

La méthodologie détaillée de l'analyse des données issues de la littérature scientifique et grise est disponible aux annexes B et C du document *Annexes complémentaires*.

Pour répondre aux deux questions d'évaluation, des stratégies de repérage de la littérature ont été élaborées par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire), en collaboration avec l'équipe de projet. La majorité des documents retenus pour la Q2 comprend de bonnes pratiques ciblant l'ensemble des personnes qui visitent fréquemment les urgences. Lors de la sélection de la littérature, il est apparu qu'il n'était pas possible de différencier les documents abordant les besoins des usagers ayant un trouble mental grave selon la définition du VGQ<sup>11</sup>. C'est pourquoi les documents retenus portent sur la prise en charge des besoins des usagers ayant un trouble mental, qu'il soit qualifié de grave ou non. De plus, seule une minorité de documents portait spécifiquement sur les usagers qui ont un trouble mental; la majorité des documents repérés proposait des pratiques et des interventions qui ciblaient l'ensemble des usagers qui visitent fréquemment les urgences, sans distinction relative à la présence d'un trouble mental ou aux raisons des visites. Si l'information était disponible, elle a été précisée dans le rapport. L'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus a été réalisée par une professionnelle scientifique et validée par une seconde professionnelle en utilisant des outils validés.

Les données quantitatives permettant de répondre aux questions d'évaluation ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique. Les données qualitatives (relatives aux freins et aux facilitateurs des pratiques [Q2]) et de la littérature grise ont été synthétisées sous la forme d'une synthèse narrative.

## 1.3 Données clinico-administratives

La méthodologie détaillée en lien avec l'analyse des données clinico-administratives est présentée aux annexes D et E du document *Annexes complémentaires*.

Toutes les visites à l'urgence effectuées du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024, pour les adultes dont l'âge était compris entre 18 et 65 ans<sup>12</sup> à la date de début de la première visite, ont été incluses (N = 1 151 873 usagers). Des analyses descriptives (p. ex. fréquences, proportions) ont été effectuées pour décrire les usagers (caractéristiques démographiques, conditions cliniques, interventions en CLSC et inscription auprès d'un médecin de famille) et leurs visites (p. ex. diagnostics obtenus à l'urgence et types de départ).

---

<sup>11</sup> Les troubles mentaux graves se caractérisent par un niveau d'incapacité (suivie, prolongée ou durable) qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle de la sphère professionnelle. Des exemples de diagnostics associés incluent la schizophrénie et les autres troubles psychotiques ainsi que le trouble dépressif majeur avec éléments psychotiques (VGQ, 2023).

<sup>12</sup> Les populations pédiatriques et gériatriques ont été exclues des présents travaux en raison des spécificités qui leur sont propres.

Les résultats sont présentés pour trois groupes définis à partir du nombre de visites effectuées dans l'année (seuil de visites), soit les usagers qui ont visité l'urgence une ou deux fois durant l'année, les usagers qui ont effectué six visites ou plus (6+) et ceux qui ont effectué douze visites ou plus (12+)<sup>13</sup>. Ces seuils ont été déterminés sur la base de la littérature scientifique et validés par le comité consultatif qui a accompagné les travaux<sup>14</sup>.

Les conditions de santé des usagers ont été établies à partir de la méthodologie de regroupements de la population, Pop-Grouper, développée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2023). Seules les conditions chroniques ont été prises en considération pour décrire les pathologies à long terme des usagers, et ce, indépendamment des raisons de leurs visites aux urgences. Pour la catégorie « troubles mentaux<sup>15</sup> », les conditions Pop-Grouper suivantes ont été retenues : trouble délirant, y compris schizophrénie, trouble bipolaire ou maniaque, dépression, trouble névrotique, anxieux ou obsessionnel compulsif, trouble de la personnalité, trouble de l'alimentation, réaction d'adaptation ou stress, trouble émotionnel ou comportemental apparaissant généralement durant l'enfance, autre trouble mental ou trouble mental non précisé et signe ou symptôme de trouble mental. Pour les fins des analyses, certaines conditions ont été regroupées dans des catégories basées sur la littérature scientifique (Fleury *et al.*, 2018; Fleury *et al.*, 2019a; Gentil *et al.*, 2021a; Gentil *et al.*, 2021b).

Pour faciliter la compréhension des caractéristiques des visites aux urgences, les diagnostics principaux<sup>16</sup> reçus lors des visites à l'urgence, basés sur la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), et les raisons des visites aux urgences ont été utilisés.

---

<sup>13</sup> Les seuils de visites choisis ne présentent pas les résultats pour les usagers ayant fait de trois à cinq visites.

<sup>14</sup> Les travaux antérieurs de l'INESSS, où tous les seuils de visites allant d'une visite et plus par année à douze visites et plus par année ont été analysés, n'ont pas permis de déterminer un seuil précis à considérer pour définir l'utilisation fréquente des urgences (INESSS, 2025). Dans la littérature scientifique, bien qu'il n'existe pas de consensus quant à la fréquence des visites qui constitue une utilisation fréquente des urgences, plusieurs études ont utilisé un seuil de deux visites annuelles ou moins pour représenter une utilisation peu fréquente des urgences et des seuils de six visites et plus et de douze visites et plus pour représenter respectivement une utilisation fréquente et très fréquente des services d'urgence (Gabet *et al.*, 2023). De plus, le comité consultatif a indiqué que ces seuils correspondent davantage à la réalité clinique et organisationnelle des urgences québécoises comparativement à des seuils plus bas (p. ex., trois visites annuelles ou plus).

<sup>15</sup> Les données clinico-administratives disponibles n'ont pas permis de déterminer la gravité des troubles mentaux puisqu'elles n'incluaient pas d'information sur l'incapacité fonctionnelle liée au trouble mental de l'utilisateur et ne permettaient pas de déterminer si l'utilisation fréquente des urgences d'un usager était liée à la gravité de son trouble mental.

<sup>16</sup> La raison de la visite correspond à celle établie par l'infirmière de triage à la suite du triage. Le diagnostic principal de la visite, quant à lui, est posé par le médecin. Un seul diagnostic principal est apposé à une visite donnée. Voir le document *Annexes complémentaires* pour plus d'information.

## 1.4 Contributions d'expertises et processus de validation

Quatre comités, soit un comité consultatif, un comité collaboratif d'usagers et de proches aidants, le Panel permanent des usagers et des personnes proches aidantes et un comité délibératif permanent ont accompagné l'équipe de projet dans les travaux.

### **Comité consultatif**

Un comité consultatif composé de cliniciens et de professionnels de la santé et des services sociaux (infirmière, infirmières de liaison en santé mentale, médecin omnipraticienne, psychiatre en services d'urgence, chefs d'urgence psychiatrique, coordonnatrice régionale des urgences), de chercheurs universitaires et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux a accompagné l'équipe de projet à différentes étapes de la production scientifique et a participé à la consultation. Le mandat du comité était de soutenir l'équipe de projet, notamment pour l'évaluation et l'interprétation de la littérature recensée, mais également de fournir de l'information contextuelle et expérientielle liée au fonctionnement des urgences et à l'accompagnement des usagers québécois qui les utilisent fréquemment et qui ont un trouble mental. Les membres du comité se sont réunis à deux reprises au cours des travaux (février 2025 et septembre 2025). Certains experts *ad hoc* ont aussi été consultés selon les besoins du projet et leur expertise (mai 2025).

### **Comité collaborateur d'usagers et de proches aidants**

Un comité collaborateur réunissant des usagers qui ont une problématique de santé mentale complexe (c.-à.-d., nuisant à leur fonctionnement de façon importante) et une expérience d'utilisation fréquente des services d'urgence, ou des personnes proches aidantes de ces usagers, a également accompagné les travaux. Le mandat de ce comité était de soutenir l'équipe de projet en fournissant de l'information permettant de mieux comprendre les besoins, les perspectives, les savoirs et les expériences des personnes concernées. Les membres du comité ont été consultés à deux reprises au cours des travaux (juin 2025 et septembre 2025).

### **Panel des usagers et des personnes proches aidantes**

Le Panel des usagers et des personnes proches aidantes est une instance permanente de l'INESSS. Ses membres ont de l'expérience en tant qu'usagers ou proches aidants dans les programmes-services liés aux services sociaux, à la réadaptation et à la santé mentale. Leur mandat consiste à partager leurs connaissances et leur vécu expérientiel au sein de ces programmes-services. Plus spécifiquement, les membres du Panel ont eu l'occasion, en avril 2025, d'alimenter la réflexion de l'équipe de projet sur les façons d'intégrer la perspective des usagers et des proches. Ils ont également soulevé des préoccupations et des enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité liés à l'accompagnement des usagers qui utilisent fréquemment les urgences.

### **Comité délibératif permanent**

Le comité délibératif permanent est une structure interne de l'INESSS. Il exerce un rôle délibératif selon le cadre d'appréciation de la valeur des interventions de l'INESSS pour formuler des recommandations justes, raisonnables et porteuses de valeur pour le système de santé et de services sociaux et la population québécoise. Les membres peuvent également exercer un rôle d'appréciation des données, des constats et des enjeux de chaque dimension de l'évaluation considérée dans le projet. Dans le cadre des présents travaux, les membres ont été sollicités en octobre 2024 afin d'accompagner l'équipe dans le cadrage du projet.

### **Confidentialité et aspects éthiques**

Toute information fournie par les parties prenantes a été anonymisée pour protéger leur identité. Les données de nature nominative ont été conservées dans le répertoire sécurisé de l'INESSS. Diverses modalités ont été mises en œuvre pour favoriser un consentement libre et éclairé, assurer la confidentialité et éviter tout conflit d'intérêts potentiel, notamment en signant un document d'entente de participation et un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts.

### **Processus de validation**

La validation scientifique a été assurée par l'équipe de projet à chaque étape de l'élaboration du présent rapport. Les différents guides méthodologiques de l'INESSS ont été consultés pour assurer la qualité scientifique. Le Bureau – Méthodes, données et éthique (BMDE) de l'INESSS a également été invité à réviser le produit de connaissances pour en attester la rigueur méthodologique.

## 2 CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS FRÉQUENTS QUÉBÉCOIS QUI ONT UN TROUBLE MENTAL ET DE LEUR UTILISATION DES SERVICES D'URGENCE

Cette section présente les résultats relatifs aux caractéristiques des utilisateurs fréquents qui ont un trouble mental et de leur utilisation des services d'urgence au Québec. Les résultats présentés ont trait au nombre d'utilisateurs et de visites aux urgences ([section 2.1](#)), aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers ([section 2.2](#)), aux caractéristiques des visites aux urgences ([section 2.3](#)) et à l'utilisation des services de première ligne ([section 2.4](#)). Dans chaque section, les résultats de l'analyse effectuée par l'INESSS des banques de données clinico-administratives québécoises sont d'abord présentés. Pour approfondir l'analyse et contextualiser les résultats<sup>17</sup>, les données issues de dix études primaires retenues de la littérature québécoise, dont huit études de cohorte rétrospectives et deux études descriptives (Armoon *et al.*, 2022; Chiu *et al.*, 2022; Fleury *et al.*, 2024a, 2024b; Fleury *et al.*, 2018; Fleury *et al.*, 2019a; Gentil *et al.*, 2021a; Gentil *et al.*, 2021b; Kaltsidis *et al.*, 2021; Ngamini-Ngui *et al.*, 2014), sont ensuite présentées. Les caractéristiques de ces publications et une synthèse plus détaillée de leurs résultats se trouvent à l'annexe F du document *Annexes complémentaires*.

### 2.1 Utilisation fréquente des urgences et troubles mentaux

#### 2.1.1 Données clinico-administratives québécoises

Les données clinico-administratives analysées montrent qu'au Québec, 1 151 873 usagers âgés de 18 à 65 ans ont visité l'urgence au moins une fois en 2023-2024. La majorité (87 %) de ces usagers a visité l'urgence une ou deux fois dans l'année, alors que 2 % ont visité l'urgence six fois ou plus et 0,3 % ont fait douze visites ou plus durant cette période (voir la figure F-1 dans le document *Annexes complémentaires* pour plus d'information)<sup>18</sup>.

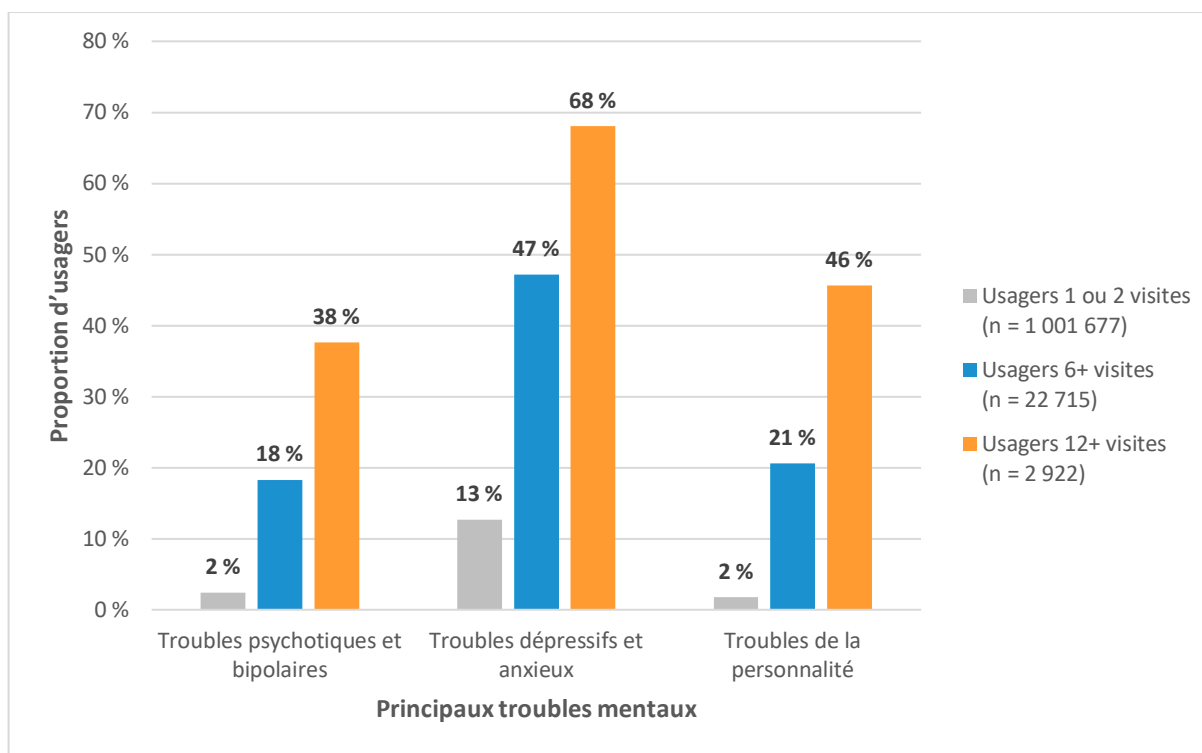
---

<sup>17</sup> Il est à noter que l'information issue des études scientifiques québécoises ne peut être directement comparée avec les données analysées par l'INESSS en raison de différences sur le plan de la population (p. ex., inclusion des personnes âgées de 65 ans et plus ou études portant sur des usagers ayant utilisé les urgences fréquemment pendant plusieurs années) ou d'autres aspects méthodologiques (p. ex., sources des données, années).

<sup>18</sup> En tout, 1 862 754 visites ont été répertoriées dans cette population en 2023-2024. Les 1 001 677 usagers qui ont visité l'urgence une ou deux fois dans l'année représentaient 65 % de ces visites (1 219 115 visites). Les 22 715 usagers qui ont visité l'urgence six fois ou plus représentaient 11 % des visites (196 007 visites) et les 2 922 usagers qui ont fait douze visites ou plus représentaient 3 % des visites (52 249 visites).

Parmi l'ensemble de ces usagers, 245 934 (21 %) ont reçu un ou plusieurs diagnostics de trouble mental (TM)<sup>19</sup> entre 2021 et 2024. Cette proportion était plus élevée chez les usagers 6+ (59 %) et 12+ (81 %), comparativement à ceux qui ont visité l'urgence une ou deux fois dans l'année (19 %). Par exemple, chez les usagers 12+, 38 % avaient reçu un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire, 68 % avaient reçu un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux, et 46 % avaient reçu un diagnostic de trouble de la personnalité (voir la [figure 1](#)).

**Figure 1 Proportion d'usagers ayant reçu un diagnostic de trouble mental\*, selon le seuil de visites annuelles en 2023-2024**



\* Diagnostics reçus entre 2021 et 2024. Principales catégories de troubles mentaux seulement. Les informations concernant les catégories Trouble de l'alimentation, Réaction d'adaptation au stress, Trouble émotionnel ou comportemental apparaissant généralement durant l'enfance, Autre trouble mental ou trouble mental non précisé et Signe ou symptôme de trouble mental sont disponibles sur demande.

### 2.1.2 Littérature scientifique québécoise

La littérature scientifique québécoise repérée suggère que les usagers qui utilisent fréquemment les urgences sont généralement plus nombreux à présenter un ou plusieurs troubles mentaux comparativement à ceux qui visitent les urgences moins fréquemment.

<sup>19</sup> Ces résultats décrivent les usagers qui ont reçu un ou plusieurs diagnostics de trouble mental entre 2021 et 2024, selon la méthodologie Pop-Grouper. Cette méthodologie repose sur les diagnostics consignés dans les données d'hospitalisation, de consultations médicales, de chirurgies d'un jour et de visites à l'urgence sur une période de trois ans (du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2024). Davantage d'information sur la méthodologie utilisée est disponible à la [section 1.3](#) et dans le document *Annexes complémentaires*.

Plusieurs études ont porté sur des usagers qui ont consulté à l'urgence pour des raisons liées ou non à la santé mentale. Armoon *et al.* (2022) ont observé trois groupes de participants qui avaient fait une utilisation élevée ou très élevée<sup>20</sup> des urgences sur une période de un, deux ou trois ans. Les auteurs ont observé que les groupes qui avaient utilisé les urgences durant plusieurs années incluaient une plus grande proportion d'usagers ayant un ou des diagnostics de troubles mentaux<sup>21</sup>. Dans une autre étude, Chiu *et al.* (2022) ont repéré quatre groupes d'usagers, dont un qui incluait en quasi-totalité des participants ayant un diagnostic de trouble mental et qui représentait 20 % de l'échantillon total. Ce groupe était associé à la proportion la plus élevée d'usagers ayant visité fréquemment les urgences, comparativement aux autres groupes composés surtout de participants ayant des conditions de santé physique. Fleury *et al.* (2024a), quant à eux, ont observé une probabilité d'utilisation fréquente (soit de 4 à 7 visites/année) significativement plus élevée chez les usagers qui avaient un trouble de la personnalité<sup>22</sup>. Par contre, aucun trouble mental n'était associé plus fortement que les autres à la probabilité d'utilisation très fréquente des urgences (soit > 8 visites/année).

Chez des usagers qui ont visité une urgence spécifiquement pour des raisons liées à la santé mentale, d'autres études ont également montré que la présence d'un ou de plusieurs troubles mentaux était associée à une utilisation accrue des services d'urgence. Fleury *et al.* (2019a) ont rapporté que tous les troubles mentaux inclus<sup>23</sup> étaient significativement associés à un risque plus important d'utilisation élevée<sup>24</sup> des urgences. Des résultats similaires ont été observés dans une autre étude, où la présence d'un trouble mental<sup>25</sup> était significativement associée au nombre de visites aux urgences effectuées dans l'année précédente (Kaltsidis *et al.*, 2021). Gentil *et al.* (2021b), pour leur part, ont observé que les usagers qui avaient fait une utilisation élevée des urgences sur trois ans étaient plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble anxieux, alors que ceux qui avaient fait une utilisation élevée sur deux et trois ans étaient plus susceptibles de présenter un diagnostic de trouble de la personnalité, comparativement à ceux dont l'utilisation élevée s'était limitée à une année.

---

<sup>20</sup> Dans l'article de Armoon *et al.* (2022), une utilisation élevée correspondait à > 3 visites/année, et une utilisation élevée, à > 10 visites/année.

<sup>21</sup> Troubles anxieux, dépressifs, trouble de l'adaptation, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, trouble bipolaire, troubles de la personnalité.

<sup>22</sup> Troubles anxieux, dépressifs, trouble de l'adaptation, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, trouble bipolaire.

<sup>23</sup> Troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, troubles du spectre de la schizophrénie, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, troubles de la personnalité, autres troubles mentaux (p. ex., démence sénile forme simple, psychose non organique).

<sup>24</sup> Utilisation élevée : > 3 visites/année.

<sup>25</sup> Trouble anxieux, dépression, schizophrénie, trouble bipolaire, troubles de la personnalité.

## 2.2 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers

### 2.2.1 Données clinico-administratives québécoises

Parmi les usagers ayant un trouble mental et qui ont visité une urgence six fois ou plus en 2023-2024 (usagers TM<sup>26</sup> 6+), 46 % étaient des hommes. Chez les usagers TM 12+, cette proportion augmentait à 52 %, alors qu'elle se situait à 40 % chez ceux qui ont visité une urgence une ou deux fois. Environ la moitié des usagers (46 %) étaient âgés de 25 à 44 ans, peu importe le seuil de visites<sup>27</sup>.

Par ailleurs, les usagers TM qui ont visité fréquemment les urgences présentaient des niveaux de défavorisation plus élevés que ceux qui ont fait une ou deux visites dans l'année. Plus spécifiquement, 26 % des usagers TM 6+ et 31 % des usagers TM 12+ présentaient un niveau de défavorisation sociale très élevé, comparativement à 22 % de ceux qui ont fait une ou deux visites. De même, 29 % des usagers TM 6+ et des usagers TM 12+ présentaient un niveau de défavorisation matérielle très élevé, comparativement à 22 % de ceux qui ont fait une ou deux visites.

Les usagers TM 6+ et 12+ présentaient davantage de conditions chroniques de santé physique (p. ex. cardiovasculaires) et mentale<sup>28</sup>. En effet, parmi les usagers qui ont fait une ou deux visites, 3 % présentaient 10 conditions chroniques ou plus (y compris des conditions liées à la santé mentale et à la santé physique), alors que chez les usagers TM 12+, 43 % présentaient 10 conditions ou plus (voir la [figure 2](#)). En moyenne, les usagers TM 6+ présentaient trois conditions liées à la santé mentale et quatre conditions de santé physique, et les usagers TM 12+ présentaient quatre conditions liées à la santé mentale et six conditions liées à la santé physique. Ceux qui ont fait une ou deux visites présentaient en moyenne deux conditions liées à la santé mentale et deux conditions de santé physique.

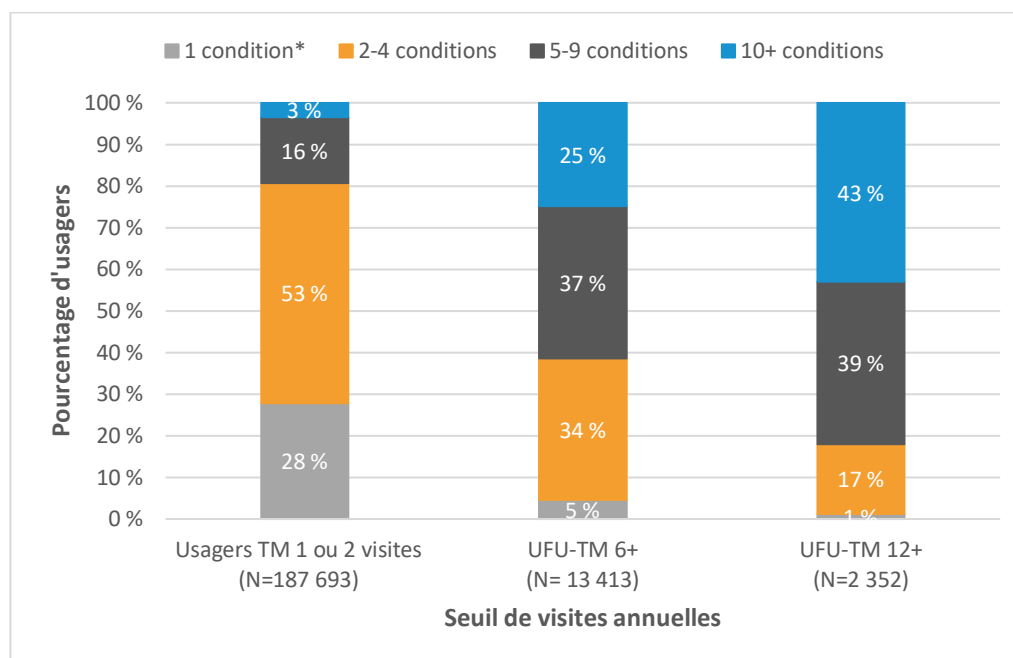
---

<sup>26</sup> Les usagers TM correspondent aux usagers qui ont reçu un ou plusieurs diagnostics de trouble mental de 2021 à 2024, selon la méthodologie Pop-Grouper. Davantage d'information sur la méthodologie utilisée est disponible dans la [section 1.2](#).

<sup>27</sup> Aux fins des analyses, les données ont été regroupées en trois catégories d'âge, soit 18-24 ans, 25-44 ans et 45-65 ans (voir le tableau F-1 dans le document *Annexes complémentaires* pour plus d'information).

<sup>28</sup> Seules les conditions chroniques repérées avec la méthodologie Pop-Grouper ont été considérées dans ces résultats. Voir la [section 1.2](#) pour plus de détails sur la façon dont les conditions ont été identifiées et l'annexe E du document *Annexes complémentaires* pour la liste des conditions incluses.

**Figure 2 Proportion d’usagers TM selon le nombre de conditions chroniques par usager et selon le seuil de visites annuelles en 2023-2024**



\* Tous les usagers TM présentaient au moins une condition chronique, soit un trouble mental.  
UFU : usager ayant visité fréquemment les urgences.

## 2.2.2 Littérature scientifique québécoise

Dans la littérature québécoise repérée, des niveaux élevés de défavorisation sociale ou matérielle, de même que la présence de plusieurs conditions physiques et troubles mentaux comorbides, ont été identifiés comme des facteurs associés à l'utilisation fréquente des urgences, ce qui corrobore les résultats rapportés à la [section 2.2.1](#). Ces associations ont été rapportées autant chez des usagers ayant des troubles mentaux que parmi des populations d'usagers avec ou sans troubles mentaux. Par ailleurs, les résultats des études répertoriées sont contradictoires quant à l'association entre le sexe et l'utilisation fréquente des urgences, avec des études qui montrent une utilisation plus élevée chez les hommes, d'autres, chez les femmes, ou encore aucune association.

Plus spécifiquement, quelques études ont rapporté des liens entre la défavorisation sociale et matérielle et l'utilisation fréquente des urgences. Dans l'étude de Chiu *et al.* (2022; décrite plus haut), le groupe composé majoritairement de participants ayant un trouble mental incluait les proportions les plus élevées d'usagers ayant eu fréquemment recours aux urgences et présentant des niveaux élevés de défavorisation matérielle et sociale. Armoon *et al.* (2022; étude décrite plus haut) et Gentil *et al.* (2021b; étude décrite plus haut) ont rapporté que les usagers ayant utilisé les urgences de façon élevée et récurrente sur plus d'un an étaient plus susceptibles de vivre dans des régions plus défavorisées matériellement ou socialement. Des résultats similaires ont été observés chez des usagers avec un trouble mental et ayant consulté une urgence psychiatrique (2024b).

Par ailleurs, une association entre la présence de multiples conditions liées à la santé physique ou mentale et une utilisation accrue des services d'urgence a été observée dans plusieurs études. Trois études menées auprès d'usagers avec ou sans troubles mentaux (Fleury *et al.*, 2024a) et d'usagers ayant visité l'urgence pour une raison de santé mentale (Fleury *et al.*, 2019a; Gentil *et al.*, 2021a) ont rapporté une probabilité plus élevée d'utiliser les urgences fréquemment chez les personnes qui avaient une maladie physique chronique. Également, parmi des personnes ayant des diagnostics concomitants de schizophrénie et de troubles liés à une substance, un nombre plus élevé de troubles mentaux ou de maladies physiques comorbides a été associé à la probabilité d'utiliser fréquemment les urgences (Ngamini-Ngui *et al.*, 2014). Armoon *et al.* (2022) et Gentil *et al.* (2021b), quant à eux, ont observé que les usagers qui avaient fait une utilisation élevée des urgences durant trois ans étaient plus nombreux à présenter une maladie physique chronique, comparativement à ceux qui avaient fait une utilisation élevée durant une seule année. De même, parmi des usagers avec un trouble mental et ayant consulté dans une urgence psychiatrique, ceux qui avaient eu recours aux urgences de façon élevée et répétée sur deux, trois ou quatre années étaient plus susceptibles de présenter une maladie chronique plus sévère (Fleury *et al.*, 2024b)<sup>29</sup>. Fleury *et al.* (2018), quant à eux, ont rapporté que les participants qui avaient deux troubles mentaux ou plus cumulaient plus de la moitié des visites à l'urgence.

En ce qui concerne le sexe et l'utilisation fréquente des urgences, la littérature repérée n'a pas montré de tendance claire quant à une association entre ces deux variables. Dans l'étude de Chiu *et al.* (2022; décrite plus haut), les femmes étaient majoritaires dans les groupes composés de participants ayant des conditions de santé physique, alors qu'une proportion égale de femmes et d'hommes a été observée dans le groupe composé majoritairement de participants ayant un trouble mental. D'autres études menées auprès d'usagers ayant eu recours aux urgences pour toutes raisons et d'usagers avec un trouble mental ont aussi rapporté une probabilité plus élevée d'utiliser fréquemment les urgences chez les femmes (Fleury *et al.*, 2024a, 2024b). Inversement, chez des personnes ayant visité l'urgence pour des raisons de santé mentale, le sexe masculin a été significativement associé à un risque plus important d'utilisation élevée des urgences (Fleury *et al.*, 2019a, étude décrite plus haut). Plusieurs autres études n'ont pas rapporté de différence notable entre les sexes sur le plan des visites aux urgences chez des usagers ayant des troubles mentaux (Fleury *et al.*, 2018; Ngamini-Ngui *et al.*, 2014) ou ayant visité l'urgence pour une raison de santé mentale (Gentil *et al.*, 2021a) ou pour toutes raisons (Armoon *et al.*, 2022; Gentil *et al.*, 2021b).

---

<sup>29</sup> C'est-à-dire une maladie associée à un risque plus élevé de décès.

## 2.3 Caractéristiques des visites aux urgences

### 2.3.1 Données clinico-administratives québécoises

Pour permettre de comprendre pour quelles raisons les usagers TM visitent les urgences, les diagnostics principaux<sup>30</sup> attribués aux visites aux urgences et les raisons des visites ont été examinés. Les données ont montré qu'un diagnostic lié à la santé physique a été attribué à la majorité des visites pour tous les groupes, soit 67 % des visites faites par les usagers TM qui ont fait une ou deux visites, 65 % des visites faites par les usagers TM 6+ et 59 % des visites faites par les usagers TM 12+. Les proportions de visites pour lesquelles le diagnostic attribué était lié à un trouble mental (environ 15 %), à des symptômes affectifs ou à une tentative de suicide (environ 2 %), ou encore à des difficultés psychosociales (environ 1 %), étaient moins élevées et comparables entre les différents seuils de visite. De plus, 24 % des usagers TM 6+<sup>31</sup> et 39 % des usagers TM 12+<sup>32</sup> ont fait au moins une visite durant l'année pour une raison de consultation liée à des idées ou à un geste suicidaires, comparativement à 6 % de ceux qui ont fait une ou deux visites<sup>33</sup>.

Pour ce qui est du déroulement des visites, la proportion de visites classées au triage comme P1 (priorité 1), P2 ou P3 (vital / très urgent / semi-urgent) variait peu selon le nombre annuel de visites et représentait environ la moitié des visites, soit 50 % chez les usagers TM qui ont fait une ou deux visites, 51 % chez les usagers TM 6+, et 55 % chez les usagers TM 12+. Les autres visites ont été classées comme P4 ou P5 (moins urgent / non urgent). L'utilisation d'une civière a été requise pour 43 % des visites d'usagers TM 6+ et pour 48 % des visites d'usagers TM 12+, soit davantage que chez ceux qui ont fait une ou deux visites (32 % des visites). Dans 19 % de leurs visites à l'urgence, les usagers TM 12+ ont quitté avant d'être pris en charge par un médecin, comparativement à 15 % des visites des usagers TM 6+ et à 11 % des visites faites par ceux qui ont fait une ou deux visites. Les proportions de visites s'étant soldées par un retour à domicile, une hospitalisation, un transfert, une réorientation ou un décès étaient similaires entre les groupes (voir la [figure 3](#)).

---

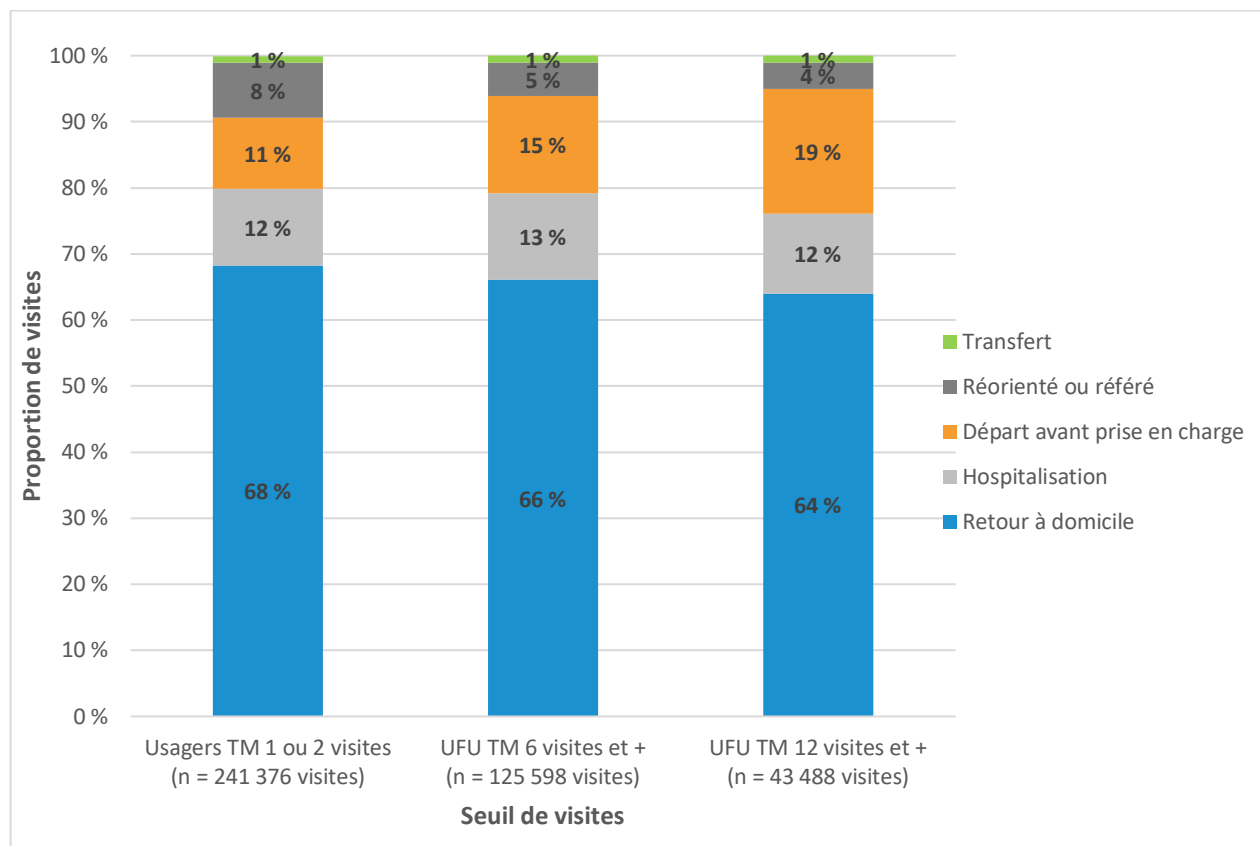
<sup>30</sup> La raison de la visite correspond à celle établie par l'infirmière de triage à la suite du triage. Le diagnostic principal de la visite, quant à lui, est posé par le médecin. Un seul diagnostic principal est apposé à une visite donnée. Voir le document *Annexes complémentaires* pour plus d'information.

<sup>31</sup> Soit 3 206 usagers.

<sup>32</sup> Soit 923 usagers.

<sup>33</sup> Soit 10 565 usagers.

**Figure 3 Proportion de visites effectuées par les usagers TM selon l'issue des visites et le seuil de visites annuelles en 2023-2024**



\* Il est à noter que les visites dont l'issue est un décès ne sont pas présentées dans ce graphique en raison du très faible pourcentage, soit 0,1 % dans tous les groupes.

UFU: usager ayant visité fréquemment les urgences.

### 2.3.2 Littérature scientifique québécoise

Les résultats d'une étude menée auprès d'usagers ayant un diagnostic de trouble mental appuient généralement les observations rapportées à la [section 2.3.1](#) selon lesquelles un diagnostic lié à la santé physique a été attribué à la majorité des visites effectuées par les usagers TM (Fleury *et al.*, 2018). Dans cette étude, les maladies physiques étaient la principale raison des visites chez 77 % des usagers, la seconde étant pour trouble mental exclusivement (12 %) et la troisième, pour maladie physique et trouble mental concomitants (7 %). Plus l'utilisation des urgences était élevée, plus les raisons des visites reflétaient des besoins complexes touchant différentes sphères (santé physique, santé mentale et utilisation de substances).

Par ailleurs, quatre des études décrites précédemment ont rapporté une association positive entre la présence de comportements suicidaires et l'utilisation fréquente des urgences (Armoon *et al.*, 2022; Fleury *et al.*, 2024a, 2024b; Gentil *et al.*, 2021a), ce qui appuie les résultats rapportés à la [section 2.3.1](#).

Une seule des études repérées a rapporté des données en lien avec le déroulement des visites et a montré que chez des usagers ayant consulté dans une urgence psychiatrique pour des raisons liées à la santé mentale, ceux qui avaient consulté plus souvent étaient moins nombreux à avoir reçu une priorité de triage élevée (Fleury *et al.*, 2024b; étude décrite plus haut), alors que les analyses réalisées dans le cadre de ce projet n'ont pas mis en lumière de différences marquées entre les groupes d'usagers concernant le niveau de priorité attribué au triage.

## **2.4 Utilisation des services de première ligne**

### **2.4.1 Données clinico-administratives québécoises**

En 2023-2024, 63 % des usagers TM 6+ et 74 % des usagers TM 12+ ont effectué au moins une visite auprès d'un professionnel dans un CLSC, comparativement à 32 % pour les usagers TM qui ont fait une ou deux visites. De plus, 69 % des usagers TM 6+ et 66 % des usagers TM 12+ étaient inscrits auprès d'un médecin de famille, comparativement à 75 % de ceux qui ont fait une ou deux visites.

### **2.4.2 Littérature scientifique québécoise**

Des études ont montré qu'un nombre plus élevé de consultations en CLSC était associé à une utilisation accrue des urgences, et ce, autant chez les usagers visitant l'urgence pour divers motifs que pour des raisons spécifiquement liées à la santé mentale (études décrites plus haut de Fleury *et al.*, 2019a; Gentil *et al.*, 2021a; Gentil *et al.*, 2021b).

Par ailleurs, la littérature québécoise suggère que les usagers qui utilisent fréquemment les urgences semblent plus susceptibles d'être inscrits auprès d'un médecin de famille que les usagers non fréquents, ce qui diffère des résultats observés par l'INESSS dans les données clinico-administratives québécoises de 2023-2024. En effet, dans l'étude d'Armoon *et al.* (2022) décrite précédemment, les groupes d'usagers ayant fait une utilisation élevée ou très élevée des urgences, récurrente sur deux ou trois ans, présentaient une proportion plus élevée de participants qui avaient un médecin de famille, comparativement au groupe ayant eu une utilisation élevée sur un an. Des résultats similaires ont été rapportés par Fleury *et al.* (2024b; étude décrite plus haut) chez des usagers avec un trouble mental qui avaient visité les urgences psychiatriques.

## En bref

Une analyse descriptive des données clinico-administratives québécoises portant sur les visites aux urgences réalisées en 2023-2024 a montré que parmi les 245 934 usagers âgés de 18 à 65 ans qui ont reçu un diagnostic de trouble mental (usagers TM) :

- Comparativement à ceux qui ont fait une à deux visites/année, les usagers TM qui ont utilisé les urgences plus fréquemment (6+ et 12+)\* :
  - présentaient des niveaux plus élevés de défavorisation sociale ou matérielle;
  - étaient plus nombreux à avoir fait au moins une visite pour un geste ou des idées suicidaires;
  - présentaient davantage de conditions chroniques liées à la santé mentale et à la santé physique.
- Pour tous les groupes d'usagers TM, 14 % à 15 % des visites se sont soldées par un diagnostic lié à la santé mentale, et une majorité de visites (60 % ou plus) se sont soldées par un diagnostic lié à la santé physique.
- Tous les groupes d'usagers TM présentaient des proportions similaires de visites triées vitales, urgentes ou semi-urgentes (P1 / P2 / P3; environ 50 % des visites).
- Sur le plan de l'utilisation des services de première ligne, les usagers TM 6+ et 12+ étaient plus nombreux à avoir consulté dans un CLSC au moins une fois durant l'année. De plus, 69 % des usagers TM 6+, 66 % des usagers TM 12+ et 75 % des usagers TM qui ont fait une ou deux visites étaient inscrits auprès d'un médecin de famille.

Les tendances relevées dans ces analyses sont généralement corroborées par la littérature québécoise. Ces résultats soulignent des besoins complexes et importants sur le plan psychosocial et de la santé mentale ainsi que sur le plan de la santé physique de ces usagers.

\* Les données sont présentées pour trois groupes déterminés sur la base de la littérature scientifique et validés par le comité consultatif. Ces groupes sont définis à partir du nombre de visites effectuées dans l'année 2023-2024, soit : une ou deux fois durant l'année, six visites ou plus (6+) et douze visites ou plus (12+).

### 3 PRATIQUES PERTINENTES POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS

L'analyse des données clinico-administratives québécoises présentée à la section précédente a indiqué que la moitié des visites effectuées par des usagers ayant un trouble mental avait été triée urgente, alors que l'autre moitié avait été triée moins ou non urgente, et ce, autant pour les personnes qui ont visité les urgences fréquemment que pour celles qui ont fait une ou deux visites dans l'année. Dans l'ensemble, les usagers qui utilisent fréquemment les urgences présentent donc des besoins urgents au même titre que ceux qui les visitent moins fréquemment. Les données ont de surcroît souligné que parmi les usagers ayant un trouble mental, ceux qui ont utilisé les urgences fréquemment présentaient des caractéristiques reflétant des besoins plus complexes non seulement sur le plan de la santé mentale, mais aussi sur celui de la santé physique et sur le plan psychosocial. Cela suggère que ces usagers pourraient bénéficier de pratiques permettant une prise en charge globale pour répondre à leurs différents besoins. En plus de contribuer à mieux accompagner ces usagers, ces pratiques pourraient également aider à diminuer les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence.

Ainsi, cette section présente les pratiques de prise en charge des besoins de ces usagers qui ont été relevées dans la littérature scientifique et grise. Lorsque disponibles, les données relatives à l'efficacité de chaque pratique pour aider à diminuer les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence sont présentées au début de chaque sous-section, suivies, s'il y a lieu, des autres indications relatives à ces pratiques et des freins et des facilitateurs perçus qui sont liés à la prise en charge des besoins des usagers. Pour certaines pratiques, soit celles présentées aux sous-sections [3.1](#) (portant sur le respect de la dignité des usagers), [3.2](#) (portant sur le repérage de l'utilisation fréquente des urgences) et [3.9](#) (qui présente des éléments pertinents qui ont été repérés dans les données collectées et qui peuvent aider au choix d'une pratique), aucune donnée n'était disponible dans la littérature répertoriée concernant leur propension à diminuer le recours aux urgences. Ces pratiques ont toutefois été jugées pertinentes pour améliorer l'accompagnement des usagers de façon globale.

Des éléments contextuels québécois provenant de la littérature et des parties prenantes consultées sont présentés dans les différentes sections pour consigner les pratiques existantes au Québec et compléter la littérature. À la fin de chaque sous-section, des encadrés « En bref » résument les informations clés à retenir.

Les résultats présentés dans cette section se fondent sur les documents de littérature suivants :

- Cinq revues systématiques de la littérature scientifique (Di Mauro *et al.*, 2019; Gabet *et al.*, 2023; Iovan *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2017; Soril *et al.*, 2015);
- Quatre documents issus de la littérature grise (un guide de pratique clinique, trois rapports d'évaluation des technologies de la santé [ETS]) (British Red Cross,

2021; Haas *et al.*, 2023; Hayhurst *et al.*, 2024; Health Equity Evidence Centre, 2024);

- Huit études scientifiques portant sur les freins et les facilitateurs perçus associés à ces pratiques (Baker *et al.*, 2021; Brunner *et al.*, 2021; Fleury *et al.*, 2025; Kahan *et al.*, 2016; Meehan *et al.*, 2021; Poremski *et al.*, 2016; Schaad *et al.*, 2023; Sillero-Rejon *et al.*, 2023).

### 3.1 Pratiques qui visent à favoriser le respect de la dignité de l'utilisateur

Plusieurs documents de la littérature scientifique et grise comprenaient des indications qui portaient sur les bonnes pratiques à adopter pour assurer le respect de la dignité des personnes qui visitent fréquemment les urgences et éviter leur stigmatisation ou leur discrimination.

Ainsi, des documents de littérature grise ont rappelé que les personnes qui recourent fréquemment aux urgences devraient être traitées avec dignité et avec la même attention et le même respect que les autres usagers (BRC, 2021; RCEM, 2024; HEEC, 2024). De plus, il a été suggéré d'employer les termes « visite fréquente » ou « usage intensif » en remplacement d'« usagers fréquents » et d'« usagers intensifs » pour éviter la stigmatisation des usagers (RCEM, 2024). Également, les besoins des personnes qui se présentent souvent aux urgences devraient être considérés de manière holistique, notamment par l'offre d'un soutien psychosocial ou communautaire en complément aux soins et aux services de santé (HEEC, 2024). La littérature grise a également souligné l'importance que les intervenants et les professionnels des urgences développent les connaissances nécessaires pour comprendre et appréhender les problématiques complexes qui sous-tendent l'utilisation fréquente des urgences par les personnes qui présentent des troubles mentaux (p. ex. déterminants psychosociaux de la santé tels que la défavorisation matérielle et sociale), par exemple par le biais de formations (BRC, 2021).

Dans la littérature scientifique qui porte sur les freins et les facilitateurs perçus des pratiques visant à diminuer le recours non indiqué aux services d'urgence, la stigmatisation et la discrimination ont été relevées comme des freins à la prise en charge adéquate des besoins des usagers aux urgences par les usagers et par les intervenants (Baker *et al.*, 2021; Fleury *et al.*, 2025; Kahan *et al.*, 2016; Meehan *et al.*, 2021). Dans une étude québécoise récente (Fleury *et al.*, 2025), des cliniciens et des gestionnaires en santé mentale ont notamment rapporté que la stigmatisation ou le manque d'empathie de certains membres du personnel des urgences auraient compliqué la détection de maladies physiques concomitantes chez des personnes qui utilisent souvent les urgences et qui ont une problématique de santé mentale, ainsi que leur orientation vers un suivi adapté. Des difficultés de communication entre l'équipe de l'urgence et les psychiatres impliqués dans l'évaluation de l'état et des besoins des usagers ont également été relevées comme pouvant nuire aux efforts visant à réduire le recours fréquent aux urgences (Fleury *et al.*, 2025).

En parallèle, les parties prenantes consultées ont souligné l'importance de déstigmatiser la clientèle qui utilise fréquemment les services d'urgence et de reconnaître que ce sont généralement des lacunes dans les soins et les services offerts à l'extérieur qui amènent ces personnes à se présenter aux urgences. Ils ont rappelé l'importance d'impliquer les familles et les proches aidants dans le soutien des usagers lorsque possible et de considérer, en cas d'absence de famille ou de proches, l'implication d'intervenants communautaires ou de personnes paires aidantes<sup>34</sup>. Faisant écho à la littérature décrite précédemment, ils ont souligné qu'il serait bénéfique pour le personnel des urgences de recevoir une formation plus approfondie sur les troubles mentaux. Il est également rapporté que les visites fréquentes aux urgences peuvent être en lien avec un ombrage diagnostique<sup>35</sup>.

### En bref

Pour favoriser le respect de la dignité des personnes qui utilisent fréquemment les urgences, la littérature consultée et les données contextuelles et expérientielles recueillies ont mis en évidence plusieurs éléments :

- Plusieurs sources ont souligné l'importance de traiter ces usagers avec la même attention et le même respect que les autres usagers et d'éviter toute stigmatisation à l'égard des personnes qui présentent un trouble mental;
- Une prise en compte holistique des besoins de ces usagers a été mentionnée, notamment par l'ajout d'un soutien psychosocial ou communautaire en complément aux soins de santé;
- Ces sources ont abordé la pertinence d'un perfectionnement des connaissances du personnel des urgences au sujet des troubles mentaux et des facteurs et des besoins particuliers qui sous-tendent l'utilisation fréquente des urgences;
- Il a aussi été relevé que des lacunes dans les soins et les services offerts à l'extérieur peuvent contribuer à ce que les personnes aient fréquemment recours aux services d'urgence.

---

<sup>34</sup> Au Québec, la pair-aidance peut se définir comme le soutien offert à une personne dans un cadre défini (p. ex., au sein de services du RSSS, d'un organisme communautaire) par un pair ou une paire, c'est-à-dire une autre personne ayant un savoir reconnu découlant d'une expérience similaire en lien avec une maladie ou une problématique (Association québécoise en réadaptation psychosociale; Pair-aidance Québec, s. d.; Pomey et Chaire de recherche en évaluation des technologies et des pratiques de pointe du CHUM, 2025). Les pairs aidants et paires aidantes se distinguent ainsi des personnes proches aidantes, puisque ces dernières offrent du soutien à la personne aidée dans le cadre d'une relation affective qui, donc, ne s'inscrit pas dans un contexte organisationnel ou professionnel. De plus, les personnes proches aidantes ne partagent pas ou n'ont pas nécessairement vécu une maladie, problématique ou expérience similaire à celle rencontrée par la personne aidée (MSSS, 2021b).

<sup>35</sup> L'ombrage diagnostique correspond à un phénomène de discrimination où les symptômes physiques sont attribués à tort au trouble de santé mentale de la personne, négligeant ainsi un diagnostic physique potentiel et un traitement adéquat (Bélanger, 2016).

## 3.2 Repérage de l'utilisation fréquente des services d'urgence

Plusieurs pratiques portant sur le repérage de l'utilisation fréquente des services d'urgence ont été relevées dans la littérature grise. Cette littérature a proposé que les établissements mettent en place un mécanisme permettant de consigner les visites fréquentes et les caractéristiques associées à ces visites (RCEM, 2024). À l'échelle régionale, il est suggéré de développer une stratégie d'analyse et de partage des données pour reconnaître les personnes qui visitent souvent les urgences (ou qui sont susceptibles de le faire) et de favoriser la compréhension de leurs besoins à une échelle plus large qu'un seul établissement (BRC, 2021; RCEM, 2024). Par exemple, un tableau de bord partagé par les différents services d'urgence d'une région peut servir à identifier les personnes ayant fait plusieurs visites dans des urgences à l'échelle régionale et à connaître certaines de leurs caractéristiques, comme les habitudes de recours aux soins, le recours aux examens radiologiques et autres ou les tendances à la consommation de médicaments (BRC, 2021; RCEM, 2024). Les professionnels des urgences, qui accompagnent régulièrement les personnes qui utilisent souvent les urgences, peuvent quant à eux contribuer à l'identification des facteurs déclencheurs de la fréquentation<sup>36</sup> (RCEM, 2024).

### Éléments contextuels

Au Québec, le [Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles](#) (SAIRC), un outil informatique utilisé dans certains établissements, génère des alertes visant à capter la clientèle arrivant à l'urgence et répondant à certains critères<sup>37</sup>. Cet outil permet de partager l'information en temps réel au sujet des personnes ayant visité cinq fois ou plus l'urgence dans les 12 derniers mois, autant pour la santé mentale que pour la santé physique.

Selon les parties prenantes consultées, les membres du personnel de l'urgence impliqués dans l'analyse de l'utilisation fréquente des urgences peuvent acquérir une connaissance non négligeable des besoins non comblés des usagers et pourraient en informer les entités responsables du développement des services et de l'allocation des ressources de l'établissement. Cette analyse pourrait permettre de déterminer des besoins précis tels que la mise en place de programmes spécifiques hors urgences. De plus, les parties prenantes ont rapporté que le personnel des urgences ou une équipe dédiée (p. ex. psychologue, infirmière de liaison et travailleur social) pourrait faire une analyse de l'utilisation fréquente et des raisons potentielles ayant amené à l'échec des précédents plans de sortie des urgences pour déterminer des pistes d'amélioration possibles (p. ex. cerner des services nécessaires qui pourraient être ajoutés à l'offre de l'établissement). Elles ont cependant rappelé que l'accès à l'information nécessaire peut

---

<sup>36</sup> Se référer à la [section 2](#) du présent document pour des exemples de facteurs sociodémographiques et cliniques associés à l'utilisation fréquente des urgences au Québec.

<sup>37</sup> Les différentes bases de données incluent le système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU), le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) ainsi que le Réseau de services intégrés pour personnes adultes (RSIPA).

être complexe et chronophage pour différentes raisons, dont le fait que les visites de l'utilisateur sont souvent réparties entre différents établissements.

#### En bref

- La littérature grise internationale consultée et les données contextuelles et expérientielles québécoises collectées ont souligné qu'afin de repérer les visites fréquentes dans les services d'urgence, il serait pertinent de :
  - développer et mettre en place une stratégie d'analyse (p. ex. un tableau de bord tel que le SAIRC) et de partage des données portant sur les visites entre les établissements pour identifier les personnes qui visitent fréquemment les urgences ou qui sont susceptibles de le faire;
  - se doter de modalités permettant de déterminer les facteurs déclencheurs de la fréquentation et les besoins non comblés des usagers afin de favoriser l'identification des services nécessaires qui pourraient être ajoutés à l'offre de services.

### 3.3 Réorientation vers les soins et services de première ligne

La réorientation consiste à rediriger un usager dont l'état est moins urgent vers des services de première ligne qui sont plus appropriés que ceux offerts à l'urgence (MSSS, 2021c).

Les données issues d'une revue systématique (Moe *et al.*, 2021) ont indiqué que les stratégies de réorientation vers les soins et services de première ligne, offertes à des personnes qui utilisent fréquemment les urgences, peuvent diminuer le nombre de visites aux urgences (voir l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour les caractéristiques de cette revue systématique et pour une synthèse des résultats)<sup>38</sup>. Par ailleurs, Gabet *et al.* (2023) ont suggéré que la référence à des ressources hors urgences appropriées permettrait de mieux répondre aux besoins de ces personnes<sup>39</sup>. Aucun des documents de littérature grise recensés n'a rapporté de contenu en lien avec la pertinence de la réorientation pour diminuer le recours fréquent aux services d'urgence.

Dans la littérature scientifique qui porte sur les freins et les facilitateurs perçus des pratiques, un manque de connaissances, au sein du personnel des urgences, concernant les services de santé mentale et de toxicomanie vers lesquels rediriger les usagers a été

---

<sup>38</sup> L'interprétation des données est limitée par la présence de limites méthodologiques; voir la section [Forces et limites](#) du présent rapport pour plus de détails.

<sup>39</sup> Les auteurs n'ont cependant pas évalué formellement l'efficacité des stratégies de réorientation pour diminuer le nombre de visites aux urgences dans le cadre de leurs travaux.

relevé comme un élément qui pourrait nuire aux efforts visant à réduire le recours fréquent aux services d'urgence (Fleury *et al.*, 2025).

### **Éléments contextuels**

Au Québec, la réorientation de la clientèle non urgente vers les sites cliniques de première ligne est une pratique utilisée par les établissements pour diminuer le temps d'attente et mieux répondre aux besoins de ces personnes (MSSS, 2021c). La réorientation vise à offrir une solution de rechange basée sur la notion « du bon patient, au bon endroit, pour les bons soins » (MSSS, 2021c). Le [Guide de gestion des urgences](#) précise que la réorientation est généralement proposée par l'infirmière du triage sur la base de l'évaluation de la raison de la visite de l'utilisateur ainsi que du portrait clinique global de son état de santé. À la suite de cette évaluation, il pourrait être suggéré à la personne de regagner son domicile, de consulter une ressource de première ligne, ou encore elle pourrait être dirigée plus formellement vers un site clinique, idéalement en lui fournissant un rendez-vous. La réorientation peut également être proposée à tout moment entre l'arrivée de l'utilisateur et sa prise en charge médicale.

Selon les parties prenantes consultées, la réorientation peut être pertinente pour favoriser la prise en charge des besoins des usagers et réduire le recours fréquent aux urgences lorsque d'autres milieux peuvent mieux répondre à ces besoins. Elle s'appuierait, pour les cas complexes, sur une évaluation complète (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2019) de l'état mental et du risque réalisée généralement par une infirmière de liaison qui est mise à contribution pour déterminer le besoin de services spécialisés en psychiatrie dans le but de réorienter la personne de façon sécuritaire et d'éviter un retour aux urgences. Les parties prenantes ont par ailleurs soulevé quelques enjeux possibles en lien avec la réorientation des personnes qui consultent à l'urgence pour une problématique liée à la santé mentale, notamment la possibilité d'un délai entre la visite aux urgences et le rendez-vous offert, ou l'impossibilité d'offrir une réorientation vers des services de santé mentale dans certaines régions. Pour ces personnes, la présence d'un travailleur social à l'urgence pourrait faciliter, lorsque la situation clinique le permet, le retour à domicile sans prise en charge médicale (réorientation à domicile). Le travailleur social serait ainsi en mesure d'assurer un suivi avec les équipes externes pour améliorer la prise en charge et diminuer les risques de retour à l'urgence. Toutefois, certaines urgences ne seraient pas en mesure d'offrir ce service, et certaines plages horaires (p. ex. de nuit et de fin de semaine) ne seraient généralement pas couvertes.

Une recherche exploratoire des documents et des ressources Web d'organisations québécoises a permis de repérer certains programmes susceptibles d'être offerts comme solutions de rechange ou compléments aux services d'urgence et également susceptibles d'avoir un effet sur le nombre de visites non indiquées aux urgences<sup>40</sup>. Certains de ces programmes ciblent les problématiques de santé mentale, et plus spécifiquement les situations de crise qui peuvent susciter des visites aux urgences et des hospitalisations (MSSS, 2022b; voir note de bas de page pour plus d'information sur

---

<sup>40</sup> Toutefois, l'efficacité de ces programmes pour diminuer les visites aux urgences n'a pas été consignée dans le cadre des présents travaux.

ces programmes). Notamment, trois programmes du plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale, dans lesquels les professionnels de l'urgence peuvent être impliqués, visent à prévenir le recours à l'urgence et à l'hospitalisation, soit : l'accompagnement bref dans la communauté (ABC); l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP); et le traitement intensif bref à domicile (TIBD) pour les personnes ayant un requis d'hospitalisation en santé mentale<sup>41</sup>. Des programmes faisant partie du continuum de services spécifiques et spécialisés de réadaptation en santé mentale visant le suivi dans la communauté sont également des options possibles pour réorienter ou diriger les usagers<sup>42</sup> (MSSS, 2022b, 2024). Ces programmes incluent le suivi intensif dans le milieu (SIM), le soutien d'intensité variable (SIV), le suivi d'intensité flexible (SIF), le soutien de base non intensif, aussi appelé le suivi de bas niveau d'intensité (SBNI), et les programmes pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). En amont des services d'urgence, le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) constitue la principale voie de convergence et de pertinence des demandes de services, tant pour les services spécifiques que spécialisés en santé mentale (MSSS, 2023). D'autres soins et services visent également à permettre l'accès aux services appropriés et à prévenir les visites aux urgences et les hospitalisations non nécessaires (MSSS, 2021a)<sup>43</sup>.

Enfin, les parties prenantes consultées ont souligné l'importance de s'assurer, lors d'une réorientation, que la personne a la capacité de se déplacer et de recevoir les soins et services dans le nouveau site. Selon elles, il serait également nécessaire de vérifier que les besoins de la personne pourront être comblés par le programme ou le service visé et que le rendez-vous est pris à partir des urgences, dans la mesure du possible, pour assurer une continuité des soins. D'après les usagers et les proches aidants ayant participé aux présents travaux, les programmes discutés précédemment seraient pertinents pour y réorienter les usagers, en s'assurant toutefois de les rendre accessibles pour tous ceux qui en ont besoin. Les centres de réadaptation en dépendance sont un autre service de deuxième ligne à considérer pour y rediriger les personnes concernées.

---

<sup>41</sup> Voir l'annexe G du document *Annexes complémentaires* pour plus d'information sur ces programmes.

<sup>42</sup> Voir l'annexe G du document *Annexes complémentaires* pour plus d'information sur ces programmes.

<sup>43</sup> Il s'agit notamment de l'accueil clinique, de la plateforme Info-Social 811, de l'intensification des soins et du maintien à domicile des usagers ou le renforcement de la première ligne par le développement des groupes de médecine de famille réseau (GMF-R).

## En bref

- Selon la littérature scientifique consultée, les stratégies de réorientation vers les soins et services de première ligne sont généralement associées à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence.
- Les données contextuelles et expérientielles recueillies ont indiqué qu'au Québec, la réorientation de la clientèle non urgente vers d'autres sites cliniques est mise de l'avant pour diminuer l'attente aux urgences. Ces données ont mis en lumière plusieurs éléments liés à l'utilisation de cette pratique au Québec :
  - la réorientation est généralement proposée par l'infirmière du triage ou l'infirmière de liaison à partir d'une évaluation complète de la raison de la visite de l'utilisateur ainsi que du portrait clinique global de son état de santé;
  - pour les personnes qui consultent pour un trouble mental, la présence d'un travailleur social à l'urgence a été décrite comme facilitant le retour à domicile sans prise en charge médicale (réorientation à domicile), lorsque la situation clinique le permet;
  - les parties prenantes consultées ont mentionné la pertinence, lors de la réorientation, d'employer des stratégies visant à faciliter l'accès de la personne aux services requis (par exemple la mettre en lien directement avec les autres sites cliniques en prenant le rendez-vous à partir de l'urgence).

### 3.4 Pratiques liées à la coordination des soins et à la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

Plusieurs documents de littérature scientifique et grise, de même que les parties prenantes consultées, ont souligné l'importance d'améliorer la coordination des soins et la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle entre les services d'urgence et les secteurs de première ligne, sociaux et communautaires pour diminuer le recours non nécessaire aux services d'urgence<sup>44</sup>.

La coordination des soins désigne l'organisation délibérée des activités liées à la prise en charge de l'utilisateur dans le but de faciliter la prestation appropriée des soins et des services de santé (McDonald *et al.*, 2007; Misra *et al.*, 2020). Elle implique la mobilisation du personnel et des autres ressources nécessaires pour mener à bien toutes les activités de soins [et de services] à l'utilisateur, ainsi que l'échange d'informations entre les parties prenantes responsables de différents aspects des soins (McDonald *et al.*, 2007).

---

<sup>44</sup> Les pratiques présentées dans cette section et dans les sections [3.5](#) et [3.6](#) ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, la coordination des soins et l'élaboration d'un plan de soins personnalisé peuvent être effectuées ensemble ou séparément, ou encore être réalisées dans le cadre de la gestion de cas.

La collaboration interprofessionnelle, quant à elle, amène les professionnels à coordonner leurs actions pour répondre à la globalité des besoins d'un usager et à considérer la complexité des phénomènes cliniques et l'interdisciplinarité des besoins, conférant un caractère interdépendant aux interventions envisagées par l'équipe (Couturier et Belzile, 2018). Elle inclut les soins partagés, de même que la transition de l'usager et le transfert de la responsabilité des soins de manière sécuritaire pour en assurer la continuité (Groupe de travail sur le rôle de collaborateur, 2018).

Enfin, la collaboration interorganisationnelle désigne un processus par lequel deux ou plusieurs organisations du secteur de la santé ou des services sociaux joignent leurs actions et leurs ressources pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs partagés (Bazinet *et al.*, 2021; Graham et Barter, 1999).

Une revue systématique a rapporté des données en lien avec la coordination des soins (Iovan *et al.*, 2020) et a indiqué que cette pratique aiderait à diminuer le nombre de visites aux urgences chez les personnes qui utilisent fréquemment les urgences (voir le [tableau 1](#) ci-dessous pour une synthèse des résultats, et le document *Annexes complémentaires* pour plus de détails)<sup>45,46</sup>.

Dans la littérature scientifique recensée, aucune étude portant sur l'efficacité de pratiques collaboratives pour diminuer le nombre de visites aux urgences n'a été rapportée. Toutefois, deux revues systématiques ont rapporté un exemple de pratique qui pourrait permettre de soutenir la collaboration entre les membres de l'équipe des urgences, soit le partage d'information clinique (Moe *et al.*, 2017; Soril *et al.*, 2015). Cette pratique visait à fournir au clinicien de l'urgence responsable de la visite de l'usager des notes de cas contenant de l'information clinique et sociodémographique relative aux visites précédentes de l'usager. Selon les études, ces notes pouvaient être transmises au médecin de famille de l'usager par l'équipe de l'urgence ou encore rendues disponibles à l'ensemble des fournisseurs de soins de l'usager dans un système informatisé. Des résultats contradictoires ont toutefois été observés quant à l'efficacité de ce type de pratique pour diminuer la fréquence des visites chez des personnes qui ont consulté fréquemment une urgence (voir le [tableau 1](#) ci-dessous pour une synthèse des résultats, et l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour plus de détails).

---

<sup>45</sup> L'interprétation des données est toutefois limitée par la présence de limites méthodologiques; voir la section [Forces et limites](#) du présent rapport pour plus de détails.

<sup>46</sup> Les résultats de cette étude ont montré une diminution plus élevée des visites dans le groupe intervention comparativement à un groupe contrôle (liste d'attente), mais aucun changement significatif comparativement à un autre groupe contrôle (contrôles rétrospectifs).

**Tableau 1 Effets de la coordination des soins et du partage d'information clinique sur la fréquence des visites à l'urgence**

Source	Pratique	Population (N)	Nombre* et devis des études primaires incluses	Résultats
Iovan <i>et al.</i> , 2020	Coordination des soins	Utilisateur d'âge adulte ayant visité l'urgence fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 18 216)	5 études (1 ECR, 3 études avant-après avec groupe comparateur, 1 étude avant-après sans groupe comparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 1 ECR : diminution des visites plus élevée dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle.</li> <li>▪ Études avant-après avec groupe comparateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans 2 études : diminution des visites.</li> <li>- Dans 1 étude : résultats non clairs, diminution plus élevée des visites dans le groupe intervention comparativement à un type de groupe contrôle (liste d'attente), mais aucun changement significatif comparativement à un autre type de groupe contrôle (contrôles rétrospectifs).</li> </ul> </li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après sans groupe comparateur : diminution des visites.</li> </ul>
Moe <i>et al.</i> , 2017	Partage d'information clinique	Utilisateur d'âge adulte ayant visité l'urgence fréquemment, peu importe la raison de la visite (N non rapporté pour cette pratique)	1 ECR	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune différence entre le groupe intervention et le groupe comparateur pour le nombre de visites au post-traitement</li> </ul>
Soril <i>et al.</i> , 2015	Partage d'information clinique	Utilisateur d'âge adulte ayant visité l'urgence fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 1 871)	2 études (1 ECR et 1 étude avant-après sans groupe comparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 1 ECR : aucune différence entre les groupes (diminution similaire des visites entre le pré et le post-intervention dans les deux groupes)</li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après sans groupe comparateur : diminution statistiquement significative du nombre moyen de visites à l'urgence entre le pré et le post-intervention</li> </ul>

Notes : ECR : Essai contrôlé randomisé.

\* Plusieurs des revues systématiques incluses dans le présent rapport incluaient des études portant sur plusieurs interventions et/ou résultats d'intérêt. Seules les données relatives à la coordination des soins et au partage d'information clinique et qui rapportaient des données en lien avec les résultats d'intérêt du présent rapport sont présentées dans ce tableau.

La littérature grise n'a pas rapporté de données portant spécifiquement sur l'efficacité de la coordination des soins ou de la collaboration pour réduire le nombre de visites aux urgences chez les personnes qui les utilisent fréquemment. Toutefois, plusieurs documents de littérature grise ont mis de l'avant l'importance de ces pratiques pour mieux accompagner ces usagers et répondre à leurs besoins. Un guide de pratique

clinique a indiqué la pertinence de désigner un clinicien expérimenté responsable de la coordination des soins à l'urgence pour accompagner les personnes qui se présentent fréquemment dans les urgences (RCEM, 2024). De plus, un rapport d'évaluation des technologies a souligné l'importance d'améliorer la continuité des soins pour diminuer le recours non planifié aux services d'urgence en veillant à ce qu'un seul professionnel de la santé ou une seule équipe donne les soins et services offerts aux personnes qui utilisent fréquemment les urgences (HEEC, 2024). La littérature grise a également mentionné que les services d'urgence devraient assurer la liaison<sup>47</sup>, si nécessaire, avec les autres services d'urgence et les services locaux impliqués dans la prise en charge des besoins des personnes qui utilisent fréquemment les urgences (RCEM, 2024). La pertinence de mettre en place des services et des parcours de soins intégrés avec les services de première ligne, le secteur communautaire et les collectivités locales pour aider les usagers qui ont des besoins complexes à recevoir le soutien dont ils ont besoin a également été soulignée (HEEC, 2024).

Parallèlement, la littérature grise a suggéré de favoriser la collaboration en constituant des équipes multidisciplinaires impliquant différents services, dont les urgences et d'autres prestataires comme les médecins omnipraticiens, pour répondre de façon holistique aux besoins cliniques et psychosociaux associés à l'utilisation fréquente des urgences (HEEC, 2024). L'importance pour les services d'urgence de collaborer avec le secteur communautaire et social pour tirer parti de ses compétences et de son expertise en matière de soutien complémentaire à l'activité clinique a aussi été mentionnée (BRC, 2021).

En ce qui concerne la littérature portant sur les freins et les facilitateurs, certaines études ont mentionné que la collaboration entre les services d'urgence, les autres services hospitaliers et les ressources ambulatoires est insuffisante et ont relevé certains freins relatifs à cette pratique, soit : le manque de ressources (p. ex. roulement élevé du personnel et surcharge de travail aux urgences et dans les services de santé mentale, disponibilité limitée des équipes de liaison en toxicomanie et forte rotation de leur personnel, durée des services insuffisante), une multiplicité des prestataires et un manque de responsabilisation (Fleury *et al.*, 2025; Poremski *et al.*, 2016). De même, des cliniciens et gestionnaires en santé mentale ayant pris part à ces études ont exprimé un intérêt envers une amélioration substantielle de la collaboration, du partage d'informations et de la communication avec les autres services hospitaliers et les partenaires communautaires, ainsi qu'avec les autorités municipales et la police au besoin (Fleury *et al.*, 2025).

---

<sup>47</sup> Le rôle de liaison implique de veiller à ce que la prise en charge par les ressources externes et l'orientation des usagers correspondent à leurs besoins lorsque leur état ne nécessite pas ou plus le recours à une infrastructure hospitalière (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025, octobre 17). Ainsi, l'équipe de liaison est impliquée dans la coordination des activités entourant la planification du départ de l'urgence et l'orientation des usagers vers les ressources appropriées une fois l'épisode de soins aigus en milieu hospitalier terminé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022a, 2025, octobre 17). De plus, elle collabore avec les ressources concernées pour assurer la continuité des soins et des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025, octobre 17).

Sur le plan des facilitateurs, les usagers et des intervenants qui ont participé à ces études ont relevé l'importance de maintenir une navigation coordonnée dans l'accès aux différents services et une fluidité dans les transitions vers les futurs prestataires de services (Poremski *et al.*, 2016). Ils ont aussi souligné l'importance de maintenir une relation collaborative et responsabilisante entre l'utilisateur et l'équipe soignante (Poremski *et al.*, 2016).

### **Éléments contextuels**

Au Québec, il est mentionné dans le [Guide de gestion des urgences](#) que les personnes dont les problèmes de santé sont complexes ou chroniques sont susceptibles de bénéficier de coordination des soins et des services. Cette approche inclut plusieurs activités, dont : le dépistage; un processus intégré de demandes de consultation; une prise en charge interdisciplinaire des besoins de l'utilisateur; et une orientation de l'utilisateur respectant ses besoins et les critères particuliers du programme de soins auquel il est associé. Elle repose essentiellement sur la présence d'un coordonnateur clinico-administratif<sup>48</sup> chargé du suivi systématique des usagers. Ce rôle est habituellement confié à une infirmière de liaison ou à un travailleur social, mais la composition des équipes peut varier selon les besoins et les ressources de l'installation et selon les champs d'activité jugés prioritaires. Différents professionnels sont également impliqués dans la prise en charge des besoins des personnes avec des problématiques liées à la santé mentale, tels que les infirmières de liaison en santé mentale, les infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans certaines urgences, ou encore des travailleurs sociaux qui peuvent intervenir auprès des usagers ayant des besoins d'ordre psychosocial. Pour les besoins liés à l'utilisation de substances et à l'itinérance, il est suggéré qu'une équipe de liaison spécialisée en dépendance ou en itinérance demeure en contact étroit avec le personnel de l'urgence.

Selon les parties prenantes consultées, la présence, dans l'équipe de l'urgence, d'une personne responsable de coordonner les soins, telle qu'un travailleur social ou une infirmière de liaison, permettrait d'améliorer la coordination des soins et des services, notamment en transmettant l'information aux équipes externes. De plus, certains milieux se seraient dotés d'une entité administrative formelle dont le mandat est de déterminer quel département ou service servira le mieux l'utilisateur, notamment pour les cas où il y a eu plusieurs allers-retours entre différents services. Les parties prenantes ont ajouté qu'il existerait une hétérogénéité élevée entre les établissements québécois en matière d'organisation de la coordination des soins, et elles suggèrent de laisser à chaque établissement la flexibilité nécessaire pour déterminer l'approche qui lui convient le mieux, selon les ressources disponibles et la réalité de la clientèle desservie.

---

<sup>48</sup> Par exemple, le coordonnateur clinico-administratif des services d'urgence veille à l'amélioration continue de l'accessibilité et des parcours de services offerts. Il contribue à l'avancement des priorités cliniques, des travaux de consolidation des trajectoires de services de l'établissement et à leur arrimage au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

De plus, les parties prenantes consultées ont rappelé l'importance de la collaboration entre les différents fournisseurs de soins et de services qui accompagnent l'utilisateur afin que l'ensemble de ses besoins en santé mentale et physique soit pris en charge adéquatement. La collaboration est également importante pour éviter que l'utilisateur soit à lui seul responsable de faire le lien entre les fournisseurs de services impliqués dans ses soins.

En ce qui a trait à la collaboration interorganisationnelle, le [Guide de gestion des urgences](#) mentionne l'importance d'intégrer des partenaires de la première ligne et souligne que chaque établissement peut établir des ententes entre ses installations et des établissements partenaires selon les besoins de ces usagers. Les parties prenantes consultées ont également souligné qu'une meilleure communication interétablissement et un accès facilité au dossier de l'utilisateur seraient souhaitables pour favoriser la collaboration. Certains outils comme I-CLSC et SAIRC permettraient de faciliter la communication entre les différents intervenants.

### En bref

- Selon la littérature scientifique et grise internationale consultée, la coordination des soins est généralement associée à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence et à une amélioration de la prise en charge des personnes qui les visitent fréquemment.
- De plus, la littérature grise internationale recensée a décrit la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle comme étant importante pour mieux répondre aux besoins de ces personnes.
- Pour améliorer la coordination et la collaboration, la littérature grise internationale et les données contextuelles et expérientielles québécoises recueillies ont également souligné la pertinence :
  - de constituer des équipes multidisciplinaires pour répondre de façon holistique aux besoins associés à l'utilisation fréquente des urgences;
  - que les responsables des services d'urgence assurent la liaison, si nécessaire, avec les autres services d'urgence et les services externes (p. ex. première ou deuxième ligne).
- À cet effet, les sources consultées ont relevé la pertinence que les services d'urgence désignent un professionnel responsable de la coordination des soins, par exemple une infirmière de liaison, selon les ressources disponibles de l'établissement et la réalité de sa clientèle.

### 3.5 Plans de soins personnalisés

Dans la littérature scientifique et grise recensée dans le cadre des présents travaux, les plans de soins personnalisés font référence à une démarche réalisée par des professionnels de la santé qui se base sur une évaluation des besoins sociaux et de santé de l'utilisateur. Cette démarche inclut la formulation d'objectifs et de moyens visant à atteindre ces objectifs pour orienter les décisions futures en matière de soins et de services et répondre aux besoins de l'utilisateur (HEEC, 2024; Iovan *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2017). Ces informations sont consignées dans un document, inclus dans le dossier médical de l'utilisateur à l'urgence, qui peut également comprendre l'historique médical et psychosocial de la personne ainsi que des informations issues de l'évaluation des besoins (Gabet *et al.*, 2023; Iovan *et al.*, 2020). Puisque les documents recensés dans le cadre des présents travaux proviennent de la littérature internationale, le terme « plan de soins personnalisé » est employé ici dans son sens large et ne correspond pas nécessairement aux plans d'intervention ou aux plans de services individualisés<sup>49</sup> mentionnés dans la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec](#).

Dans l'ensemble, les données de quatre revues systématiques sont contradictoires et ne soutiennent pas clairement la pertinence des plans de soins personnalisés<sup>50</sup> pour diminuer le nombre de visites aux urgences chez les personnes qui les consultent fréquemment (Gabet *et al.*, 2023; Iovan *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2017; Soril *et al.*, 2015)<sup>51</sup>. En effet, parmi les études primaires évaluées dans ces revues, celles qui avaient les devis les plus rigoureux (ECR) ont montré soit aucun changement dans le nombre de visites aux urgences entre le début et la fin de l'intervention, soit une augmentation des visites à la suite de l'intervention. D'autres études qui avaient des devis moins rigoureux (études avant-après avec ou sans groupe comparateur) ont rapporté une diminution des visites à la suite de l'intervention (voir le [tableau 2](#) ci-dessous pour une synthèse des résultats, et l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour plus de détails).

---

<sup>49</sup> Au Québec, les termes « plans d'intervention » ou « plans de services individualisés » sont régis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec et peuvent ne pas correspondre nécessairement aux plans de soins personnalisés discutés dans la littérature scientifique ou grise.

<sup>50</sup> Dans la majorité des études évaluées, les plans de soins étaient élaborés par une équipe multidisciplinaire qui incluait du personnel de l'urgence. Les plans comportaient des stratégies s'adressant à l'ensemble des fournisseurs de soins de l'utilisateur, y compris ceux de l'urgence, et une copie se trouvait dans le dossier médical de l'utilisateur à l'urgence.

<sup>51</sup> L'interprétation des données est limitée par la présence de limites méthodologiques; voir la section [Forces et limites](#) du présent rapport pour plus de détails.

**Tableau 2 Effets des plans de soins personnalisés sur la fréquence des visites à l'urgence**

Source	Nombre* et devis† des études primaires incluses	Population (N)	Résultats
Gabet <i>et al.</i> , 2023	4 études (1 ECR, 1 étude avant-après avec groupe comparateur et 2 études avant-après sans groupe comparateur)	Utilisateur d'âge adulte ayant visité l'urgence fréquemment pour une raison associée à la santé mentale ou psychosociale (N = 6 128)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 1 ECR : aucun changement du nombre de visites.</li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après avec groupe comparateur : diminution des jours d'utilisation des urgences.</li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après sans groupe comparateur : diminution du nombre de visites entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après sans groupe comparateur : diminution des réadmissions à l'urgence.</li> </ul>
Iovan <i>et al.</i> , 2020	10 études (2 ECR, 8 études avant-après sans groupe comparateur)	Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 891)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECR : <ul style="list-style-type: none"> <li>– dans 2 études : aucun changement du nombre de visites.</li> </ul> </li> <li>▪ Études avant-après sans groupe comparateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– dans 2 études : diminution des visites;</li> <li>– dans 1 étude : résultats non clairs;</li> <li>– dans 4 études : aucun changement du nombre de visites;</li> <li>– dans 1 étude : résultats inutilisables.</li> </ul> </li> </ul>
Moe <i>et al.</i> , 2017	8 études (1 ECR et 7 études avant-après sans groupe comparateur)	Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N non rapporté)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 1 ECR : augmentation des visites entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Dans 5 études avant-après sans groupe comparateur, diminution des visites entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Dans 2 études avant-après sans groupe comparateur, aucun changement du nombre de visites.</li> </ul>
Soril <i>et al.</i> , 2015 <sup>‡</sup>	1 ECR	Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 52)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune différence entre les groupes (diminution similaire des visites entre le pré et le post-intervention dans les deux groupes).</li> </ul>

Notes : ECR : Essai contrôlé randomisé; RS : revue systématique.

\* Plusieurs des revues systématiques incluses dans le présent rapport incluaient des études portant sur plusieurs interventions et/ou résultats d'intérêt. Seules les données relatives aux plans de soins personnalisés et qui rapportaient des données en lien avec les résultats d'intérêt du présent rapport sont présentées dans ce tableau.

† Il est à noter que la nature des groupes comparateurs employés dans les ECR et dans les études avant-après avec groupe comparateur n'était pas précisée dans les RS retenues.

Selon les documents issus de la littérature grise (Haas *et al.*, 2023; HEEC, 2024), les plans de soins personnalisés aideraient à réduire le recours non désiré aux services d'urgence. L'engagement des usagers dans leurs plans de soins personnalisés serait un élément clé de la réussite des interventions de soins intégrés (soit des interventions mises en œuvre par une équipe multidisciplinaire et dans lesquelles différents fournisseurs de soins et de services sont impliqués) (HEEC, 2024). Il est suggéré d'envisager l'élaboration d'un plan de soins personnalisé pour les personnes qui ont des besoins de santé et de soins complexes (c'est-à-dire des besoins qui peuvent se traduire par la présence de plusieurs conditions mentales et physiques comorbides et des besoins psychosociaux tels que des niveaux élevés de défavorisation) ou qui sont susceptibles d'être hospitalisées de façon imprévue (HEEC, 2024) et qui peuvent faire face à différents facteurs limitant leur capacité à s'impliquer ou à être contactées (RCEM, 2024).

La littérature grise internationale souligne par ailleurs que différents types de plans pourraient être utilisés selon les caractéristiques des usagers (p. ex. enjeux de consommation de substances) et des situations (p. ex. nécessité d'avoir des recommandations d'une équipe spécialisée) ainsi que selon les ressources matérielles et professionnelles disponibles (p. ex. plan spécifique pour les personnes ayant un trouble mental, plan de soins multidisciplinaires et interétablissements) (RCEM, 2024).

L'élaboration du plan demanderait l'implication d'une équipe multidisciplinaire et de l'utilisateur (RCEM, 2024). De plus, il serait utile de partager le plan de soins (des urgences ou multidisciplinaire) avec les autres urgences<sup>52</sup>, les services voisins ou d'autres centres de soins locaux, en particulier si l'on sait que l'utilisateur se rend souvent dans ces autres services (RCEM, 2024). En ce qui concerne les modalités entourant le déploiement des plans de soins personnalisés, peu d'information a été trouvée dans la littérature recensée; les auteurs d'une revue systématique ont suggéré d'utiliser des appels téléphoniques pour effectuer le suivi des usagers lors de la mise en œuvre d'un plan de soins personnalisé (Di Mauro *et al.*, 2019).

Dans une étude qui portait sur la perspective de gestionnaires des urgences et de coordonnateurs offrant des services aux personnes qui utilisent fréquemment les urgences, des freins et des facilitateurs en lien avec les plans de soins personnalisés ont été rapportés (Sillero-Rejon *et al.*, 2023). Le recours à un plan de soins personnalisé a été jugé comme un élément facilitateur dans un contexte de forte rotation du personnel médical et infirmier. Pour les personnes ayant des besoins complexes, il serait facilitant d'élaborer un plan de soins personnalisé multidisciplinaire qui inclut les recommandations

---

<sup>52</sup> Au Québec, le partage de renseignements de santé et de services sociaux est encadré par la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-22.1>). Afin de fournir des soins de qualité, les professionnels œuvrant dans les urgences ont la responsabilité de partager les renseignements de santé et de services sociaux de l'utilisateur conformément à cette loi. Toutefois, le partage de renseignements de santé ou de services sociaux avec des prestataires autres que ceux œuvrant dans l'équipe soignante de l'urgence doit être autorisé par l'utilisateur concerné ou peut être communiqué « en vue de protéger une personne ou un groupe de personnes identifiable lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves, lié notamment à une disparition ou à un acte de violence, dont une tentative de suicide, menace cette personne ou ce groupe et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence » (article 74 de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*).

des cliniciens de l'urgence en plus de celles des autres équipes qui accompagnent l'utilisateur, en ce qui concerne les moyens à mettre en place à l'urgence pour contribuer à l'atteinte des objectifs formulés dans le plan.

### **Éléments contextuels**

Au Québec, le [Guide de gestion des urgences](#) suggère que le personnel de l'urgence et les intervenants sociaux établissent des plans de services individualisés en concertation avec les intervenants du réseau de santé mentale pour répondre aux besoins des personnes qui sont connues des services et diminuer leurs visites à l'urgence en proposant des alternatives. Selon les membres du comité consultatif, différents types de plan peuvent être mis en œuvre aux urgences, par exemple des plans d'enregistrement à l'urgence (qui comprennent différentes recommandations à mettre en œuvre lorsque l'utilisateur se présente aux urgences, comme de contacter une personne prédéterminée de son entourage, de lui donner accès à une civière, etc.) et des plans de sortie de l'hôpital<sup>53</sup>. Le personnel des urgences peut également collaborer à l'élaboration de plans de services individualisés pour les personnes avec des besoins complexes. Certains de ces plans peuvent être élaborés par une équipe multidisciplinaire, par un gestionnaire de cas<sup>54</sup> ou un intervenant pivot et peuvent comprendre des recommandations destinées spécifiquement au personnel des urgences, lorsqu'elles sont appropriées aux besoins de l'utilisateur (p. ex. pour éviter des interventions qui pourraient nuire à la condition de la personne). Selon les parties prenantes, les plans d'intervention et les plans de services individualisés devraient être accessibles, synthétisés pour les besoins des services d'urgence le cas échéant et mis en œuvre dès l'arrivée de l'utilisateur aux urgences. Il existerait toutefois des défis dans l'application de ces plans pour les équipes des urgences, tels que les difficultés de communication ou de partage d'informations avec les personnes à contacter (p. ex. en dehors des horaires de travail de jour et de semaine) et la coordination de l'application du plan entre les différentes équipes impliquées auprès des usagers (p. ex. déterminer qui est responsable de l'application et du suivi du plan).

---

<sup>53</sup> Pour les personnes qui présentent un risque suicidaire, l'INESSS a produit, en 2024, des travaux portant sur les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles de suivi étroit (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2025, décembre).

<sup>54</sup> Les gestionnaires de cas sont des professionnels de la santé qui aident les usagers à recevoir les soins nécessaires pour améliorer leur bien-être (Case Management Society of America, s. d.).

## En bref

- Les données de la littérature scientifique et grise internationale n'ont pas clairement souligné que les plans de soins personnalisés, utilisés comme unique stratégie, sont associés à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence.
- Toutefois, la littérature grise internationale et les données contextuelles et expérientielles québécoises collectées ont relevé la pertinence d'envisager la mise en place d'un plan de soins personnalisé pour les personnes plus difficiles à impliquer ou dont les besoins sont complexes, pour améliorer leur prise en charge.
- Ces sources ont mentionné que, pour ces personnes, il serait bénéfique d'élaborer un plan de soins personnalisé multidisciplinaire qui inclut les recommandations des cliniciens de l'urgence, de même que celles des autres équipes qui accompagnent la personne, s'il y a lieu.
- La littérature grise internationale a également abordé la pertinence, pour les personnes qui sont connues pour avoir fréquenté plusieurs services d'urgence, de partager le plan de soins personnalisé aux autres services qu'elle fréquente, avec son consentement, et d'en inclure une copie dans le dossier de la personne.

## 3.6 Gestion de cas

La gestion de cas est une pratique collaborative de planification, de coordination des soins et services et d'évaluation qui vise à répondre à l'ensemble des besoins de santé de l'utilisateur et de sa famille (Case Management Society of America (CMSA), s. d.; Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009). Les gestionnaires de cas qui offrent cette approche sont des professionnels de la santé qui aident l'utilisateur à recevoir les soins nécessaires pour améliorer son bien-être (CMSA, s. d.). Ils peuvent également fournir le soutien nécessaire pour l'orienter vers les ressources et les services appropriés (CMSA, s. d.; Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009).

La gestion de cas<sup>55</sup> aiderait à diminuer le nombre de visites aux urgences chez les usagers qui utilisent fréquemment les urgences, selon les données issues de cinq revues systématiques (Di Mauro *et al.*, 2019; Gabet *et al.*, 2023; Iovan *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2017; Soril *et al.*, 2015) (voir le [tableau 3](#) ci-dessous pour une synthèse des résultats, et l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour plus de détails)<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Dans une minorité d'études, les rencontres de gestion de cas étaient offertes directement à l'urgence. Dans d'autres études, ces rencontres se tenaient à l'extérieur de l'urgence (p. ex., en clinique, par téléphone ou au domicile de l'utilisateur). L'équipe de gestion de cas comprenait généralement un ou des membres du personnel des urgences. L'intervention pouvait inclure la formulation de recommandations destinées au personnel des urgences et ajoutées dans le dossier de l'utilisateur à l'urgence.

<sup>56</sup> L'interprétation des données est limitée par la présence de limites méthodologiques; voir la section [Forces et limites](#) du présent rapport pour plus de détails.

**Tableau 3 Effet de la gestion de cas sur la fréquence des visites à l'urgence**

Source	Population (N)	Nombre* et devis <sup>†</sup> des études primaires incluses	Résultats
Gabet <i>et al.</i> , 2023	Usager d'âge adulte ayant visité l'urgence fréquemment pour une raison associée à la santé mentale ou psychosociale (N = 2 625)	4 études (2 ECR et 2 études avant-après sans groupe comparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 2 ECR : diminution du nombre de visites.</li> <li>▪ Dans 2 études avant-après sans groupe comparateur : diminution du nombre de visites.</li> </ul>
Di Mauro <i>et al.</i> , 2019	<p>Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 6 031)</p> <p>Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 1 439)</p>	<p>13 études (6 ECR, 3 études observationnelles rétrospectives, 4 études observationnelles prospectives)</p> <p>11 études (2 ECR et 9 études avant-après avec ou sans groupe comparateur)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 9 études<sup>‡</sup> : diminution statistiquement significative du nombre de visites à la suite de l'intervention.</li> <li>▪ Dans 3 études : aucun changement statistiquement significatif des visites.</li> <li>▪ ECR : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans 1 étude : aucune différence entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe comparateur pour le changement dans le nombre moyen de visites à l'urgence;</li> <li>- dans 1 étude : diminution du nombre moyen de visites à l'urgence dans le groupe ayant reçu l'intervention, et augmentation du nombre moyen de visites dans le groupe comparateur.</li> </ul> </li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après avec groupe comparateur : diminution plus élevée du nombre médian de visites dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle.</li> <li>▪ Études avant-après sans groupe comparateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans 2 études : diminution du nombre moyen de visites entre le pré et le post-intervention;</li> <li>- dans 4 études : diminution du nombre médian de visites à l'urgence entre le pré et le post-intervention;</li> </ul> </li> <li>▪ dans 1 étude : augmentation du nombre médian de visites entre le pré et le post-intervention.</li> </ul>

Source	Population (N)	Nombre* et devis <sup>†</sup> des études primaires incluses	Résultats
Iovan <i>et al.</i> , 2020	Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N = 4 100)	17 études (3 ECR, 2 études avant-après avec groupe comparateur, 12 études avant-après sans groupe comparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECR : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans 2 études : diminution des visites;</li> <li>- dans 1 étude : aucun changement.</li> </ul> </li> <li>▪ Études avant-après avec groupe comparateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans 1 étude : diminution des visites;</li> <li>- dans 1 étude : aucun changement dans les visites.</li> </ul> </li> <li>▪ Études avant-après sans groupe comparateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans 10 études : diminution des visites;</li> <li>- dans 2 études : aucun changement dans les visites.</li> </ul> </li> </ul>
Moe <i>et al.</i> , 2017	Usager d'âge adulte ayant utilisé les urgences fréquemment, peu importe la raison de la visite (N non rapporté)	18 études (4 ECR, 12 études avant-après sans groupe comparateur, 2 études avant-après avec groupe comparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans 1 ECR, diminution des visites à l'urgence entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Dans 11 études (9 études avant-après sans groupe comparateur et 2 études avant-après avec groupe comparateur), diminution des visites entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après sans groupe comparateur, aucun changement significatif dans le nombre de visites entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Dans 1 étude avant-après sans groupe comparateur, augmentation des visites entre le pré et le post-intervention.</li> <li>▪ Résultats non disponibles ou inutilisables pour 3 ECR et 1 étude avant-après sans groupe comparateur.</li> </ul>

Notes : ECR : Essai contrôlé randomisé; RS : revue systématique.

\* Plusieurs des revues systématiques incluses dans le présent rapport incluaient des études portant sur plusieurs interventions ou résultats d'intérêt. Seules les données relatives à la gestion de cas et portant sur les résultats d'intérêt des présents travaux ont été retenues et présentées dans le présent tableau.

<sup>†</sup> La nature des groupes comparateurs employés dans les ECR et dans les études avant-après avec groupe comparateur n'était pas précisée dans les RS retenues.

<sup>‡</sup> Dans l'étude de Di Mauro *et al.*, les auteurs mentionnent que 10 études ont rapporté une diminution statistiquement significative des visites à l'urgence, mais une vérification de l'équipe de projet de l'INESSS a permis de repérer une erreur en ce qui concerne une des études primaires. Le nombre rapporté dans le présent tableau est donc le nombre corrigé après vérification par l'équipe de projet.

Un rapport d'évaluation des technologies (HEEC, 2024) et un guide de pratique clinique (RCEM, 2024) ont indiqué que la gestion de cas aiderait à réduire le recours non désiré aux services d'urgence. Le rapport d'évaluation des technologies (HEEC, 2024) a suggéré d'envisager la gestion de cas pour les personnes qui se rendent fréquemment aux urgences en s'assurant d'effectuer un suivi et des évaluations adéquats. Toutefois, des limites dans les données soutenant ces recommandations ont été soulevées en lien avec la méthodologie (p. ex. absence de groupe contrôle, plusieurs pratiques combinées) et avec le contexte d'application et la population visée.

Par ailleurs, d'autres indications relatives à la gestion de cas ont été relevées dans la littérature ou rapportées par les parties prenantes consultées. Dans leur revue systématique, Di Mauro *et al.* (2019) ont soulevé l'importance d'intégrer dans le processus de gestion de cas les dimensions médicales, psychologiques et sociales de façon continue. Selon un guide de pratique clinique, pour les usagers qui présentent régulièrement des symptômes médicaux aigus nécessitant un certain degré d'implication et de conseils médicaux, l'objectif devrait être la collaboration entre les équipes cliniques et communautaires (RCEM, 2024). De plus, un rapport d'évaluation des technologies (HEEC, 2024) a mentionné que l'engagement des usagers dans la gestion de cas est un facteur important pour le succès de cette pratique.

En ce qui concerne les freins et les facilitateurs associés à l'efficacité de la gestion de cas pour diminuer le recours à l'urgence, six articles scientifiques avec des devis qualitatifs ont rapporté des éléments qui portaient sur cette pratique offerte à des usagers qui ont visité les urgences fréquemment et qui présentaient une problématique liée à la santé mentale (Kahan *et al.*, 2016; Poremski *et al.*, 2016) ou des comportements suicidaires récurrents (Baker *et al.*, 2021; Meehan *et al.*, 2021), ou encore à des usagers sans égard au motif de leur visite (Brunner *et al.*, 2021; Schaad *et al.*, 2023). Certaines études ont rapporté les perspectives des usagers (Schaad *et al.*, 2023), alors que d'autres ont rapporté celles d'intervenants, de cliniciens (Baker *et al.*, 2021; Brunner *et al.*, 2021) ou les deux (Kahan *et al.*, 2016; Poremski *et al.*, 2016).

Ainsi, la stigmatisation et la discrimination vécues par les usagers dans les établissements de santé ont été indiquées comme étant un défi à la gestion de cas (Baker *et al.*, 2021; Kahan *et al.*, 2016; Schaad *et al.*, 2023) ainsi qu'une difficulté à l'engagement des usagers dans la gestion de cas (Baker *et al.*, 2021; Poremski *et al.*, 2016). Un manque d'espace et de calme, aux urgences, pour réaliser les évaluations et planifier les soins a été souligné (Baker *et al.*, 2021). Deux études ont également soulevé le manque de temps des intervenants (Baker *et al.*, 2021; Schaad *et al.*, 2023), notamment lors de l'évaluation du risque suicidaire (Baker *et al.*, 2021), et des rencontres trop courtes ou une durée insuffisante de la prise en charge (Meehan *et al.*, 2021; Poremski *et al.*, 2016). D'autres défis incluaient l'implication de plusieurs prestataires de soins et de services auprès de l'utilisateur, entraînant une confusion au sujet du prestataire responsable de la prise en charge des besoins de l'utilisateur (Baker *et al.*, 2021; Poremski *et al.*, 2016). Le fait que la gestion de cas ait été réalisée en milieu hospitalier et le manque d'information et de compréhension par les autres prestataires des activités

offertes ont été soulignés comme de possibles freins à son efficacité (Brunner *et al.*, 2021; Schaad *et al.*, 2023).

Par ailleurs, plusieurs éléments ont été notés comme étant des facilitateurs de la gestion de cas, y compris le fait qu'un large éventail de sujets soit abordé par le programme de gestion de cas (p. ex. santé mentale et physique et autres éléments psychosociaux), que les gestionnaires de cas aient une bonne connaissance des différentes ressources disponibles dans la communauté (Meehan *et al.*, 2021; Schaad *et al.*, 2023), et qu'une relation collaborative et responsabilisante entre les intervenants et les usagers soit développée (Poremski *et al.*, 2016; Schaad *et al.*, 2023). Des usagers ont rapporté avoir apprécié qu'une attention particulière soit portée à leurs points forts et à leurs champs d'intérêt et qu'un langage informel et de l'humour soient utilisés par les professionnels et les intervenants (Kahan *et al.*, 2016). D'autres éléments de la gestion de cas ont été rapportés comme favorisant la continuité des services, notamment la coordination de l'accès aux différents services et l'appui dans les transitions vers les futurs prestataires de services (Poremski *et al.*, 2016). Par ailleurs, une équipe de gestion de cas disponible et mobile, une approche structurée de soutien à l'autogestion de la personne ainsi que l'intégration des services de santé peuvent favoriser la prise en charge des besoins complexes des usagers (Brunner *et al.*, 2021).

### **Éléments contextuels**

Selon les membres du comité consultatif, au Québec, la gestion de cas n'est généralement pas pratiquée à partir des services d'urgence, mais plutôt dans d'autres équipes de l'établissement ou à partir de services de première ligne ou de proximité (p. ex. GMF). Selon les besoins, certains gestionnaires de cas travailleraient en collaboration avec le travailleur social de l'urgence ou, exceptionnellement, se déplaceraient aux urgences pour coordonner les services. Lorsqu'un gestionnaire de cas dessert l'établissement, le personnel des urgences devrait être informé de sa présence et de son rôle. De plus, un membre du personnel des urgences (p. ex. infirmière de liaison, travailleur social) devrait être désigné pour faire le lien entre l'utilisateur et le gestionnaire de cas, au besoin, lors des visites de l'utilisateur aux urgences afin que l'équipe de gestion de cas soit avisée de la raison pour laquelle l'utilisateur s'est présenté à l'urgence. Selon les membres du comité, le grand nombre de personnes suivies par les gestionnaires de cas constituerait une limite de cette pratique.

## En bref

- La littérature scientifique et grise internationale recensée a souligné que la gestion de cas est généralement associée à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence.
- De plus, la littérature grise internationale et les données contextuelles et expérientielles québécoises collectées ont décrit cette pratique comme favorisant l'amélioration de la prise en charge des personnes qui visitent les urgences fréquemment.
- Ces sources ont également abordé la pertinence :
  - d'envisager la gestion de cas pour les personnes qui utilisent fréquemment les urgences et qui ont des besoins complexes, en fonction des ressources disponibles;
  - d'informer le personnel des urgences de la présence et du rôle du gestionnaire de cas, lorsqu'un gestionnaire de cas est en poste dans l'établissement;
  - de désigner un membre du personnel des urgences (p. ex. infirmière, infirmière en santé mentale, travailleuse sociale) pour faire le lien entre l'utilisateur et le gestionnaire de cas, au besoin, lors des visites de l'utilisateur aux urgences.

### 3.7 Interventions brèves et interventions offertes par les pairs

Une revue systématique a évalué l'efficacité d'interventions brèves et d'interventions offertes par les pairs destinées à des usagers fréquentant régulièrement les urgences (Gabet *et al.*, 2023) (voir l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour les caractéristiques de la revue systématique incluse et pour une synthèse des résultats).

Les interventions brèves<sup>57</sup> visaient à offrir du soutien et à favoriser l'engagement avec le traitement, les soins et les services appropriés (Gabet *et al.*, 2023). Pour les personnes présentant des comportements suicidaires, l'intervention visait aussi à identifier les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire et des stratégies d'adaptation (Gabet *et al.*, 2023). Les deux études incluses, soit un ECR et une étude avant-après sans groupe comparateur, n'ont pas montré que l'intervention était associée à un changement dans le nombre de visites aux urgences.

---

<sup>57</sup> Le contenu et les modalités des interventions brèves étaient différents dans les deux études incluses. Dans une étude, l'intervention était donnée par un coordonnateur des soins. L'intervention initiale était donnée à l'urgence et était suivie par des contacts téléphoniques (durée du suivi non précisée). Dans l'autre étude, l'intervention donnée par un gestionnaire de cas débutait à la décharge de l'hôpital et le suivi se déroulait sur une période maximale de quatre à six mois.

Les interventions offertes par les pairs visaient à soutenir les usagers ayant des troubles mentaux durant les transitions de soins entre les services hospitaliers et les services de première ligne ou de proximité et à faciliter le contact avec les équipes offrant ces soins et services (Gabet *et al.*, 2023). Deux études avant-après sans groupe comparateur qui portaient sur ce type d'intervention ont été repérées dans cette revue systématique. Dans la première étude, une diminution des visites a été relevée entre le pré et le post-intervention. Dans la deuxième étude, l'intervention était destinée aux personnes en situation d'itinérance et visait plus spécifiquement à mettre ces usagers en lien avec des ressources communautaires pertinentes et à les soutenir dans la transition vers des soins communautaires à plus long terme. Aucun changement dans le nombre de visites aux urgences n'a été relevé entre le début et la fin de l'intervention.

Les parties prenantes consultées ont souligné que les interventions brèves, menées ponctuellement par des travailleurs sociaux, permettraient non seulement d'orienter efficacement les usagers vers les ressources appropriées, mais aussi de prévenir le retour à l'urgence. Elles ont également mentionné que ces interventions pourraient être considérées dans le cadre d'un plan de services individualisé, en fonction des besoins de l'utilisateur.

#### **En bref**

- Selon la littérature scientifique recensée, les interventions brèves ne semblent pas associées à un changement dans le recours aux urgences chez les personnes qui les visitent régulièrement.
- De plus, la littérature scientifique n'a pas clairement souligné si les interventions de soutien par les pairs sont associées à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence dans cette population.
- Toutefois, les parties prenantes consultées ont décrit ces pratiques comme étant susceptibles d'améliorer la prise en charge de l'utilisateur et ont relevé qu'il serait pertinent de les considérer dans le cadre d'un plan de services individualisé, en fonction des besoins de l'utilisateur, par exemple pour mieux orienter ce dernier ou éviter un retour aux urgences.

### **3.8 Pratiques destinées à des sous-groupes d'utilisateurs**

La littérature scientifique a permis de repérer quelques pratiques s'adressant à des groupes d'utilisateurs qui visitent régulièrement les urgences et qui présentent des problèmes particuliers de santé physique (maladie physique chronique, douleur) ou des problèmes psychosociaux (situation de vulnérabilité financière ou résidentielle). Bien que ces études n'aient pas été menées spécifiquement auprès d'utilisateurs qui présentaient des troubles mentaux, elles reflètent des besoins de santé et psychosociaux susceptibles d'être présents dans cette population.

## **Usagers qui présentent une maladie physique chronique ou de la douleur**

Une revue systématique (Iovan *et al.*, 2020) a rapporté des résultats quant à l'efficacité d'interventions de gestion de la maladie et de gestion de la douleur pour diminuer la fréquence des visites aux urgences (voir l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour les caractéristiques de la revue systématique incluse et pour une synthèse des résultats). Ces données présentent des limites méthodologiques et n'indiquent pas clairement que ces interventions sont susceptibles d'aider à diminuer le nombre de visites aux urgences chez les personnes qui visitent fréquemment les urgences. Aucun des documents de littérature grise recensés n'a rapporté de contenu en lien avec la pertinence de ces interventions pour diminuer la fréquence des visites aux urgences.

Iovan *et al.* (2020) ont évalué l'efficacité d'interventions de gestion de la maladie, qui visaient à réduire le fardeau des maladies chroniques en offrant un traitement mieux organisé et qui tenait compte des besoins de l'utilisateur, à coordonner les soins fondés sur des données probantes entre les différents prestataires de soins spécialisés et à améliorer les stratégies d'adaptation des usagers. Dans un ECR, aucune association entre l'intervention et le nombre de visites n'a été rapportée. Dans l'étude avant-après sans groupe comparateur, une diminution du nombre de visites a été observée après l'intervention. Dans cette revue systématique, des interventions de gestion de la douleur, qui comprenaient des protocoles ou des lignes directrices pour le traitement de la douleur chronique (p. ex. limitation de l'administration de narcotiques), ont été évaluées (Iovan *et al.*, 2020). Dans deux études avant-après sans groupe comparateur, une diminution du nombre de visites entre le pré et le post-intervention a été observée (Iovan *et al.*, 2020).

## **Usagers en situation de vulnérabilité financière ou résidentielle**

Pour les personnes qui utilisent fréquemment les urgences et qui disposent de revenus et de ressources limités, la navigation pour les usagers a été évaluée (Iovan *et al.*, 2020). Elle visait à mettre les usagers en lien avec des soins et des services de première ligne ou préventifs appropriés et était offerte par des intervenants de la santé communautaire, qui servent d'intermédiaires entre la communauté et le système de soins de santé et qui fournissent des services d'éducation, de conseil, de défense des droits et des ressources aux membres de la communauté (American Public Health Association, s. d.; Iovan *et al.*, 2020). Dans une étude avant-après avec groupe comparateur, une diminution comparable du nombre de visites à l'urgence a été observée entre le groupe intervention et le groupe contrôle au suivi après 12 mois. La diminution était plus élevée dans le groupe intervention au suivi après 24 mois.

Selon la littérature grise répertoriée, pour les usagers en situation de vulnérabilité, comme les personnes en situation d'itinérance, les personnes en hébergement de longue durée et les personnes vivant avec un trouble lié à une substance, il est suggéré d'envisager des activités de démarchage (appelé aussi *outreach* en anglais) pour leur fournir des soins de façon proactive (HEEC, 2024).

Dans l'ensemble, bien que certaines études portant sur ces populations spécifiques aient montré une diminution des visites à la suite de l'intervention, les données relatives aux pratiques décrites dans la présente section présentent d'importantes limites méthodologiques ainsi qu'un petit nombre d'études portant sur chaque pratique, ce qui limite l'interprétation des résultats (voir la section [Forces et limites](#) du présent rapport pour plus d'information).

Les parties prenantes consultées ont souligné que les interventions de gestion de la maladie et de la douleur peuvent être limitées puisqu'elles ciblent une seule dimension des besoins de l'utilisateur (p. ex. la douleur), alors que les personnes qui visitent fréquemment les urgences présentent généralement des besoins complexes qui touchent plusieurs sphères et qui nécessitent des approches plus holistiques. Toutefois, ces pratiques demeuraient pertinentes si elles répondaient à un besoin de l'utilisateur et elles pourraient être considérées, par exemple, dans le cadre d'un plan de soins personnalisé. De plus, les parties prenantes ont mentionné que la navigation pour les usagers est susceptible d'aider les personnes qui se présentent aux urgences et qui disposent de ressources limitées, pour les mettre en lien avec les soins et services pouvant répondre à leurs besoins.

### **En bref**

- La littérature scientifique recensée n'a pas clairement souligné que les interventions de la gestion de la maladie et de la douleur sont associées à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence chez les personnes qui les visitent fréquemment.
  - Toutefois, les parties prenantes consultées ont décrit ces interventions comme étant susceptibles de favoriser l'amélioration de la prise en charge des usagers qui visitent fréquemment les urgences et ont relevé la pertinence de les considérer dans le cadre d'un plan de services individualisé, en fonction des besoins de l'utilisateur.
- La littérature scientifique recensée a suggéré que pour les personnes disposant de revenus ou de ressources limités et qui utilisent fréquemment les urgences, la navigation pour les usagers est généralement associée à une diminution du recours fréquent aux services d'urgence. Les parties prenantes consultées ont indiqué la pertinence de considérer cette pratique dans le cadre d'un plan de services individualisé, en fonction des besoins de la personne.

### 3.9 Éléments à considérer pour guider le choix d'une pratique

Cette dernière section présente des éléments relevés dans la littérature scientifique pouvant aider au choix d'une pratique à proposer à la personne qui se présente régulièrement aux urgences.

#### Choix de la pratique selon la complexité des besoins

Selon la littérature scientifique, appuyée par les membres du comité consultatif, le choix d'une pratique devrait prendre en considération la complexité des besoins biopsychosociaux des usagers. Les pratiques intensives comme la gestion de cas, de même que les plans de soins personnalisés, pourraient s'avérer plus efficaces et mieux adaptées aux besoins des usagers qui utilisent fréquemment les urgences et qui présentent des besoins complexes (p. ex. différentes problématiques liées à la santé mentale, vulnérabilité élevée), alors que le soutien par les pairs et les interventions brèves pourraient fournir un soutien adéquat aux usagers ayant des besoins moins complexes (Gabet *et al.*, 2023). Il existe des outils cliniques validés qui peuvent être utilisés pour évaluer la complexité des besoins<sup>58</sup>. De plus, selon un guide de pratique clinique, la fréquence du recours antérieur aux services d'urgence peut être employée comme indicateur du niveau d'intensité d'intervention requis par l'utilisateur (HEEC, 2024). Les membres du comité consultatif ont toutefois précisé que le seuil de visites ne devrait pas être le seul critère sur lequel baser le choix d'une pratique et qu'il est important de considérer l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Ils ont mentionné que les pratiques de plus faible intensité peuvent être proposées aux personnes qui visitent les urgences moins souvent et ont des besoins moins complexes, alors que les pratiques plus intensives, qui requièrent davantage de ressources, peuvent être proposées aux personnes présentant des besoins plus complexes et qui utilisent plus fréquemment les urgences.

Selon une autre revue systématique, avant de mettre en œuvre une pratique, le personnel de l'urgence devrait considérer les facteurs de risque de recours fréquent aux urgences<sup>59</sup> de l'utilisateur pour déterminer les lacunes dans la prestation des services de santé déjà reçus et la pertinence de la pratique (Soril *et al.*, 2015). Une telle personnalisation et adaptation des pratiques et des modèles de soins pourrait s'avérer plus efficace qu'une standardisation des soins pour réduire le recours élevé aux urgences (Soril *et al.*, 2015).

Les parties prenantes consultées ont mentionné l'importance de s'assurer que les soins et services requis sont offerts même lorsque les personnes résident hors de la région desservie par l'établissement qu'elles visitent. Elles ont aussi fait part d'une implantation variable des pratiques selon les établissements ou les installations, notamment en ce qui a trait aux critères d'inclusion des usagers ou aux professionnels impliqués. Certains biais dans l'offre de services et de soins (p. ex. selon le genre, l'âge ou le type de trouble

---

<sup>58</sup> P. ex., Outil Conect-6 (Hudon *et al.*, 2021).

<sup>59</sup> Voir la [section 2.2](#) pour des exemples de facteurs de risque issus des données clinico-administratives québécoises.

mental) ont également été rapportés lors des discussions avec les usagers et les proches aidants consultés. De plus, certains besoins des usagers comme des besoins en traduction linguistique ou en adaptation culturelle (p. ex. psychiatrie transculturelle) pourraient être davantage reconnus et intégrés dans le choix des pratiques.

### **Implication de la famille et des proches aidants**


Les usagers et proches aidants consultés ont souligné la pertinence de faire appel rapidement, si possible, au réseau de proches et à la famille de l'utilisateur qui se présente fréquemment aux urgences, en accord avec l'utilisateur et les principes de confidentialité des données personnelles<sup>60</sup>, dans le but de favoriser le soutien des proches et de la famille lors du retour dans la communauté. De plus, des pratiques qui soutiennent les proches aidants, dont une formation sur la santé mentale, pourraient leur être proposées pour mieux comprendre et soutenir leur proche.

#### **En bref**

- En ce qui concerne le choix d'une pratique pour la personne, la littérature scientifique et grise internationale consultée et les données contextuelles et expérientielles québécoises recueillies ont mis en évidence plusieurs éléments :
  - l'importance de prendre en considération la complexité des besoins biopsychosociaux de la personne lors du choix d'une pratique et d'offrir les pratiques plus intensives aux personnes qui ont des besoins plus complexes a été abordée :
    - pour les personnes qui présentent des besoins complexes, ces sources ont relevé la pertinence de favoriser les pratiques intensives comme la gestion de cas, de même que les plans de soins personnalisés;
    - pour les personnes qui ont des besoins moins complexes, ces sources ont souligné la pertinence d'envisager le soutien par les pairs ou une intervention brève;
  - l'importance de préconiser une approche personnalisée et adaptée aux besoins de la personne a également été mise de l'avant;

---

<sup>60</sup> Au Québec, le partage de renseignements de santé et de services sociaux est encadré par la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-22.1>). Afin de fournir des soins de qualité, les professionnels œuvrant aux urgences ont la responsabilité de partager les renseignements de santé et de services sociaux de l'utilisateur conformément à cette loi. Toutefois, le partage de renseignements de santé ou de services sociaux avec des prestataires autres que ceux œuvrant dans l'équipe soignante de l'urgence doit être autorisé par l'utilisateur concerné ou peut être communiqué « en vue de protéger une personne ou un groupe de personnes identifiable lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves, lié notamment à une disparition ou à un acte de violence, dont une tentative de suicide, menace cette personne ou ce groupe et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence » (article 74 de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*).

- 
- selon ces sources, bien que la fréquence du recours antérieur aux services d'urgence puisse être employée comme indicateur du niveau d'intensité requis, le nombre de visites n'est généralement pas considéré comme le seul critère pour orienter le choix d'une pratique;
  - l'importance d'impliquer la famille et les proches aidants, en accord avec la personne et les principes de confidentialité des données personnelles, a également été relevée.

## FORCES ET LIMITES

La méthodologie et les données incluses dans le présent rapport comportent certaines limites. Tout d'abord, en ce qui a trait à l'analyse des données clinico-administratives, une limite est d'avoir utilisé les données d'une année fixe (1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024) pour chaque usager. L'utilisation d'une année glissante par usager aurait permis d'avoir la même durée de suivi pour chaque participant. Ce choix méthodologique pourrait avoir entraîné une sous-estimation du nombre d'usagers qui utilisent fréquemment les urgences sur une période de 12 mois. Par ailleurs, la méthodologie Pop-Grouper peut sous-estimer le nombre de maladies chroniques, car elle s'appuie sur des données d'utilisation des soins depuis 2021. Ainsi, si un usager a reçu un code de diagnostic de maladie chronique avant le 1<sup>er</sup> avril 2021, mais que ce diagnostic n'est plus attribué par un professionnel de la santé par la suite, ce diagnostic ne sera pas comptabilisé. Également, le diagnostic inscrit lors d'une visite à l'urgence dans la Banque de données communes des urgences (BDCU) ne vise pas à dresser un portrait exhaustif de l'ensemble des conditions physiques et mentales de l'usager. En effet, cette banque ne contient qu'un seul diagnostic par visite, et ce, même si l'usager présente plusieurs problématiques. Par exemple, un diagnostic de problème cardiovasculaire a pu être émis puisqu'il s'agissait de la condition la plus urgente à traiter, même si l'usager présentait plusieurs autres types de conditions lors de sa visite. Par ailleurs, l'indicateur de prise en charge par les CLSC est basé sur le fait qu'un usager a reçu au moins une intervention en CLSC dans l'année effectuée par un professionnel de la santé. Cet indicateur ne permet pas de dissocier les interventions de routine (prise de sang, vaccination, etc.) des soins actifs ou de déterminer si l'usager a bénéficié d'un suivi sur une longue durée ou d'un service ponctuel. Enfin, certaines dissensions ont été observées entre les analyses descriptives réalisées par l'équipe de projet de l'INESSS et les résultats de la littérature scientifique québécoise répertoriée; des différences méthodologiques (p. ex. concernant la définition de l'utilisation fréquente des urgences ou encore sur le plan de la population incluse, puisque certaines études incluaient les personnes âgées de 65 ans et plus ou des usagers ayant fait une utilisation fréquente des urgences durant plusieurs années) pourraient contribuer à expliquer ces différences.

Par ailleurs, la plupart des revues systématiques retenues portaient sur les usagers qui utilisent fréquemment les urgences et qui consultaient pour toute raison médicale ou psychosociale, limitant la possibilité d'évaluer l'effet des pratiques chez les usagers qui ont un trouble mental spécifiquement. Dans plusieurs revues systématiques, les valeurs  $p$  des résultats évalués ou les tailles d'effets n'étaient pas rapportées, ce qui limite la capacité à estimer la magnitude des effets observés. De plus, les revues systématiques repérées incluaient majoritairement des études avant-après sans groupe comparateur ayant une validité interne limitée, ce qui réduit le niveau de confiance dans les conclusions pouvant en être tirées. Également, lorsque des études primaires dont les devis comportaient un groupe comparateur étaient incluses, les auteurs des revues systématiques ne précisaient pas la nature des comparateurs employés, ce qui limitait la précision des conclusions tirées. Par ailleurs, une hétérogénéité élevée a été observée

dans les populations (p. ex. définition de l'utilisation fréquente des urgences) ainsi que dans le contenu et les modalités des pratiques évaluées, y compris au sein d'une même catégorie de pratiques, ce qui limite la comparabilité des données et pourrait réduire la généralisabilité des résultats et des constats dégagés. De plus, les différentes pratiques relevées dans la littérature ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, la coordination des soins et l'élaboration d'un plan de soins personnalisé peuvent être effectuées ensemble ou séparément, ou encore être réalisées dans le cadre de la gestion de cas. Toutefois, la littérature disponible n'a pas permis d'évaluer ces pratiques de façon combinée. Enfin, pour certaines catégories de pratiques, les revues systématiques retenues présentaient un risque de biais incertain ou élevé, mais constituaient les seules preuves disponibles pour en évaluer l'efficacité. La littérature grise retenue a été évaluée comme étant de faible qualité, notamment en raison de l'absence ou du peu d'informations sur la méthodologie de développement des recommandations. Les documents retenus décrivant des études qualitatives en lien avec les freins et les facilitateurs des pratiques ont été majoritairement évalués comme ayant une méthodologie appropriée.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Le présent état des pratiques visait à mieux comprendre l'utilisation fréquente des urgences faite par les usagers ayant un trouble mental et à répertorier les bonnes pratiques de prise en charge de leurs besoins, ainsi que les freins et les facilitateurs associés.

Une analyse faite par l'INESSS des données clinico-administratives québécoises a montré que les usagers qui avaient un trouble mental et qui ont utilisé fréquemment<sup>61</sup> les urgences en 2023-2024 présentaient des caractéristiques reflétant des besoins complexes non seulement sur le plan de la santé mentale (p. ex. nombre plus élevé de conditions mentales comorbides et de visites à l'urgence pour des idées ou un geste suicidaires), mais aussi sur celui de la santé physique. En effet, un nombre supérieur de conditions physiques chroniques a été relevé chez ces usagers, et la majorité de leurs visites a donné lieu à un diagnostic lié à la santé physique. Des niveaux plus élevés de défavorisation sociale ou matérielle ont également été observés chez eux. Les études québécoises publiées dans les 10 dernières années appuient ces observations, ce qui souligne que les principales caractéristiques de ces usagers sont demeurées stables dans le temps. Dans l'ensemble, ces données soulignent l'importance d'offrir à ces usagers une prise en charge globale qui couvre leurs besoins complexes de santé mentale et physique ainsi que leurs besoins psychosociaux.

Selon les analyses de l'INESSS, la moitié des visites effectuées par des usagers ayant un trouble mental avait été triée moins ou non urgente, et ce, autant pour les usagers qui se sont présentés aux urgences fréquemment que pour ceux qui ont fait une ou deux visites dans l'année. Un résultat similaire avait été obtenu chez des usagers avec et sans troubles mentaux dans des travaux antérieurs de l'INESSS (INESSS, 2025). Cela suggère que certains besoins des usagers pourraient être mieux comblés ailleurs qu'aux urgences et que cette situation n'est pas propre aux personnes qui les utilisent fréquemment, ni à celles qui ont un trouble mental. Des difficultés d'accès aux soins et aux services appropriés en amont et en aval des urgences pourraient contribuer à expliquer ce phénomène. En effet, les services d'urgence sont susceptibles de constituer le premier point d'entrée vers l'accès aux soins et aux services, notamment lorsque la personne évalue les autres ressources comme étant inadéquates ou qu'elle se trouve en état de crise, et le dernier recours lorsque les autres ressources sont inaccessibles ou ont été épuisées (INSPQ, 2019; Poremski *et al.*, 2020). Toutefois, d'autres milieux cliniques, notamment en première ligne, pourraient répondre plus adéquatement à certains besoins des usagers, mais l'accès à ces milieux est parfois limité par différents facteurs (p. ex. difficulté à obtenir un rendez-vous, heures d'accès limitées ou éloignement géographique) (Burns, 2017). La littérature (p.ex., BRC, 2021; Iovan *et al.*, 2020) et les parties prenantes consultées dans le cadre des présents travaux ont d'ailleurs souligné l'importance de favoriser l'accès aux services appropriés pour les

---

<sup>61</sup> C'est-à-dire les usagers qui ont fait six visites ou plus durant l'année ainsi que ceux qui ont fait douze visites ou plus durant l'année.

usagers, et ce, autant à l'urgence qu'à l'extérieur. Les analyses de l'INESSS ont montré que parmi les usagers ayant un trouble mental et ayant visité les urgences fréquemment, une majorité était inscrite auprès d'un médecin de famille et avait obtenu une consultation au moins une fois dans un CLSC durant l'année, ce qui suggère que ces usagers utilisaient les services de première ligne pour combler une partie de leurs besoins. Cependant, les analyses n'ont pas permis de consigner si les visites en CLSC étaient liées au motif des visites aux urgences. Davantage de travaux sont nécessaires pour mieux comprendre l'utilisation des services de première ligne faite par ces usagers et définir des pistes d'amélioration des services – y compris les enjeux d'accès – qui permettraient de répondre à leurs besoins et de mieux les accompagner.

Les présents travaux visaient également à déterminer des pratiques susceptibles de mieux répondre aux besoins des usagers qui visitent fréquemment les urgences pour éviter les visites qui ne requièrent pas le niveau de soins offert à l'urgence. Les pratiques qui sont apparues comme les plus pertinentes incluent les stratégies de réorientation vers les soins et services de première ligne, la coordination des soins, la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle et la gestion de cas. Les données ne soulignent pas clairement que les plans de soins personnalisés, utilisés comme unique stratégie, permettent de réduire les visites aux urgences, mais elles suggèrent toutefois qu'il serait approprié d'envisager la mise en place d'un plan de soins personnalisé pour répondre aux besoins de certains usagers ayant des besoins complexes. De plus, d'autres pratiques peuvent être considérées dans le cadre du plan de soins personnalisé, par exemple les interventions de gestion de la douleur et de la maladie, selon les besoins propres à l'utilisateur.

L'information colligée, en cohérence avec la recommandation du VGQ (2023), a aussi souligné l'importance de mettre en place une stratégie d'analyse des données portant sur les visites aux urgences (p. ex. un tableau de bord tel que le SAIRC) et de partage de ces renseignements entre les établissements pour repérer les personnes qui visitent fréquemment les urgences. De surcroît, les présents travaux ont mis en lumière la pertinence de mettre en place des modalités permettant l'identification et l'analyse des facteurs qui sous-tendent le recours aux urgences par ces usagers et de leurs besoins non comblés pour guider la mise en place de services et de ressources visant à mieux répondre à ces besoins.

Au Québec, certaines des pratiques mentionnées précédemment, telles que la gestion de cas et l'élaboration de plans de soins personnalisés, se déploient principalement à l'extérieur des urgences, soit ailleurs dans l'établissement ou dans les services de première ligne (p. ex. l'approche de gestion de cas complexes V1SAGES, qui est soutenue par le MSSS et est en voie d'implantation dans la province<sup>62</sup>). Le personnel de l'urgence peut alors être impliqué de différentes façons, par exemple en faisant le lien entre le gestionnaire de cas et l'utilisateur lorsque ce dernier se présente à l'urgence, ou en

---

<sup>62</sup> *Déploiement de l'approche V1SAGES – Un soutien financier accordé pour améliorer la trajectoire de soins des grands utilisateurs des services aux urgences.* Disponible à : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/deploiement-de-lapproche-v1sages-un-soutien-financier-accorde-pour-ameliorer-la-trajectoire-de-soins-des-grands-utilisateurs-des-services-aux-urgences-32195>.

participant à l'élaboration du plan de soins personnalisé pour formuler des recommandations à suivre lors des prochaines visites de l'utilisateur.

La majorité des documents repérés dans la littérature scientifique et grise recensée rapportait des pratiques qui ciblaient l'ensemble des usagers qui visitent fréquemment les urgences, sans distinction relative à la présence d'un trouble mental ou aux raisons des visites, reflétant le fait que les personnes qui recourent fréquemment aux urgences présentent généralement des profils cliniques complexes et des besoins multiples liés à la santé mentale et physique de même qu'à la sphère psychosociale. Ainsi, ces pratiques sont pertinentes pour l'ensemble des usagers qui visitent régulièrement les urgences, dont ceux qui ont un trouble mental. Les présents travaux ont d'ailleurs souligné l'importance de considérer la complexité des besoins biopsychosociaux de chaque usager lors du choix d'une pratique et de préconiser une approche personnalisée et adaptée à ses besoins.

L'ensemble des sources d'information consultées dans le cadre de ces travaux a souligné la grande vulnérabilité des personnes qui recourent fréquemment aux urgences et l'importance de les traiter avec dignité et avec la même attention que les autres usagers, en s'assurant de ne pas les stigmatiser. Il importe également de reconnaître que ces personnes se présentent aux urgences parce que leurs besoins complexes ne sont pas comblés. Bien que les travaux se soient concentrés sur les pratiques à mettre en place aux urgences, la réponse aux besoins de ces usagers nécessite une réponse à leurs besoins non urgents en dehors des services d'urgence de même qu'une concertation entre les services d'urgence et les services de première ligne. Plus de travaux sont nécessaires pour déterminer des moyens d'améliorer les soins et les services, ainsi que leur accès, pour mieux accompagner les usagers et répondre à leurs besoins.

## RÉFÉRENCES

- American Public Health Association. (s. d.). *Community Health Workers*.  
<https://www.apha.org/apha-communities/member-sections/community-health-workers>
- Armoon, B., Cao, Z., Grenier, G., Meng, X. et Fleury, M.-J. (2022). Profiles of high emergency department users with mental disorders. *American Journal of Emergency Medicine*, 54, 131-141. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.01.052>
- Association québécoise en réadaptation psychosociale. (s. d., 2025, 27 octobre). *Pair-aidance*. <https://www.aqrp-sm.org/pair-aidance>
- Baker, D., Blyth, D., Stedman, T. et Meehan, T. (2021). Case manager perceptions of emergency department use by patients with non-fatal suicidal behaviour. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 487-494.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12810>
- Bazinet, A., Boudreau, C. et Charbonneau, M. (2021). *La collaboration interorganisationnelle: conditions, retombées et perspectives en contexte public*. Presses de l'Université du Québec.  
<https://www.puq.ca/catalogue/livres/collaboration-interorganisationnelle-3751.html>
- Bélanger, S. (2016). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux: guide d'accompagnement* (publication n° 16-914-06W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Birmingham, L. E., Cochran, T., Frey, J. A., Stiffler, K. A. et Wilber, S. T. (2016). Emergency department use and barriers to wellness: a survey of emergency department frequent users. *BMC Emergency Medicine*, 17(1), 16.  
<https://doi.org/10.1186/s12873-017-0126-5>
- Brennan, J. J., Chan, T. C., Hsia, R. Y., Wilson, M. P. et Castillo, E. M. (2014). Emergency department utilization among frequent users with psychiatric visits. *Academic Emergency Medicine*, 21(9), 1015-1022.  
<https://doi.org/10.1111/acem.12453>
- British Red Cross. (2021). *Nowhere else to turn. Exploring high intensity use of Accident and Emergency services*. [https://www.redcross.org.uk/-/media/documents-indexed/hiu\\_report\\_nov2021\\_aw2.pdf?sc\\_lang=en&hash=64DAF403AB5AAA87DEFC0A74C022959D](https://www.redcross.org.uk/-/media/documents-indexed/hiu_report_nov2021_aw2.pdf?sc_lang=en&hash=64DAF403AB5AAA87DEFC0A74C022959D)
- Brunner, L., Canepa Allen, M., Malebranche, M., Hudon, C., Senn, N., Hugli, O., Vu, F., Akre, C. et Bodenmann, P. (2021). Qualitative evaluation of primary care providers' experiences caring for frequent users of the emergency department. *BMJ Open*, 11(6), e044326. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044326>
- Burns, T. R. (2017). Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *International emergency nursing*, 35, 51-55.  
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.001>

- Canadian Institute for Health Information. (2019). *National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) Emergency Department Visits and Length of Stay by Province/Territory, 2018–2019*. <https://www.cihi.ca/en/nacrs-emergency-department-visits-and-length-of-stay-2018-2019-xlxs>
- Case Management Society of America. (s. d., 2025, 24 avril). *Case management at-a-glance*. <https://cmsa.org/case-management-at-a-glance/>
- Chiu, Y. M., Dufour, I., Courteau, J., Vanasse, A., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Dubuc, N., Elazhary, N. et Hudon, C. (2022). Profiles of frequent emergency department users with chronic conditions: A latent class analysis. *BMJ Open*, 12(9), e055297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055297>
- Couturier, Y. et Belzile, L. (2018). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.2307/j.ctv69sttk>
- Di Mauro, R., Di Silvio, V., Bosco, P., Laquintana, D. et Galazzi, A. (2019). Case management programs in emergency department to reduce frequent user visits: A systematic review. *Acta Biomedica*, 90(6-s), 34-40. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i6-S.8390>
- Enard, K. R. et Ganelin, D. M. (2013). Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. *Journal of Healthcare Management*, 58(6), 412-427; discussion 428. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4142498/>
- Fleury, M.-J., Cao, Z. et Grenier, G. (2024a). Characteristics for Low, High and Very High Emergency Department Use for Mental Health Diagnoses from Health Records and Structured Interviews. *Western Journal of Emergency Medicine*, 25(2), 144-154. <https://doi.org/10.5811/westjem.18327>
- Fleury, M.-J., Cao, Z. et Grenier, G. (2024b). Emergency Department Use among Patients with Mental Health Problems: Profiles, Correlates, and Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 864. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070864>
- Fleury, M.-J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, É., Lesage, A. et Vasiliadis, H.-M. (2018). Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Santé Mentale au Québec*, 43(2), 127-152. <https://doi.org/10.7202/1058613ar>
- Fleury, M.-J., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Vasiliadis, H. M., Pelletier, E. et Lesage, A. (2019a). Factors associated with emergency department use for mental health reasons among low, moderate and high users. *General Hospital Psychiatry*, 60, 111-119. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.006>
- Fleury, M. J., Ferland, F., Farand, L., Grenier, G., Imboua, A. et Gaida, F. (2025). Reasons Explaining High Emergency Department Use in Patients With Mental Illnesses: Different Staff Perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1), e13442. <https://doi.org/10.1111/inm.13442>
- Fleury, M. J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, E. et Vasiliadis, H. M. (2019b). Assessing quality indicators related to mental health emergency room

- utilization. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0223-8>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et Caron, J. (2014). Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. *BMC Health Services Research*, 14, 161. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-161>
- Gabet, M., Armoon, B., Meng, X. et Fleury, M.-J. (2023). Effectiveness of emergency department based interventions for frequent users with mental health issues: A systematic review. *American Journal of Emergency Medicine*, 74, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.008>
- Genell Andrén, K. et Rosenqvist, U. (1987). Heavy users of an emergency department--a two year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 25(7), 825-831. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90040-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90040-2)
- Gentil, L., Grenier, G., Meng, X. et Fleury, M.-J. (2021a). Impact of Co-occurring Mental Disorders and Chronic Physical Illnesses on Frequency of Emergency Department Use and Hospitalization for Mental Health Reasons. *Frontiers in psychiatry*, 12, 735005. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.735005>
- Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H. M., Huynh, C. et Fleury, M.-J. (2021b). Predictors of Recurrent High Emergency Department Use among Patients with Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(9), 25. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094559>
- Giannouchos, T. V., Kum, H. C., Foster, M. J. et Ohsfeldt, R. L. (2019). Characteristics and predictors of adult frequent emergency department users in the United States: a systematic literature review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(3), 420-433. <https://doi.org/10.1111/jep.13137>
- Graham, J. R. et Barter, K. (1999). Collaboration: a social work practice method. *Families in society*, 80(1), 6-13. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.634>
- Groupe de travail sur le rôle de collaborateur. (2018). *Collaborer pour améliorer les soins : Un guide pratique pour les enseignants et les apprenants en médecine familiale — Le rôle de collaborateur dans CanMEDS-MF*. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%c3%89ducation-en-m%c3%a9decine/Collaborator-guide-FR.pdf>
- Haas, R., Brundisini, F., Barbara, A., Darvesh, N., Ritchie, L., MacDougall, D., Spry, C., Mason, J., Hall, J. et Ma, W. (2023). *Emergency department overcrowding: an environmental scan of contributing factors and a summary of systematic review evidence on interventions* (vol. 3). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599979/>
- Hayhurst, C., Noble, F., Cleaver, B., Louw, D., Swires-Hennessy, K., Thomson, A. et Blackburn, R. (2024). *Frequent Attendance in the Emergency Department: Delivering interventions and services for high intensity use: Best Practice Guideline*. Royal College of Emergency Medicine (RCEM). <https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/04/Frequent Attendance in the Emergency Department v1.pdf>

- Health Equity Evidence Centre. (2024). *What works: Finding ways to better support people who frequently attend emergency departments. Evidence brief.*  
<https://www.heec.co.uk/wp-content/uploads/2024/07/What-works-Finding-ways-to-better-support-people-who-frequently-attend-emergency-departments-1.pdf>
- Hudon, C., Bisson, M., Dubois, M. F., Chiu, Y., Chouinard, M. C., Dubuc, N., Elazhary, N., Sabourin, V. et Vanasse, A. (2021). CONECT-6: a case-finding tool to identify patients with complex health needs. *BMC Health Services Research*, 21(1), 157.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06154-4>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2023). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.4 — aperçu et extraits.*  
<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cihi-population-grouping-methodology-v1.4-overview-outputs-manual-fr.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Lignes directrices de revues rapides.*  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS\\_Lignes\\_directrices\\_revues\\_rapides\\_2023.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Lignes_directrices_revues_rapides_2023.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025). *Portrait - Utilisateurs fréquents des urgences au Québec en 2022-2023.*  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/Pportrait\\_utilisation\\_urgences\\_voletA\\_EP\\_INESSS.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/Pportrait_utilisation_urgences_voletA_EP_INESSS.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025, décembre). *Pratiques de suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital : défis rencontrés et pistes de solution.*  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Suivi\\_etroit\\_EP\\_VF.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Suivi_etroit_EP_VF.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux.*  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580\\_surveillance\\_utilisation\\_urgences\\_patients\\_troubles\\_mentaux.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf)
- Iovan, S., Lantz, P. M., Allan, K. et Abir, M. (2020). Interventions to Decrease Use in Prehospital and Emergency Care Settings Among Super-Utilizers in the United States: A Systematic Review. *Medical Care Research & Review*, 77(2), 99-111.  
<https://doi.org/10.1177/1077558719845722>
- Kahan, D., Poremski, D., Wise-Harris, D., Pauly, D., Leszcz, M., Wasylenki, D. et Stergiopoulos, V. (2016). Perceived Case Management Needs and Service Preferences of Frequent Emergency Department Users: Lessons Learned in a Large Urban Centre. *PLoS One*, 11(12), e0168782.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168782>
- Kaltsidis, G., Bamvita, J. M., Grenier, G. et Fleury, M.-J. (2021). Predictors of Frequent Emergency Department Utilization for Mental Health Reasons. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 48(2), 259-273.  
<https://doi.org/10.1007/s11414-020-09695-4>

- Kne, T., Young, R. et Spillane, L. (1998). Frequent ED users: Patterns of use over time. *American Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 648-652.  
[https://doi.org/10.1016/s0735-6757\(98\)90166-8](https://doi.org/10.1016/s0735-6757(98)90166-8)
- Krieg, C., Hudon, C., Chouinard, M.-C. et Dufour, I. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1852-1>
- 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. *Journal of Emergency Medicine*, 57(5), 671-682.  
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.08.005>
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H. et Owens, D. K. (2007). *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies* (vol. 7: Care Coordination). Agency for Healthcare Research and Quality (US).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
- Meehan, T., Baker, D., Blyth, D. et Stedman, T. (2021). Repeat presentations to the emergency department for non-fatal suicidal behaviour: Perceptions of patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 200-207.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12773>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence - Orientations ministérielles* (publication n° 21-905-01W).  
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W\\_annexe\\_desencombrement.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_desencombrement.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. Politique nationale pour les personnes proches aidantes* (publication n° 21-835-01W).  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021c). *Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence - Orientations ministérielles* (publication n° 21-905-01W). [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W\\_annexe\\_reorientation.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_reorientation.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Implanter la planification précoce et conjointe des congés en flux tiré dès l'urgence. Guide méthodologique. Une approche expérientielle*. [https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2023-09/Guide\\_methodologique-Implantation\\_2022-PPCC.pdf](https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2023-09/Guide_methodologique-Implantation_2022-PPCC.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022b). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif* (publication n° 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec - Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux* (publication n° 22-914-27W).  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Suivi intensif dans le milieu (SIM) - Cadre de référence* (publication n° 24-914-25W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025, octobre 17, 2025, 26 août). *Guide de gestion des urgences*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-de-gestion-des-urgences/>
- Misra, V., Sedig, K., Dixon, D. R. et Sibbald, S. L. (2020). Donner la priorité à la coordination des soins de santé primaires. *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien*, 66(6), e165-e170. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7292506/pdf/066e165.pdf>
- Moe, J., Kirkland, S. W., Rawe, E., Ospina, M. B., Vandermeer, B., Campbell, S. et Rowe, B. H. (2017). Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 24(1), 40-52. <https://doi.org/10.1111/acem.13060>
- Moe, J., O'Sullivan, F., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Grafstein, E., Hohl, C. M., Trimble, J. et McGrail, K. M. (2021). Characteristics of frequent emergency department users in British Columbia, Canada: a retrospective analysis. *CMAJ Open*, 9(1), E134-E141. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200168>
- Ngamini-Ngui, A., Fleury, M.-J., Moisan, J., Gregoire, J. P., Lesage, A. et Vanasse, A. (2014). High users of emergency departments in Quebec among patients with both schizophrenia and a substance use disorder. *Psychiatric Services*, 65(11), 1389-1391. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300474>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2019). *Triage à l'urgence - Lignes directrices*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
- Pair-aidance Québec. (s. d., 2025, 27 octobre). *Pair-aidance Québec. La référence en pair-aidance*. <https://www.pairaidance.quebec/>
- Pomey, M.-P. et Chaire de recherche en évaluation des technologies et des pratiques de pointe du CHUM. (2025). *Guide d'implantation : Personne Accompagnatrice, Une Ressource organisationnelle Comme Levier Pour Une Expérience Améliorée En Oncologie (PAROLE-Onco)*. <https://chaireengagementpatient.openum.ca/files/sites/145/2025/04/Guide-implantation-PAROLE-Onco.pdf>
- Poremski, D., Harris, D. W., Kahan, D., Pauly, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Wasylenki, D. et Stergiopoulos, V. (2016). Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 40, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.01.004>
- Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D. et Cheng, L. (2020). Reasons for frequent psychiatric emergency service use in a large urban center. *Psychiatric Services*, 71(5), 440-446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800532>

- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. (2009). *Canadian standards of practice for case management*. <https://campusmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2018/03/Canadian-Case-Management-Standards-of-Practice.pdf>
- Schaad, L., Graells, M., Kasztura, M., Schmutz, E., Moullin, J., Hugli, O., Daepfen, J.-B., Ambrosetti, J., Ombelli, J. et Golay, M. (2023). Perspectives of frequent users of emergency departments on a case management intervention: a qualitative study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231159745. <https://doi.org/10.1177/00469580231159745>
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., De Girolamo, G., Hu, C. et De Jonge, P. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. *JAMA psychiatry*, 73(2), 150-158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>
- Sillero-Rejon, C., Kirbyshire, M., Thorpe, R., Myring, G., Evans, C., Lloyd-Rees, J., Bezer, A. et McLeod, H. (2023). Supporting High-impAct useRs in Emergency Departments (SHarED) quality improvement: a mixed-method evaluation. *BMJ Open Quality*, 12(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002496>
- Soril, L. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W. et Clement, F. M. (2015). Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions. *PLoS One*, 10(4), e0123660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123660>
- Vérificateur général du Québec. (2023). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'assemblée nationale*. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/vgq\\_mai2023\\_complet\\_web\\_VF.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/vgq_mai2023_complet_web_VF.pdf)

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

