



L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois

Numéro 30

PRINCIPAUX CONSTATS

+ La prévalence des troubles mentaux est de 11,6 % en absence de maladie chronique physique et augmente à 31,4 % en présence de quatre maladies chroniques physiques ou plus.

La présence de troubles mentaux et la multimorbidité physique sont toutes deux associées à une augmentation des admissions fréquentes à l'urgence.

Chez les individus avec trouble mental sévère, lorsque le nombre de maladies chroniques physiques varie d'aucune à quatre ou plus, la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence passe de 9,2 % à 25,4 % (soit une augmentation de 16,2 points de pourcentage). Cette augmentation est moindre (11,4 points de pourcentage) chez les individus sans trouble mental.

Introduction

La multimorbidité, soit la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques chez un même individu, est de plus en plus courante avec le vieillissement de la population et peut s'accompagner de troubles mentaux (Simard, 2019; Barnett, 2012). Les maladies chroniques physiques et les troubles mentaux sont associés à une diminution de la qualité de vie, une augmentation de l'utilisation de services de santé ainsi qu'à un excès de mortalité (Marengoni, 2011; Barnett 2012).

La prise en charge des patients multimorbides est complexe et peut être inefficace s'ils reçoivent des soins spécialisés fragmentés (Boyd, 2010). Une mauvaise prise en charge peut entraîner des admissions fréquentes à l'urgence, potentiellement évitables (Billings, 2013; McCusker, 2012). Par ailleurs, les troubles mentaux sont connus pour exacerber les symptômes des maladies chroniques physiques (Katon, 2003). Alors que les effets indépendants des maladies chroniques physiques et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence sont connus, leurs effets conjoints (également appelé synergie), sont peu documentés. Ces informations seraient utiles pour identifier des sous-groupes pouvant bénéficier d'activités de prévention et de promotion et d'une meilleure organisation des soins et services de santé.

Les travaux présentés dans ce feuillet visent à déterminer si la multimorbidité physique et les troubles mentaux agissent en synergie pour augmenter le risque d'admissions fréquentes à l'urgence. Les objectifs spécifiques sont de : 1) estimer la prévalence des troubles mentaux selon le nombre de maladies chroniques physiques; 2) quantifier l'effet des maladies chroniques physiques et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence.

Méthodologie

Devis et source de données

Cette étude de cohorte rétrospective a été effectuée en utilisant le registre de données jumelées du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (Blais, 2014). Les données inscrites entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2016 dans le fichier des hospitalisations (MED-ECHO), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) et le fichier des décès ont été utilisées.

Aux fins de la présente étude, les critères d'inclusion ci-dessous ont été appliqués :

- avoir 18 ans ou plus le 1^{er} octobre 2014;
- être vivant au 31 mars 2016;
- être assuré par le régime public d'assurance médicaments au moins une journée durant les quatre années financières (2012/13 à 2015/16) de l'étude.

Les personnes décédées entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2016 ont été exclues en raison de leur utilisation particulièrement fréquente et non représentative des services de santé (Langton, 2014).

Mesure de la multimorbidité physique

La multimorbidité a été définie par le nombre de maladies présentes au 1^{er} avril 2014. Les 26 maladies chroniques physiques de l'Indice combiné, le seul indice validé avec les données du Québec (Simard, 2018), ont été ciblées. Pour chaque maladie chronique physique, une définition de cas devait être remplie. Elle exigeait qu'il y ait, entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2014, soit deux diagnostics posés lors d'actes médicaux espacés d'au moins 30 jours, soit un diagnostic principal ou secondaire reçu lors d'une hospitalisation (Klabunde, 2000; Simard, 2019). Les codes de diagnostic des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics des conditions médicales. (La liste des codes est présentée dans le matériel supplémentaire de l'article de Simard et collab., 2018). Les diagnostics de diabète et d'hypertension artérielle en contexte de soins obstétricaux posés entre le 1^{er} avril 2012 et le

31 mars 2014, ont été exclus, puisqu'il pourrait s'agir de maladies gestationnelles temporaires liées à la grossesse (INSPQ, 2015). Le nombre de maladies chroniques physiques a été regroupé en 5 catégories : zéro, une, deux, trois ou quatre maladies ou plus (≥ 4).

Mesure des troubles mentaux

Les troubles mentaux ont été classifiés comme sévères (schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles bipolaires ou autres troubles psychotiques) et courants (incluant tous les autres troubles mentaux, dont la dépression et les troubles d'anxiété) selon le statut de trouble mental au 1^{er} avril 2014. Les codes de diagnostic CIM-9 et CIM-10 ont été utilisés (voir annexe). La définition de cas appliquée nécessitait un code de diagnostic, posé soit lors d'un acte médical soit lors d'une hospitalisation (en diagnostic principal ou secondaire) entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014 (Lesage, 2012).

Définition des utilisateurs fréquents de l'urgence

Les admissions à l'urgence ont été calculées entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015. Elles ont été identifiées à l'aide du fichier des actes médicaux en utilisant un algorithme validé (des actes médicaux facturés aux urgences jusqu'à deux jours consécutifs sont considérés comme une admission et un troisième jour consécutif est considéré comme une deuxième admission) (Belzile, 2011). Les admissions fréquentes à l'urgence sont un indicateur reconnu des besoins non comblés en première ligne (LaCalle, 2010). Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle d'un utilisateur fréquent de l'urgence, les seuils ≥ 3 et ≥ 4 dans une année sont les plus communs (LaCalle, 2010). Conséquemment, un seuil empirique a été retenu, soit le 95^e percentile du nombre d'admissions par année, ce qui correspondait à 3 admissions par année.

Analyses statistiques

Caractéristiques de la population de l'étude

L'analyse des caractéristiques de la population à l'étude selon l'admission fréquente ou non à l'urgence a été effectuée à l'aide de statistiques descriptives. Les caractéristiques incluaient l'âge, le sexe, le nombre de maladies chroniques physiques, le statut de trouble mental, la défavorisation matérielle, la défavorisation sociale (Pampalon, 2003) et la zone géographique. La répartition du statut de trouble mental a été calculée selon le nombre de maladies chroniques physiques.

Mesure de l'effet conjoint (interaction ou synergie)

L'effet conjoint potentiel (interaction ou synergie) des troubles mentaux et des maladies chroniques physiques sur la survenue d'admissions fréquentes à l'urgence a été évalué en comparant l'augmentation de la proportion ajustée d'utilisateurs fréquents à l'urgence par nombre de maladies chroniques physiques en fonction du statut de trouble mental. Les proportions ajustées ont été calculées à l'aide d'un modèle de régression logistique en utilisant la méthode de prédiction par la moyenne (Muller, 2014). Puisque la répartition selon l'âge, le sexe, la défavorisation matérielle et sociale et la ruralité diffèrent selon le statut de trouble mental et le nombre de maladies physiques, ces variables ont été incluses dans le modèle de régression en tant que variables d'ajustement. L'interaction statistique (ou synergie potentielle) est observée quand la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence parmi la population avec des maladies chroniques physiques et des troubles mentaux est plus élevée que la somme des proportions chez les individus avec seulement des maladies chroniques physiques ou seulement des troubles mentaux (Rothman, 2012). Dit autrement, il y a présence de synergie lorsque les résultats observés ne sont pas la somme des effets, mais la multiplication des effets. La synergie a également été mesurée à l'aide de la statistique d'excédent de risque relatif sur l'échelle additive (RERI), où une valeur supérieure à 1 indique la présence de synergie.

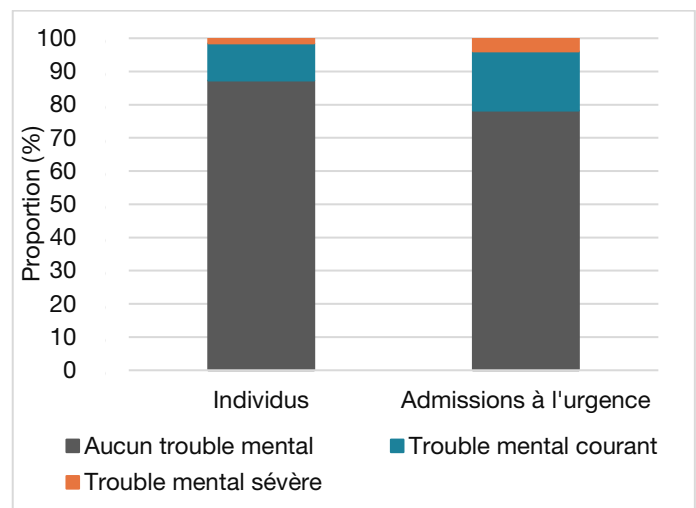
Résultats

Caractéristiques de la population à l'étude

Le tableau 1 montre l'ensemble des adultes inclus au cours de la période d'étude (n = 5 316 832). La cohorte est constituée de 52,2 % de femmes, avec un âge moyen de 51,2 ans. La proportion sans maladie chronique physique est de 75,5 %. La proportion affectée par la multimorbidité (au moins 2 maladies chroniques physiques) est de 7,8 %. Les troubles mentaux affectent 12,8 % de la population, avec 11,3 % ayant au moins un trouble courant et 1,5 % ayant au moins un trouble sévère. Les utilisateurs fréquents de l'urgence représentent 4,0 % de la population et cumulent 41,3 % des admissions.

Alors que les individus avec troubles mentaux courants ou sévères composent 11,3 % et 1,5 % de la population à l'étude, ils représentent respectivement 17,8 % et 4,0 % des admissions à l'urgence (figure 1).

Figure 1 Répartition des individus et des admissions à l'urgence selon le statut de trouble mental dans la population québécoise des 18 ans et plus pour l'année financière 2014-2015



Le tableau 2 présente la répartition du statut de trouble mental selon le nombre de maladies chroniques physiques dans la cohorte à l'étude. Les proportions d'individus avec troubles mentaux courants et sévères augmentent à mesure que le nombre de maladies chroniques physiques s'accroît. La proportion d'individus avec troubles mentaux courants (10,5 %) et troubles mentaux sévères (1,2 %) est moins élevée chez les individus avec aucune maladie chronique physique que chez ceux avec ≥ 4 maladies chroniques physiques (24,5 % et 6,9 % respectivement).

Effet conjoint ou synergie

La multimorbidité et les troubles mentaux sont chacun associés de manière indépendante aux admissions fréquentes à l'urgence (figure 2). Premièrement, la proportion ajustée d'utilisateurs fréquents de l'urgence est plus élevée chez les individus avec au moins un trouble mental, et ce, peu importe le nombre de maladies chroniques physiques. Par exemple, chez les individus sans maladie chronique physique, la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence est de 2,5 % en l'absence de trouble mental, de 5,1 % en présence d'un trouble mental courant et de 9,2 % en présence d'un trouble mental sévère. Deuxièmement, la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence augmente pour chaque maladie chronique physique supplémentaire, et ce, peu importe le statut de trouble mental. Par exemple, chez les individus sans trouble mental, la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence est de 2,5 % en l'absence de maladie chronique physique, de 4,0 % en présence d'une maladie chronique physique et finalement, de 13,9 % en présence de ≥ 4 maladies chroniques physiques. Chez les individus sans trouble mental et sans maladie chronique physique, la proportion d'utilisateurs fréquents à l'urgence est de 2,5 %. Cette proportion passe à 13,9 % en présence de 4 maladies chroniques physique et plus, soit une augmentation de 11,4 points de pourcentage.

L'augmentation de la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence entre ceux sans maladie chronique physique et ceux avec ≥ 4 maladies chroniques physiques est plus importante chez les individus avec trouble mental. En effet, alors qu'on observe une augmentation de 11,4 points de pourcentage chez les individus sans trouble mental, des hausses de 15,3 et 16,2 points de pourcentage sont observées chez les individus avec troubles mentaux courants et sévères respectivement. Ces hausses qui diffèrent en fonction du statut de trouble mental (11,4 points de pourcentage en l'absence de trouble mental et 16,2 points de pourcentage en présence de trouble mental sévère) indiquent une interaction ou synergie potentielle entre les troubles mentaux et les maladies chroniques physiques sur les admissions fréquentes à l'urgence. En absence d'interaction ou de synergie, une augmentation de 11,4 points de pourcentage aurait été observée peu importe le statut de trouble mental (voir lignes pointillées dans la figure 2). Des RERI supérieurs à 1 (résultats non présentés), confirment la synergie observée de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence.

Tableau 1 Caractéristiques des utilisateurs fréquents ou non de l'urgence dans la population québécoise des 18 ans et plus pour l'année financière 2014-2015

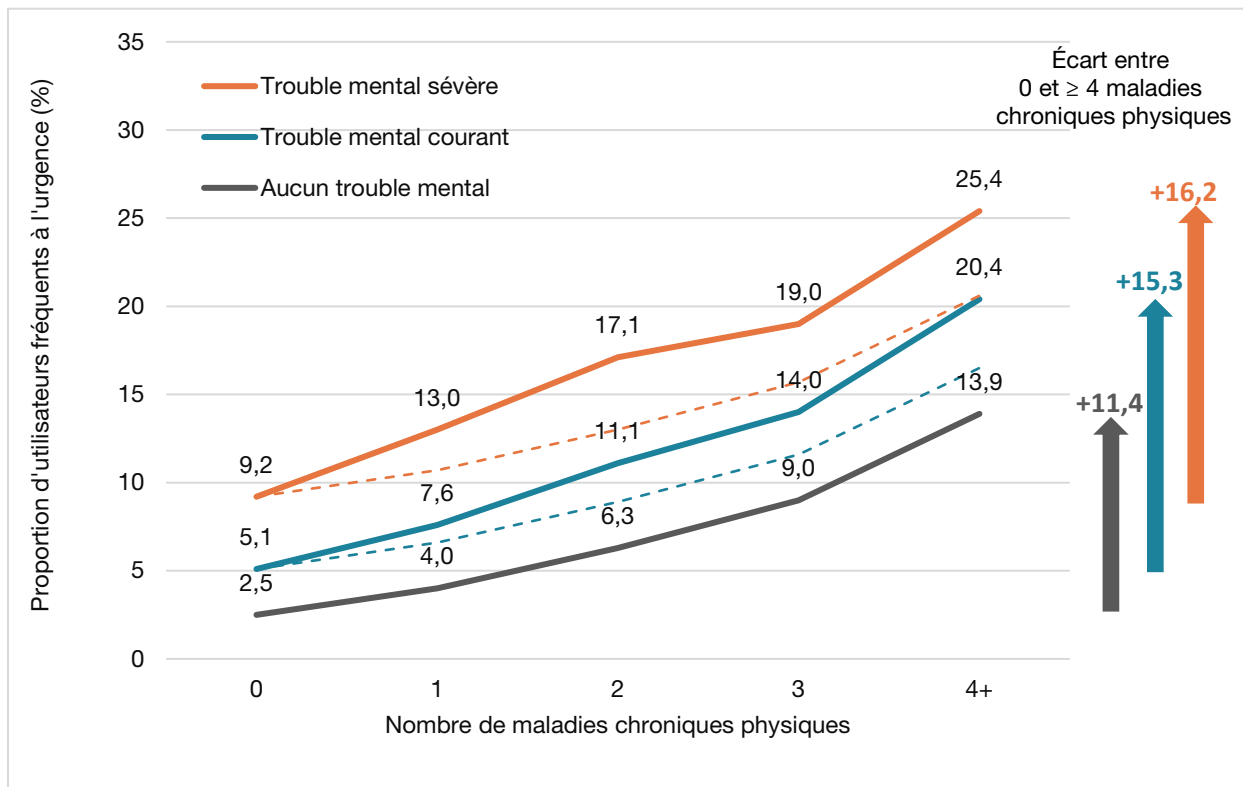
Caractéristiques	Population		Utilisateurs non-fréquents (0-2/an)		Utilisateurs fréquents (≥ 3/an)	
	n	%	n	%	n	%
Population	5 316 832	100	5 102 911	96,0	213 921	4,0
Nombre d'admissions à l'urgence	2 204 454	100	1 294 317	58,8	910 137	41,2
Âge moyen (± ET)	51,2	17,9	51,0	17,8	54,4	20,4
Groupes d'âge (%)						
18-24	486 288	9,2	466 562	9,1	19 726	9,2
25-34	702 982	13,2	674 738	13,2	28 244	13,2
35-44	787 369	14,8	760 970	14,9	26 399	12,3
45-54	1 011 673	19,0	979 209	19,2	32 464	15,2
55-64	1 056 480	19,9	1 022 168	20,0	34 312	16,0
65-74	753 395	14,2	721 422	14,1	31 973	15,0
75-84	384 081	7,2	357 253	7,0	26 828	12,5
85+	134 564	2,5	120 589	2,4	13 975	6,5
Sexe (%)						
Masculin	2 539 865	47,8	2 446 263	47,9	93 602	43,8
Féminin	2 776 967	52,2	2 656 648	52,1	120 319	56,2
Zone géographique (%)*						
Montréal	2 471 888	46,8	2 399 118	47,3	72 770	34,2
Autre ville > 100 000 habitants	1 069 395	20,3	1 024 027	20,2	45 368	21,3
Ville [10 000 à 100 000] habitants	666 544	12,6	634 309	12,5	32 235	15,1
Zone rurale	1 074 234	20,3	1 011 587	20,0	62 647	29,4
Défavorisation matérielle (%)**						
1 (moins défavorisé)	998 753	19,8	972 823	20,1	25 930	13,1
2	1 028 192	20,4	995 089	20,5	33 103	16,7
3	1 020 225	20,2	981 557	20,2	38 668	19,5
4	1 024 684	20,3	978 698	20,2	45 986	23,2
5 (plus défavorisé)	975 786	19,3	920 894	19,0	54 892	27,6
Défavorisation sociale (%)**						
1 (moins défavorisé)	1 005 149	19,9	970 250	20,0	34 899	17,6
2	1 027 120	20,4	988 500	20,4	38 620	19,5
3	1 040 014	20,6	1 000 407	20,6	39 607	20,0
4	1 002 699	19,9	961 984	19,8	40 715	20,5
5 (plus défavorisé)	972 658	19,3	927 920	19,1	44 738	22,5
Nombre moyen de maladies chroniques physiques (± ET)	0,42	1,0	0,39	1,0	1,10	2,0
Nombre de maladies chroniques physiques (%)						
0	4 016 066	75,5	3 891 864	76,3	124 202	58,1
1	884 484	16,6	842 997	16,5	41 487	19,4
2	213 618	4,0	197 075	3,9	16 543	7,7
3	83 013	1,6	73 618	1,4	9 395	4,4
4+	119 651	2,2	97 357	1,9	22 294	10,4
Statut de trouble mental						
Aucun	4 638 633	87,2	4 479 712	87,8	158 921	74,3
Courant	598 276	11,3	554 086	10,9	44 190	20,7
Sévère	79 923	1,5	69 113	1,4	10 810	5,1

34 771 données manquantes, ** 269 192 données manquantes, ET : Écart-type.

Tableau 2 Répartition des troubles mentaux selon le nombre de maladies chroniques physiques dans la population des Québécois de 18 ans et plus pour l'année financière 2014-2015

Statut de trouble mental	Nombre de maladies chroniques physiques									
	0		1		2		3		4+	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucun	3 548 074	88,3	768 368	86,9	176 385	82,6	63 693	76,7	82 113	68,6
Courant	420 486	10,5	101 596	11,5	31 286	14,6	15 570	18,8	29 338	24,5
Sévère	47 506	1,2	14 520	1,6	5 947	2,8	3 750	4,5	8 200	6,9
Total	4 016 066	100	884 484	100	213 618	100	83 013	100	119 651	100

Figure 2 Proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence selon le nombre de maladies chroniques physiques, stratifiée par le statut de trouble mental dans la population des Québécois de 18 ans et plus pour l'année financière 2014-2015 (les lignes pointillées indiquent les résultats attendus en absence d'interaction ou de synergie potentielle)



Discussion

Cette étude populationnelle démontre que la multimorbidité et les troubles mentaux sont associés à une probabilité accrue d'admissions fréquentes à l'urgence. En effet, chez les individus sans maladie chronique physique, la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence augmente de 2,5 % chez les individus sans maladie mentale à 9,2 % chez ceux avec des troubles mentaux sévères. Lorsque le nombre de maladies chroniques physiques varie d'aucune à ≥ 4 maladies, la proportion d'utilisateurs fréquents de l'urgence dans la population passe de 9,2 % à 25,4 % (soit une augmentation de 16,2 points de pourcentage) chez les individus avec trouble mental sévère. Cette augmentation est moindre chez les individus avec trouble mental courant (15,3 points de pourcentage) ou sans trouble mental (11,4 points de pourcentage). On peut ainsi remarquer que l'augmentation de la proportion d'utilisateurs fréquents à l'urgence observée lorsque le nombre de maladies physiques varie d'aucune à ≥ 4 maladies diffère selon le statut de trouble mental (+11,4 points de pourcentage en absence de trouble mental et +16,2 en présence de trouble mental sévère). Ces résultats indiquent la présence de synergie potentielle entre les maladies chroniques physiques et les troubles mentaux. En effet, en absence de synergie, l'augmentation devrait être constante peu importe le statut de trouble mental.

Ces données de surveillance populationnelle permettent d'identifier des sous-groupes d'individus multimorbides avec ou sans troubles mentaux potentiellement à haut risque d'admission à l'urgence. Ces informations sont utiles à la fois pour soutenir la planification des soins ainsi que le développement et l'évaluation d'activités de prévention ou de prise en charge des individus ayant des troubles mentaux. En effet, les admissions fréquentes à l'urgence étant potentiellement évitables par une meilleure prise en charge par la première ligne (Billings, 2013) les résultats de cette étude indiquent qu'une amélioration dans la prise en charge des individus avec des troubles mentaux aurait un double impact sur la réduction des admissions fréquentes. Cette réduction passerait par l'effet direct des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence (les individus avec troubles mentaux sont plus souvent admis à l'urgence) et par la synergie potentielle (ou interaction) observée entre les maladies chroniques physiques et mentales (l'effet des

maladies physiques est plus important en présence de troubles mentaux).

La synergie observée dans cette étude pourrait s'expliquer par un mécanisme biologique-psychologique. Les personnes avec des troubles mentaux ont plus de comportements à risque pour la santé (tabagisme, suralimentation, consommation excessive d'alcool) (Katon, 2003; Kenning, 2013). La dépression et la détresse psychologique diminuent la capacité des patients à comprendre et à faire attention aux conseils médicaux, ce qui mène à la non-adhésion aux traitements (Liddy, 2014). L'isolement associé aux troubles mentaux pourrait limiter l'accès au soutien social, un élément important dans la gestion des maladies chroniques (Katon, 2003).

D'autres causes liées à la prise en charge pourraient expliquer la synergie observée entre les maladies chroniques physiques et les troubles mentaux. Les soins fournis aux personnes avec multimorbidité physique ou mentale pourraient être fragmentés et inefficaces pour traiter un vaste éventail de maladies, puisque les soins sont d'abord optimisés pour le traitement des maladies uniques (Boyd, 2010). Par ailleurs, une étude a mis en évidence des taux de mortalité et d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires plus élevés chez les personnes avec troubles mentaux, mais les taux d'actes médicaux spécialisés qui leur étaient prodigués pour ces maladies cardiovasculaires étaient plus bas (Kisely, 2007). Comme l'étude a été conduite en Nouvelle-Écosse, dans un système universel de soins de santé, cette disparité a été attribuée à la faible qualité du traitement et du suivi et non pas aux problèmes d'accès. McCabe et collab. (2008) ont décrit une tendance des médecins à focaliser sur les troubles mentaux et à négliger la santé physique, voire à douter de la réalité des maladies chroniques physiques chez les patients affectés d'un trouble mental. D'autres études soulignent les attitudes négatives des intervenants envers les personnes souffrant de dépression, parfois perçues comme non-adhérentes aux traitements suggérés ou difficiles à traiter (McCabe, 2008; Kenning, 2013).

Nos résultats sont compatibles avec ceux d'autres études où sont documentées des associations indépendantes entre les admissions à l'urgence, la multimorbidité (McCusker, 2012) et les troubles mentaux (Billings, 2013). L'effet plus prononcé des troubles mentaux sévères sur les admissions à l'urgence est compatible avec l'incapacité fonctionnelle (limitation des activités quotidiennes causée par la maladie) plus sévère associée aux troubles bipolaires et psychotiques (Schmitz, 2007). En l'absence de littérature existante sur l'interaction entre les troubles mentaux et les maladies chroniques physiques par rapport aux admissions fréquentes à l'urgence, la comparaison avec d'autres études s'avère difficile. Néanmoins, la synergie observée est cohérente avec une étude (Schmitz, 2007) qui a constaté une synergie entre la multimorbidité et les troubles mentaux sur le nombre de jours de congé en lien avec l'incapacité fonctionnelle. Étant donné que les admissions fréquentes à l'urgence corrélaient avec l'incapacité fonctionnelle (Billings, 2013), nos résultats sont convergents avec la littérature existante.

Cette étude comporte certaines limites inhérentes à l'utilisation de données médico-administratives. En effet, l'identification des maladies chroniques physiques et mentales porte sur les adultes ayant utilisé les services du système de santé et est sujette à des erreurs de codification pouvant introduire des biais de classification des maladies et une sous-estimation de la prévalence des maladies. Cependant, les algorithmes d'identification des maladies chroniques physiques et mentales s'appuient sur une méthodologie validée (voir section méthodologie) ce qui nous permet de croire que cette sous-estimation de la prévalence de la multimorbidité n'affecte que très peu la portée populationnelle des résultats.

Conclusion

Notre étude populationnelle démontre l'importance primordiale de la santé mentale comme contributeur aux admissions fréquentes à l'urgence, un problème majeur dans le contexte québécois et ailleurs dans le monde. Tant pour les individus que pour le système de santé, les troubles mentaux augmentent le risque d'admissions fréquentes de manière significative. Une amélioration dans la prise en charge des individus avec des troubles mentaux pourrait avoir un double impact (par l'effet direct des troubles mentaux et de leur synergie avec les maladies chroniques physiques) sur la réduction des admissions fréquentes à l'urgence. Une meilleure compréhension des causes sous-jacentes de cette synergie serait utile dans la planification des soins, par exemple pour cibler des personnes à risque pour des programmes de suivi et des soins intégrés qui prendraient en compte les besoins particuliers des patients multimorbides avec des troubles mentaux.

Références

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implication for health care, research, and medical study. *Lancet*. 2012;380(1474-547X):37-43
- Belzile, E, Sanche, S, McCusker, J, Vadeboncoeur, A, Ciampi, A, & Levesque, J-F (2011). A measure of emergency department use based on Quebec's administrative data (Technical Report). St. Mary's Research Centre.
- Billings, J, & Raven, MC (2013). Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. *Health Affairs*, 32(12), 2099–2108.
- Boyd, CM, & Fortin, M (2010). Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Reviews*, 32(2), 1.
- Blais C, Jean S, Sirois C, Rochette L, Plante C, Larocque I, Doucet M, Ruel G, Simard M, Gamache B, Hamel D, St-Laurent M, Emond M. Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2014;34(4) :247-256
- Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique. Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique. 2015
- Katon, WJ (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216–226.
- Kenning C, Fisher L, Bee P, Bower P, Coventry P. Primary care practitioner and patient understanding of the concepts of multimorbidity and self-management: A qualitative study. *SAGE Open Med*. 2013;1:2050312113510001.
- Kisely S, Smith M, Lawrence D, Cox M, Campbell LA, Maaten S. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *Can Med Assoc J*. 2007 Mar 13;176(6):779–84.
- Klabunde CN, Potosky AL, Legler JM, Warren JL. Development of a comorbidity index using physician claims data. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53(12):1258-1267
- LaCalle, E, & Rabin, E (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Annals of Emergency Medicine*, 56(1), 42–48.
- Langton, JM, Blanch, B, Drew, AK, Haas, M, Ingham, JM, & Pearson, S-A. (2014). Retrospective studies of end-of-life resource utilization and costs in cancer care using health administrative data: a systematic review. *Palliative Medicine*, 28(10), 1167–1196.
- Lesage A, Rochette L, Émond V. Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique de Québec, 2012
- Marengoni A, Angleman S, Melis R et coll. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research Reviews*. 2011;10(4):430-439
- McCabe MP, Leas L. A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychol Health Med*. 2008 May;13(3):303–12.
- McCusker, J, Tousignant, P, Da Silva, RB, Ciampi, A, Lévesque, J-F, Vadeboncoeur, A, & Sanche, S (2012). Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 184(6), E307–E316.
- Muller CJ, MacLehose RF. Estimating predicted probabilities from logistic regression: different methods correspond to different target populations. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(3), 962–970.
- Pampalon R, Raymond G. Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, société et solidarité* 2003; 1:191-208
- Rothman KJ. *Epidemiology: An Introduction*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Schmitz N, Wang J, Malla A, Lesage A. Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study. *Psychosom Med*. 2007 May;69(4):332–8.
- Simard M, Sirois C, Candas C. Validation of the combined comorbidity index of Charlson and Elixhauser to predict 30 day mortality across ICD-9 and ICD-10. *Medical Care*. 2018;56(5): 441-447
- Simard M, Dubé M, Gaulin M, Trépanier P, Sirois C. La prévalence de la multimorbidité au Québec: portrait pour l'année 2016-2017. Institut national de santé publique de Québec, 2019

ANNEXE

Liste des codes de diagnostic utilisés pour définir les troubles mentaux

Troubles mentaux sévères

Trouble mental	Codes CIM-9-QC*	Codes CIM-10-CA**
Schizophrénie et désordres schizoaffectifs	295.0x-295.4x, 295.6x, 295.7x, 295.9x	F20.x, F25.x
Troubles bipolaires et maniaques	296.0x, 296.1x, 296.4x-296.7x, 296.80, 296.81, 296.89	F30.x, F31.x
Autres troubles psychotiques	297.1x, 298.0x-298.4x, 298.8x, 298.9x	F21.x-F24.x, F28-F29

* *Adaptation québécoise de la 9^e révision de classification internationale des maladies.*** *Version canadienne de la 10^e révision de classification internationale des maladies.**Troubles mentaux courants*

Trouble mental	Codes CIM-9-QC*	Codes CIM-10-CA**
Troubles mentaux courants	Tous les troubles mentaux entre 290.x et 319.x excluant les troubles mentaux sévères	Tous les troubles mentaux entre F00.x et F99.x excluant les troubles mentaux sévères

* *Adaptation québécoise de la 9^e révision de classification internationale des maladies.*** *Version canadienne de la 10^e révision de classification internationale des maladies.*

L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois

AUTEURS

Myles Gaulin
Marc Simard
Cynthia Mbuya-Bienge
Bureau d'information et d'études en santé des populations,
Institut national de santé publique du Québec

Bernard Candas
Institut national d'excellence en santé et services sociaux

Alain Lesage
Université de Montréal

Caroline Sirois
Université Laval

MISE EN PAGE

Nabila Haddouche
Bureau d'information et d'études en santé des populations,
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Valérie Émond, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations,
Institut national de santé publique du Québec

CITATION SUGGÉRÉE POUR LE DOCUMENT

Gaulin M, Simard M, Mbuya-Bienge C et collab. (2020). L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 11 p.

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

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

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

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2020
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 1922-1762 (PDF)
ISBN : 978-2-550-85966-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)