

Frequent Mental health- and Addiction- related Emergency Department Visits: Perspectives from Healthcare Providers

Consultations fréquentes dans les services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie : le point de vue des prestataires de soins de santé

Kristy Tang  et Hua Li 

Volume 48, numéro 1, printemps 2025

Harm Reduction Special Edition

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1117504ar>

DOI : <https://doi.org/10.29173/cjen233>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Pappin Communications
University of Alberta Library

ISSN

2293-3921 (imprimé)
2563-2655 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tang, K. & Li, H. (2025). Frequent Mental health- and Addiction- related Emergency Department Visits: Perspectives from Healthcare Providers / Consultations fréquentes dans les services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie : le point de vue des prestataires de soins de santé. *Canadian Journal of Emergency Nursing / Journal canadien des infirmières d'urgence*, 48(1), 12–30. <https://doi.org/10.29173/cjen233>

Résumé de l'article

Contexte : L'augmentation du taux de consultation des services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (SMT) a été identifiée comme étant un facteur contribuant à la crise des services d'urgence (SU) et à l'augmentation des coûts des soins de santé. Bien que les recherches antérieures se soient largement intéressées au point de vue des patients, peu d'attention a été accordée au point de vue des prestataires de soins de santé (PSS). Cette recherche examine plus particulièrement les perceptions des prestataires de soins sur les raisons pour lesquelles les patients souffrant de problèmes SMT se présentent fréquemment aux urgences.

Méthodes : Cette étude qualitative s'est appuyée sur des entretiens individuels semi-structurés pour la collecte des données. Une approche d'analyse thématique a été adoptée pour l'analyse des données.

Résultats : Six PSS provenant de différentes spécialités ont participé à cette étude qualitative. Il ressort de l'analyse des données quatre thèmes principaux : (a) les déterminants sociaux de la santé mentale (crise du logement et problèmes financiers) ; (b) les obstacles structurels (surstimulation et absence de priorité dans les services d'urgence, lacunes dans les connaissances et la formation des PSS, faible nombre d'établissements de gestion du sevrage, stigmatisation par les PSS, pénurie de PSS) ; (c) des propositions de prévention (plus de financement/ressources et éducation de la petite enfance) et (d) la réaction des PSS au travail avec les patients (avoir un impact et valorisant).

Conclusions : Selon l'étude, les PSS estiment que le statut socio-économique faible et la disponibilité limitée des services et des ressources communautaires en matière de santé mentale sont des facteurs clés qui contribuent à la fréquence des visites aux urgences liées aux problèmes de SMT. Afin de mieux comprendre les besoins complexes des personnes souffrant de SMT, tous les niveaux de gouvernement, les organismes communautaires et les PSS, tout particulièrement le personnel infirmier, devraient collaborer à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'interventions efficaces visant à réduire les visites fréquentes aux urgences ou les réadmissions liées à des problèmes de SMT.

© Kristy Tang et Hua Li, 2025



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Frequent mental health- and addiction-related emergency department visits: Perspectives from healthcare providers

Kristy Tang¹ and Hua Li¹

¹College of Nursing, University of Saskatchewan, Canada

Corresponding author: Kristy Tang, College of Nursing, University of Saskatchewan, 104 Clinic Place, Saskatoon, SK, S7N 2Z4, Canada
Email: kht228@mail.usask.ca

Abstract

Background: The rise in mental health- and addiction (MHA)-related emergency department (ED) visits has been recognized as a contributing factor to ED crises and increasing healthcare costs. While prior research has centred largely on patients' perspectives, limited attention has been given to healthcare providers' (HCPs') insights. This study specifically explores HCPs' perceptions of why patients with MHA issues frequently present to EDs.

Methods: In this qualitative research, data collection involved semi-structured individual interviews. Thematic analysis approach was utilized in data analysis.

Results: Six HCPs from diverse disciplines participated in this qualitative study. Four major themes emerged from the data analysis: (a) social determinants of mental health (a housing crisis and financial problems); (b) structural barriers (overstimulation and not a priority in ED, inadequate knowledge and training among HCPs, lack of withdrawal management facilities, stigma from HCPs, shortages of HCPs); (c) suggestions for prevention (more funding/ resources and early childhood education); and (d) HCPs' response to working with patients (making a difference and rewarding).

Conclusions: The study found that HCPs perceived low socioeconomic status and the limited availability of community mental health services and resources as key factors that contribute to frequent MHA-related ED visits. To understand the complex needs of individuals with MHA disorders better, all levels of government, community organizations, and HCPs, especially nurses, should collaborate to develop and implement effective interventions aimed at reducing frequent ED visits or returns related to MHA issues.

Keywords: emergency department, mental health and addiction, frequent visits, healthcare providers

Introduction

Over the last decade, the substantial rise in mental health- and addiction (MHA)-related emergency department (ED) visits has been widely reported. Worldwide, 792 million people live with mental health disorders, while 71 million experience substance use disorders (Dattani et al., 2021). Ideally, symptom management and recovery for individuals with MHA disorders should take place primarily in community settings. However, a study by Barker et al. (2020) found that only 40.2% of patients with mental illness discharged from the ED receive follow-up care within 14 days. The limited availability of mental health resources in the healthcare system is pushing more individuals to seek care in EDs (Lavergne et al., 2022), making these acute sites a crucial access point for both urgent and non-urgent mental health needs.

Individuals with MHA disorders are five times more likely to visit EDs (National Institute of Mental Health, 2023; Smith et al., 2015). While some visits are for non-urgent needs, such as prescription renewals, medication adjustments, or referrals to community resources, such as social workers or withdrawal management facilities (Poremski et al., 2020; Wise-Harris et al., 2017). Others are driven by urgent needs, including severe psychiatric conditions like schizophrenia (Doran et al., 2014), homelessness (Chang et al., 2014; Doran et al., 2014), suicidal behaviour (Vandyk et al., 2013), substance use crises (Doran et al., 2014; Thakrar et al., 2015), personality disorders (Chang et al., 2014; Vandyk et al., 2018), and stressful life events (Pasic et al., 2005).

However, well-documented ED challenges – such as overcrowding, overstimulating environments, long wait times, and transfer delays due to limited inpatient beds – complicate mental health care, often resulting in early departures, agitation, violent incidents, and increased use of restraints or seclusion (Judkins et al., 2019; Mérelle et al., 2018; Pearlmutter et al., 2017). ED providers report limited access to on-site mental health resources, inadequate training, and a lack of access to specialized mental health providers (Morphet et al., 2014; Pawaskar et al., 2022). Meanwhile, MHA patients seeking care in the ED often describe feelings of helplessness, encountering negative perceptions and attitudes from staff, and perceiving inadequate provider knowledge and experience (Bergen et al., 2023). Negative experiences for healthcare users can shape their future willingness to seek care (Bergen et al., 2023).

There is no consensus on defining “frequent” ED visits, with thresholds varying from more than two, four, or 12 visits annually (Slankamenac et al., 2020). Slankamenac et al. (2019) define repeated as at least four annual ED visits for the same symptom or diagnosis, and frequent as multiple visits for different reasons within a year. This paper uses the term “frequent ED visits.” While the literature extensively documents MHA-related frequent ED visits from patients’ perspectives (Aagaard et al., 2014; Fleury et al., 2019a; Lincoln et al., 2016; McCormack et al., 2015; Olsson & Hansaggi, 2001; Poremski et al., 2020; Schmidt et al., 2018; Vandyk et al., 2018; Wise-Harris et al., 2017), the views of HCPs have been less explored. This qualitative study aims to explore HCPs’ perspectives on caring for patients with frequent MHA-related ED visits, providing insights to understand the phenomenon better and inform policy development, program design, and implementation.

Methods

Procedure and data collection

Participants were recruited from various urban locations, including local mental health and addiction services, hospital EDs, and non-profit organizations in Saskatchewan, Canada. Inclusion criteria required at least one year of employment in direct care with MHA disorders, excluding those without ED experience. Data collection involved individual semi-structured interviews conducted via video conferencing from January–July 2022, led by a researcher and a research assistant. An interview guide, developed from a relevant literature review and input from the researchers, is provided in Appendix A. This study adheres to

the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) 32-item checklist (Tong et al., 2007). Each interview lasted approximately 45–60 minutes. Ethics approval was obtained from the Behavioural Research Ethics Board of the University of Saskatchewan (Beh ID #657). Verbal consent was obtained from all participants, and the interviews were audio-recorded and transcribed verbatim.

Data analysis

An inductive thematic analysis was employed to analyze the data (Braun & Clarke, 2019). The process involved (a) coding, (b) thematically grouping the codes, (c) identifying subthemes and aggregating them into overarching themes, and (d) reporting research findings (Braun & Clarke, 2019). Initially, coding was performed line-by-line by reading the verbatim transcript and highlighting its key quotes. Researchers were required to be flexible to avoid interpretation biases. The codes were compared and assigned to enumerated themes and subthemes based on similarities and differences. Central themes were highlighted and combined with common subthemes, while retaining participants’ descriptions (Braun & Clarke, 2019). The research findings are presented in the discussion section, highlighting the relationships between key themes. Two researchers (KT and LH) independently analyzed each interview using Nvivo 12 (qualitative data analysis software). A cross-case synthesis was then conducted to compare findings across cases and ensure thematic alignment with participants’ narratives. To enhance credibility, researchers created audit trails to document the decision-making process and convergence of primary findings. Major themes were developed and compared with current literature, with both researchers finding additional interviews unnecessary for deeper insight.

Results

This study included six HCPs (five females, one male), aged 29–60, with 3.5–30 years of experience across specialties: addiction counselling, community mental health nursing, psychiatric liaison, and social work. All had ED experience, though some now work in other areas. Pseudonyms for study participants are used to keep confidentiality. Detailed information is presented in Table 1.

Themes

After data analysis, four major themes emerged: social determinants of mental health, structural barriers, suggestions/recommendation for treatment, and the HCP’s response to working with patients.

Theme 1: Social determinants of mental health

Social determinants of mental health were identified as a major factor associated with frequent ED visits. Two common social determinants of mental health were identified: a housing crisis and financial problems.

Housing Crisis

Participants acknowledge that individuals with MHA disorders often face additional challenges, such as homelessness, eviction, personal safety concerns, insect and rodent infestations, victimization, and robbery. They identified the high cost of accommodation and rent as the primary factor contributing

Table 1*Characteristics of Study Participants*

Provider	Age	Gender	Occupation	Years of Experience	Years in Current Position
Tina	52	Female	Addiction Counsellor	25	21
Julie	56	Female	Community Mental Health Nurse	22	2.5
Sofia	32	Female	Community Mental Health Nurse	10	6
Paul	60	Male	Addiction Counsellor	30	17
Liza	29	Female	Psychiatric Liaison Nurse	3.5	3.5
Amy	31	Female	Social Worker/Social Program Coordinator	5	5

to the housing crisis. Tina emphasized the importance of these factors for health, stating, *“Those indicators help a person achieve better health, you know? Finances, housing. Those are some of the challenges that I think mental health could have done a better job of looking at, ‘How can we support some of our clients better?’”*

Julie highlighted how negative peer influences worsen the struggles of homeless individuals with substance use disorders, who often lack safe spaces and find it difficult to avoid substance-using peers: *“But the buddy sitting beside you is shooting up and offering drugs to you. [It’s] illegal, harmful, dangerous, unsafe environments. Now it doesn’t help the homeless that have substance dependence.”*

For these reasons, participants described the ED as a last resort for survival, providing essentials like shelter and food, especially during Canada’s harsh winter months. Sofia noted, *“And so, they’re all trying to get in to come stay at [Hospital] where you get a bed and meals.” (Sofia)*

Financial problems

Participants expressed that individuals with mental health disorders are facing heightened financial challenges due to increased budgetary allocations for rent and food, inflation, and lower income. *“Lots of people are just treated in the community and they’re well supported by family and have the means to carry on with the job, etc. But lots of those individuals that don’t have jobs, poor finances, poor access to healthcare and trauma, um, that’s a big piece, so...” (Tina)*

Sofia explains that numerous individuals with MHA disorders face uncertainty and cannot afford to take work leave for unexpected difficulties: *“How many, do you know, could tolerate taking two weeks off work? But even so, a week off work – that’s a lot of wages for someone. I think they don’t have that coverage.”* Without financial flexibility, the ED often becomes their only accessible option in times of crisis, resulting in more frequent visits for basic needs and support.

Theme 2: Structural barriers

Structural barriers were cited as critical factors associated with frequent MHA-related ED visits, including overstimulation and not a priority at ED, inadequate knowledge and training among HCPs, lack of withdrawal management facilities, stigma from HCPs, and shortages of HCPs.

Overstimulation and not a priority at ED

Overstimulating environments (e.g., auditory/visual) can negatively impact patients’ ability to accurately retain information. *“Then they go home and they’re like, ‘I can’t remember what happened.’ Because they were elevated for so long with, like, the call bells and the PPE, the different people, the shift change and then the doctor was like, ‘By the way, take this medication three times at this dosage, and then in three days, increase it to this dose.’” (Amy)*

When discharging patients, ED staff often do not consider environmental factors while delivering information. *“But because it’s been 10 hours [patients stayed in ED], now they’re being told a lot of discharge information, and a lot of people don’t retain it, for very good reason.” (Paul)*

Additionally, some participants observed that HCPs often assign patients a low triage priority, leading to longer wait times and delayed evaluations or referrals to psychiatrists, which prolong emotional distress. Sofia explained *“One is because they’re low on the C-Task score (sic) and maybe not as much of a triage priority, and two, they’re mental health, so they don’t get picked up as fast by the medical staff.”* Meanwhile, Amy emphasized, *“The biggest thing you hear from people in the emerg, in emergency department, is the wait.”*

Inadequate knowledge and training among HCPs

Participants highlighted that the limited knowledge and training of HCPs in MHA disorders hinder their ability to provide confident support to individuals with concurrent disorders. *“But Canada is pretty far behind in the credentialing of addiction counsellors, so we have a number of social workers who practice as addiction counsellors and maybe have never taken an addiction class.” (Julie)*

Participants expressed frustration that HCPs specializing in mental health assume they understand substance-related problems and vice versa, which can compromise patient care. *“Sometimes I’m actually shocked by the other ED staff that I’m working with and the stuff that they say and do with our patients, like you really don’t get it.” (Sofia)*

Lack of withdrawal management facilities

Participants shared their concerns about inadequate withdrawal management beds, which led to individuals with MHA disorders who voluntarily sought treatment being discharged prematurely

without follow-up appointments. Paul noted that the advice given to individuals is “*call detox every single day*” and “*they’ll take you eventually.*”

Amy shares that her patients are struggling with intense withdrawal symptoms and urgently expressing a desire to enter detox treatment, but the lack of available beds could hinder their ability to remain abstinent. She describes them saying, ‘*I’m on day two of being sober and boy am I being challenged. Like, I need to go to rehab or to detox like now or I’m going to, I’m going to slip.*’ “*They’re verbalizing that and they’re acknowledging it. They’re saying like, ‘I’m at the point where I need help.’ We don’t have anywhere to send these folks.*”

Stigma from HCPs

Participants underlined that comprehending stigma from HCPs toward patients with MHA disorders is critical to treatment. Patients report substantial distress when negatively stereotyped, reducing health-seeking behaviour. “*When they go to the emergency room a lot, they also get labelled with maybe, ‘Oh you’re a PD [personality disorder].’ ‘They may not say it to their face but, ‘Oh they’re a PD,’ or they’re drug-seeking.*” (Julie)

Recurring negative misconceptions of patients facilitates generalizations, fosters stigma, which may delay diagnoses. “*The perception is people with substance use disorder can’t change. They’re hard to work with. They lie. They’re resistant, um, you know all those.*” (Paul)

Shortages of HCPs

A key accessibility issue was the shortage of specialists, including psychiatrists, general practitioners, addiction counsellors, and psychiatric liaison nurses. For example, patients who missed mental health services or intake appointments due to personal reasons were not rescheduled. “*Me 12 months ago is a different person in 12 months, months later, right? So, I get frustrated with that kind of thing.*” (Paul)

Further to long HCP waitlists, specialists manage increased caseloads, thus they are not able to accept new patients. “*I know because there’s – our capacity is, is low in terms of psychiatrists. That’s the other thing I should say, is that all the psychiatrists are working at quite high caseloads. So, it’s just that we don’t have enough.*” (Tina).

Continuity of care is significantly compromised by the shortage of general practitioners. Many patients are discharged from EDs without follow-up appointments or referrals, which can increase the risk of mental health and substance use relapse, as proper ongoing care is often not in place. “*Do they have, what are their supports in the community? Do they have a good, involved GP? Lots of our clients don’t even, have a family physician.*” (Liza)

Theme 3: Suggestions for reducing MHA-related ED visits

Participants made several suggestions for how to reduce MHA-related ED visits.

More funding and resources

Paul stated “*Like they’re(sic) always could be more resources to meet the needs. [City] has grown, as you know, so much in the last 15 years, and the resources that have not grown either to address what the problems are in our community.*”

Affordability was an issue in certain mental health treatments. “*A lot of our clients can’t afford those supports, in residential treatment in the community. So, there isn’t enough that is funded by healthcare, and it has to – a lot of them have to come out of clients pockets.*” (Liza)

Early childhood education

Early childhood education on safe drug use, mental health, help-seeking, and reporting harmful behaviours is crucial to addressing the rise in childhood MHA symptoms and disorders. “*Educating young people on just how to talk about that. How to deal with things, right? Because there’s so much. But education is a big piece.*” (Tina)

As Liza noted, children are sometimes hesitant to seek outside help. She added, “*I think if we start working on it early, normalize talking about it, and increase access, those are the steps that could help reduce emergency department visits.*”

Theme 4: HCP’s response to working with patients

Participants found providing care for individuals with MHA conditions challenging yet fulfilling, with two key subthemes: making a difference and rewarding.

Making a difference

Julie cherished a moment when a patient said, “*It’s the first time I felt like somebody actually understood how my mental health and my substance use work together.*” She found fulfillment in building trust, reshaping experiences, and receiving appreciation for her efforts.

Sofia finds joy and fulfillment in guiding others to breakthrough moments. “*You get to see, like if they have a breakthrough smile in a conversation. If you like, it feels really good for me, as well. I like being able to help someone, guide someone there and get them there.*”

Rewarding

A unanimous view was expressed that HCPs’ roles are challenging, but this makes the job rewarding. Participants expressed contentment in helping patients with MHA disorders because they felt it contributed positively to society. “*I really like helping people in crisis and I like to be able to come to some type of solution. So, that, for me, in my own personal way, is quite rewarding. That I can feel that I can give back in that sense.*” (Amy)

Sofia deeply appreciates the autonomy inherent in her role, which allows her to make independent decisions and take initiative. She finds exhilaration and satisfaction in successfully navigating its challenges. “*But I also wouldn’t trade it. I love the autonomy in our role. I love the critical thinking. I love the problem solving. And there is a bit of a rush, you know that feel-good rush that you get with doing all of that.*”

Discussion

This study’s findings align with existing research on HCPs’ perspectives on MHA-related ED visits, for example, patients with unmet social needs are more likely to seek refuge in the ED (Gerber et al., 2020; Malecha et al., 2018), the impact of insufficient community MHA services on frequent ED visits (Bergmans et al., 2009; Fleury et al., 2019b), and stigma from HCPs toward individuals with MHA disorders (Bergmans et al.,

2009). Our findings contribute to the ongoing discussion on MHA-related ED visits, particularly from HCPs' perspectives, including (1) long ED wait times for MHA patients are partly due to nurses perceiving psychiatric symptoms as less urgent; (2) lack of MHA training among HCPs in the ED, leading to ineffective discharge planning that may result in repeat ED visits; and (3) in order to provide competent patient care, HCPs suggesting the necessity of having an MHA certificate for HCPs before working with patients with MHA disorders.

Social determinants of mental health

Scientific evidence supports the notion of a bidirectional relationship between social determinants, including housing, financial challenges, and mental health, whereby poor mental health can have negative impact on social determinants (e.g., financial constraints caused by unemployment due to experiencing MHA symptoms), while in the reverse direction, social determinants including financial issues can cause psychological stress, which can initiate the onset of mental health symptoms or exacerbate MHA conditions (Bialowolski et al., 2021). Previous studies underscore homelessness and mental health disorders as strong predictors for frequent non-urgent MHA-related ED visits (Thakrar et al., 2015; Vohra et al., 2022). This study reveals that inadequate resources, particularly homelessness, sometimes drive patients to visit EDs. According to the Government of Canada (2022), 25.1% of respondents identified addiction or substance use as a major factor in homelessness, with the duration of homelessness increasing alongside prolonged substance use – from 19.0% at 0–2 months to 28.2% at greater than six months. Mental health also significantly affects 25% to 50% of the homeless population (Canadian Mental Health Association, 2014). Baxter et al. (2019) found that Housing First approaches lead to stable housing and reduced ED visits and hospitalizations, while Aubry et al. (2016) showed that Housing First with assertive community treatment is a cost-effective solution for housing individuals with mental disorders, reducing reliance on health services.

This study, along with others (McCarthy et al., 2021; Virgolino et al., 2022), shows that high unemployment rates among individuals with MHA disorders lead to financial strain, which, combined with a lack of community support programs, increases their reliance on ED services. Individuals with MHA disorders can benefit greatly from job training and financial support programs. The Individual Placement and Support (IPS) intervention, developed by Becker and Drake (1994), is an evidence-based practice facilitating employment for individuals with mental health disorders, widely applied in the USA, Canada, and Europe (Rinaldi et al., 2008). The employment specialist, collaborating with the community mental health team, leads the IPS program, focusing on core tenets like securing competitive positions, mental health-employer integration, considering client choices, and post-employment support, resulting in a 38% increase in open employment at six months, rising to 39% at 12 months, with an 88% job retention rate and improved learning engagement (Rinaldi et al., 2008). Social challenges in the community must be addressed to reduce the need for individuals with MHA conditions to seek help in the ED for basic needs.

Structural barriers

This study reports that a shortage of mental health professionals may contribute to frequent ED visits, as supported by Wang et al. (2005), who found that, in the United States, only 22% of individuals with mental illness receive treatment and just 12% see a psychiatrist. Our study suggests that patients with MHA disorders may experience longer wait times and delays in psychiatric consultations due to triage nurses assigning lower Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) scores. Introduced in 1997, the mandatory five-level CTAS system helps nurses assess patient acuity based on ED presentations (Bullard et al., 2017; Simon Junior et al., 2023). However, CTAS is often criticized for being tedious, relying on nurses' clinical judgment for score adjustments, and focusing triage documentation on key details, which can delay recognizing deteriorating conditions and barriers to accessing care (Bullard et al., 2017). This is supported by a Canadian study, which found that mental health visits to the ED have longer stays than non-mental health visits, particularly for those discharged (11.4 versus 7.3 hours), admitted (52.6 versus 29.3 hours), or transferred externally (21.9 versus 10 hours) (Baia Medeiros et al., 2019).

Inadequate knowledge and training of MHA disorders has been highlighted in this study. Study participants suggested that mandatory certification should be required for HCPs who care for patients with MHA disorders. They expressed concerns that expertise in one area – mental health, substance use, or concurrent disorders – does not necessarily equate to proficiency in all three. This concern aligns with findings from Fleury et al. (2019b), which suggest that a lack of knowledge can lead to staff stigma around MHA and hinder their understanding of comorbidities. In some cases, especially with frequent ED visits, treatment begins not with the assessment but when staff recognize a patient, sometimes warning the general practitioner based on prior assumptions (Moukaddam et al., 2017). These early reactions, often driven by past negative experiences, can lead to emotional responses that might influence decisions about denying care.

The absence of compulsory education and training on MHA disorders for HCPs, along with their varied knowledge on MHA, and concurrent disorders and mental health stigma (Alexander et al., 2016; Ross et al., 2015), leads to increased psychological harm to patients. Multiple studies document HCPs holding negative attitudes toward patients with MHA disorders (e.g., view patients as violent, manipulative, lying, and non-compliant (Lien et al., 2019; Lien et al., 2021). The participants felt that HCPs in the ED often label patients with MHA disorders as 'frequent flyers,' 'drug-seeking,' or 'personality disordered,' instinctively blaming them for their conditions. A lack of training, absence of guidelines, and perceiving MHA as outside their responsibility facilitates such biases and impedes empathy development (Lien et al., 2021). Ayano et al. (2017) found that a mental health training program for HCPs significantly improved psychosis knowledge from pre- (34.04%) to post-training (87.23%). In addition, substance use disorder education and training improved nurses' attitudes toward patients with addiction conditions and self-perceived

addiction-competency care (Russell et al., 2017). Interestingly, none of the participants in this study acknowledged or reflected on their own personal biases.

Implications for emergency nursing practice

Mandatory educational training and certification should be required for HCPs working in MHA areas to enhance competency. For instance, the College of Family Physicians of Canada approved the Certificate of Added Competence to recognize addiction medicine as a specialty (De Jong et al., 2021). To obtain this certification, applicants must complete 13 core modules and undergo assessment by a peer review committee to ensure their experience, qualifications, and achievements meet the standards for practising addiction medicine in Canada (De Jong et al., 2021). This model could serve as a blueprint for other regulatory bodies to ensure providers are adequately qualified to specialize in MHA areas.

Khenti et al. (2019) conducted a mixed-methods study with 110 participants to design interventions – such as contact-based training, anti-stigma campaigns, workshops, and policy reviews – to reduce MHA stigma in health-care. The intervention improved staff attitudes, knowledge, and behaviours, though competing priorities and limited resources hindered full participation. Similarly, Nehlin et al. (2012) implemented a three-hour training for 115 providers to improve attitudes toward alcohol-dependent patients, and findings show that it enhanced awareness of case complexity, confidence, and job outlook. Although limited to two studies involving nurses as participants, these findings highlight that biomedical education alone is insufficient to combat stigma. It is essential for all HCPs to engage in anti-stigma initiatives to foster self-reflection, deepen their understanding of MHA conditions, and recognize their impact on individuals. Additionally, according to the Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015), nursing schools in Canada are required to provide education on Indigenous health challenges, including developing the skills to address Indigenous-specific racism and stigma.

In addition to individual care, as frontline HCPs with first-hand experiences, nurses should participate in policy and program development. For example, our findings highlight the importance of promoting early childhood mental health education to address misconceptions and stigma, while also training individuals from a young age to feel more comfortable having open conversations and seeking help for MHA issues. Nurses today need to strengthen their skills in political action and policy engagement to advocate for increased funding and resources that improve access to MHA services in the community, enhance quality of life for individuals with MHA disorders, and reduce their reliance on frequent ED visits, while also educating and supporting future nursing students in the political arena.

Limitations

First, the study's findings are based on the experiences of participants working with patients with MHA disorders in Saskatchewan, Canada, where the availability and accessibility of MHA services in the ED may differ from other provinces or countries, limiting the generalizability of the results. Second, data collection occurred during a period potentially impacted by COVID-related stress, fatigue, and burnout, so findings should be interpreted with caution. Third, HCPs excluded for not meeting the inclusion criteria may have valuable insights that were missed. Finally, the study is limited by a small sample size of six participants and a lack of diversity among them.

Conclusion

This study explored frequent MHA-related ED visits from the perspective of HCPs. It identified social determinants of health, structural barriers, and perceived personal barriers as key factors contributing to these frequent visits. Addressing this issue requires collaborative efforts between governments, communities, and HCPs to develop targeted interventions. These programs should focus on improving access to MHA services, addressing social determinants of health, and enhancing HCP education and training. Reducing frequent ED visits will have a positive impact on patient care and reduce the strain on emergency services. Furthermore, HCPs have an essential role in shaping such interventions, alongside the client perspective.

About the Authors

Kristy Tang, BScN (University of Alberta), MN, and current PhD student (University of Saskatchewan), is committed to advancing Indigenous cultural safety education in urban acute care. With over seven years of healthcare experience, she has worked as a frontline nurse and Indigenous nurse educator.

Hua Li, RN, MPH, PhD, is an Associate Professor at the College of Nursing, University of Saskatchewan. Her research focuses on mental health and wellbeing across diverse populations.

Acknowledgements

The authors thank the study participants for sharing their experiences.

CRedit Statement

Kristy Tang conducted data analysis and wrote the original manuscript draft. Hua Li designed the study, contributed to data collection and analysis, and provided critical feedback and supervision. Both authors revised the manuscript multiple times.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Funding

This study was supported by the Saskatchewan Health Research Foundation Establishment Grant (#5259).

- Aagaard, J., Aagaard, A., & Buus, N. (2014). Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1003–1013. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.002>
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: A review of the literature with clinical and practice applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Atzema, C. L., Schull, M. J., Kurdyak, P., Menezes, N. M., Wilton, A. S., Vermuelen, M. J., & Austin, P. C. (2012). Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 184(18), E969–E976. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111043>
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., & Tsemberis, S. (2016). A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(3), 275–281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Haile, K., Solomon, M., Yohannis, K., Awoke, A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: Evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0169-8>
- Baia Medeiros, D. T., Hahn-Goldberg, S., O'Connor, E., & Aleman, D. M. (2019). Analysis of emergency department length of stay for mental health visits: A case study of a Canadian academic hospital – ERRATUM. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 374–383. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.360>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A., & Vigod, S. N. (2020). Urgent outpatient care following mental health ED visits: A population-based study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(6), 616–619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of housing first approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, 73(5), 379–387. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193–206. <https://doi.org/10.1007/BF02188630>
- Bergen, C., Bortolotti, L., Temple, R. K., Fadashe, C., Lee, C., Lim, M., & McCabe, R. (2023). Implying implausibility and undermining versus accepting peoples' experiences of suicidal ideation and self-harm in Emergency Department psychosocial assessments. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1197512. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1197512>
- Bergmans, Y., Spence, J. M., Strike, C., Links, P. S., Ball, J. S., Rufo, C., Rhodes, A. E., Watson, W. J., & Eynan, R. (2009). Repeat substance-using suicidal clients—How can we be helpful? *Social Work in Health Care*, 48(4), 420–431. <https://doi.org/10.1080/00981380802592013>
- Bialowolski, P., Weziak-Bialowolska, D., Lee, M. T., Chen, Y., VanderWeele, T. J., & McNeely, E. (2021). The role of financial conditions for physical and mental health. Evidence from a longitudinal survey and insurance claims data. *Social Science & Medicine (1982)*, 281, 114041. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114041>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., van der Linde, E., & Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>
- Canadian Mental Health Association. (2014). *Housing and mental health*. <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>
- Chang, G., Weiss, A. P., Orav, E. J., & Rauch, S. L. (2014). Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 716–720. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.010>
- Corbiere, M., & Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18(1), 38–50. <https://doi.org/10.1080/09638230701677779>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021, August). *Mental health*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- De Jong, C. A. J., Crockford, D., Welle-Strand, G., Iskandar, S., Sarkar, S., Haber, P. S., & Miller, M. (2021). Pathways to the specialty recognition of addiction medicine. In N. el-Guebaly, G. Carra, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment* (2nd ed., pp. 837–852). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_58
- Doran, K. M., Colucci, A. C., Wall, S. P., Williams, N. D., Hessler, R. A., Goldfrank, L. R., & Raven, M. C. (2014). Reasons for emergency department use: Do frequent users differ? *The American Journal of Managed Care*, 20(11), 506–514. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25730349/>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019a). Reasons for emergency department use among patients with mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 703–716. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09657-w>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019b). Use of emergency rooms for mental health reasons in Quebec: Barriers and facilitators. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 18–33. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0889-3>
- Gerber, E., Gelberg, L., Rotrosen, J., Castelblanco, D., Mijanovich, T., & Doran, K. M. (2020). Health-related material needs and substance use among emergency department patients. *Substance Abuse*, 41(2), 196–202. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635960>
- Government of Canada. (2022). *Report on addiction, substance use and homelessness*. <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/addiction-toxicomanie-eng.html>
- Judkins, S., Fatovich, D., Ballenden, N., & Maher, H. (2019). Mental health patients in emergency departments are suffering: The national failure and shame of the current system. A report on the Australasian college for emergency medicine's mental health in the emergency department summit. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 615–617. <https://doi.org/10.1177/1039856219852282>
- Khenti, A., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2019). Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings. *Journal of Community Health*, 44(6), 1204–1213. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00706-w>

- Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Loyal, J. P., Jones, W., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Vaughan, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaoser, R., Kaulius, M., & Small, W. (2022). Emergency department use for mental and substance use disorders: Descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(6), 669–684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lincoln, A. K., Wallace, L., Kaminski, M. S., Lindeman, K., Aulier, L., & Delman, J. (2016). Developing a community-based participatory research approach to understanding of the repeat use of psychiatric emergency services. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 1015–1021. <https://doi.org/cyber.usask.ca/10.1007/s10597-016-9989-2>
- Malecha, P. W., Williams, J. H., Kunzler, N. M., Goldfrank, L. R., Alter, H. J., Doran, K. M., & Asher, S. L. (2018). Material needs of emergency department patients: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 25(3), 330–359. <https://doi.org/10.1111/acem.13370>
- McCarthy, M. L., Zheng, Z., Wilder, M. E., Elmi, A., Li, Y., & Zeger, S. L. (2021). The influence of social determinants of health on emergency departments visits in a medicaid sample. *Annals of Emergency Medicine*, 77(5), 511–522. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.11.010>
- McCormack, R. P., Hoffman, L. F., Norman, M., Goldfrank, L. R., & Norman, E. M. (2015). Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue hospital: A qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(2), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.05.025>
- Mérelle, S. Y. M., Boerema, I., van der Linden, M. C., & Gilissen, R. (2018). Issues in emergency care for people who attempted suicide. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 162. https://primo-pmtna02.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_cdi_pubmed_primary_30040297&context=PC&vid=USASK&lang=en_US&search_scope=UofS&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,Issues%20in%20emergency%20care%20for%20people%20who%20attempted%20suicide.&offset=0
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R., & Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, 38(2), 194–201. <https://doi.org/10.1071/AH13189>
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N., & Tucci, V. T. (2017). Difficult patients in the emergency department. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(3), 379–395. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.005>
- National Institute of Mental health. (2023, March). *Mental illness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#:~:text=Mental%20illnesses%20are%20common%20in,mild%20to%20moderate%20to%20severe>
- Nehlin, C., Fredriksson, A., Grönbladh, L., & Jansson, L. (2012). Three hours of training improve psychiatric staff's self-perceived knowledge and attitudes toward problem-drinking patients. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 544–549. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00373.x>
- Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 430–434. <https://doi.org/10.1136/emj.18.6.430>
- Pasic, J., Russo, J., & Roy-Byrne, P. (2005). High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56(6), 678–684. <https://doi.org/cyber.usask.ca/10.1176/appi.ps.56.6.678>
- Pawaskar, R., Mahajan, N., Wangoo, E., Khan, W., Bailey, J., & Vines, R. (2022). Staff perceptions of the management of mental health presentations to the emergency department of a rural Australian hospital: Qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 87–87. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07476-7>
- Pearlmuter, M. D., Dwyer, K. H., Burke, L. G., Rathlev, N., Maranda, L., & Volturo, G. (2017). Analysis of emergency department length of stay for mental health patients at 10 Massachusetts emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 70(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.10.005>
- Pinto, A. D., Hassen, N., & Craig-Neil, A. (2018). Employment interventions in health settings: A systematic review and synthesis. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 447–460. <https://doi.org/10.1370/afm.2286>
- Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D., & Cheng, L. (2020). Reasons for frequent psychiatric emergency service use in a large urban center. *Psychiatric Services*, 71(5), 440–446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20180.0532>
- Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., & Cleary, M. (2013). An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 21(4), 376–378. <https://doi.org/10.1177/1039856213492235>
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment: the Royal College of Psychiatrists' Journal of Continuing Professional Development*, 14(1), 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Russell, R., Ojeda, M. M., & Ames, B. (2017). Increasing RN perceived competency with substance use disorder patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(4), 175–183. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170321-08>
- Schmidt, M., Ekstrand, J., & Tops, A. B. (2018). Self-reported needs for care, support and treatment of persons who frequently visit psychiatric emergency rooms in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 738–745. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1481471>
- Simon Junior, H., Schvartsman, C., Sukys, G. de A., & Farhat, S. C. L. (2023). Pediatric emergency triage systems. *Revista Paulista de Pediatria*, 41. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021038>
- Slankamenac, K., Heidelberger, R., & Keller, D. I. (2020). Prediction of recurrent emergency department visits in patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 48–48. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00048>
- Slankamenac, K., Zehnder, M., Langner, T. O., Krähenmann, K., & Keller, D. I. (2019). Recurrent emergency department users: Two categories with different risk profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 333. <https://doi.org/10.3390/jcm8030333>
- Smith, M. W., Stocks, C., & Santora, P. B. (2015). Hospital readmission rates and emergency department visits for mental

- health and substance abuse conditions. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9784-x>
- Thakrar, K., Morgan, J. R., Gaeta, J. M., Hohl, C., & Drainoni, M. L. (2015). Predictors of frequent emergency room visits among a homeless population. *PloS One*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124552>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- Vandyk, A. D., Harrison, M. B., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D., & Ross-White, A. (2013). Frequent emergency department use by individuals seeking mental healthcare: A systematic search and review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.03.001>
- Vandyk, A. D., Young, L., MacPhee, C., & Gillis, K. (2018). Exploring the experiences of persons who frequently visit the emergency department for mental health-related reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587–599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>
- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., Heitor, M. J., & Vaz Carneiro, A. (2022). Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 31(3), 432–444. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022615>
- Van de Glind, G., Galenkamp, N., Bleijenberg, N., Schoonhoven, L., Scheepers, F. E., Crilly, J., van Veen, M., & Ham, W. H. W. (2023). Interventions to reduce interpersonal stigma towards patients with a mental dysregulation for ambulance and emergency department healthcare professionals: Review protocol for an integrative review. *BMJ Open*, 13(11), e072604–e072604. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072604>
- Vohra, N., Paudyal, V., & Price, M. J. (2022). Homelessness and the use of emergency department as a source of healthcare: A systematic review. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00435-3>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603–613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., De Bibiana, J. T., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2017). “Hospital was the only option”: Experiences of frequent emergency department users in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0728-3>

Consultations fréquentes dans les services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie : le point de vue des prestataires de soins de santé

Kristy Tang^a et Hua Li^a

^aCollege of Nursing, University of Saskatchewan, Canada

Auteure principale — Kristy Tang; College of Nursing, University of Saskatchewan, Canada
104 Clinic Place, Saskatoon, SK, S7N 2Z4, Canada
Courriel : kht228@mail.usask.ca

Résumé

Contexte : L'augmentation du taux de consultation des services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (SMT) a été identifiée comme étant un facteur contribuant à la crise des services d'urgence (SU) et à l'augmentation des coûts des soins de santé. Bien que les recherches antérieures se soient largement intéressées au point de vue des patients, peu d'attention a été accordée au point de vue des prestataires de soins de santé (PSS). Cette recherche examine plus particulièrement les perceptions des prestataires de soins sur les raisons pour lesquelles les patients souffrant de problèmes SMT se présentent fréquemment aux urgences.

Méthodes : Cette étude qualitative s'est appuyée sur des entretiens individuels semi-structurés pour la collecte des données. Une approche d'analyse thématique a été adoptée pour l'analyse des données.

Résultats : Six PSS provenant de différentes spécialités ont participé à cette étude qualitative. Il ressort de l'analyse des données quatre thèmes principaux : (a) les déterminants sociaux de la santé mentale (crise du

logement et problèmes financiers); (b) les obstacles structurels (surstimulation et absence de priorité dans les services d'urgence, lacunes dans les connaissances et la formation des PSS, faible nombre d'établissements de gestion du sevrage, stigmatisation par les PSS, pénurie de PSS); (c) des propositions de prévention (plus de financement/ressources et éducation de la petite enfance) et (d) la réaction des PSS au travail avec les patients (avoir un impact et valorisant).

Conclusions : Selon l'étude, les PSS estiment que le statut socio-économique faible et la disponibilité limitée des services et des ressources communautaires en matière de santé mentale sont des facteurs clés qui contribuent à la fréquence des visites aux urgences liées aux problèmes de SMT. Afin de mieux comprendre les besoins complexes des personnes souffrant de SMT, tous les niveaux de gouvernement, les organismes communautaires et les PSS, tout particulièrement le personnel infirmier, devraient collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions efficaces visant à réduire les visites fréquentes aux urgences ou les réadmissions liées à des problèmes de SMT.

Mots-clés : Service des urgences, santé mentale et toxicomanie, visites fréquentes, prestataires de soins de santé

Introduction

La croissance substantielle du nombre de visites aux urgences liées à la santé mentale et à la toxicomanie a été largement signalée au cours de la dernière décennie. Globalement, 792 millions de personnes vivent avec des troubles mentaux, tandis que 71 millions souffrent de troubles liés à la toxicomanie (Dattani et coll., 2021). Idéalement, la gestion des symptômes et le rétablissement des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et de toxicomanie (SMT) devraient avoir lieu principalement dans un cadre communautaire. Cependant, selon une étude de Barker et coll. (2020), seulement 40,2 % des patients atteints de troubles mentaux qui sortent des urgences profitent d'un suivi dans les 14 qui suivent. La pénurie de ressources en santé mentale dans le système de santé pousse de plus en plus de personnes à se faire soigner aux urgences (Lavergne et coll., 2022), faisant de ces sites aigus un point d'accès crucial pour les besoins urgents et non urgents en matière de santé mentale.

Les personnes souffrant de troubles liés à la santé mentale sont cinq fois plus susceptibles de se rendre aux urgences (National Institute of Mental Health, 2023 ; Smith et al., 2015). Certaines visites sont motivées par des besoins non urgents, comme le renouvellement d'une ordonnance, l'ajustement d'un médicament ou l'orientation vers des ressources communautaires telles que des travailleurs sociaux ou des centres de gestion du sevrage (Poremski et coll., 2020 ; Wise-Harris et coll., 2017). Cependant, d'autres sont motivés par des besoins urgents, tels que des troubles psychiatriques graves comme la schizophrénie (Doran et coll., 2014), de l'itinérance (Chang et coll., 2014 ; Doran et coll., 2014), des comportements suicidaires (Vandyk et coll., 2013), des crises de toxicomanie (Doran et coll., 2014 ; Thakarak et coll., 2015), des troubles de la personnalité (Chang et coll., 2014 ; Vandyk et coll., 2018) et des événements stressants de la vie (Pasic et coll., 2005).

Mais les difficultés bien documentées des urgences – comme la fréquentation excessive, les environnements surstimulants, les longs temps d'attente et les retards de transfert dus au nombre limité de lits d'hospitalisation – viennent compliquer les soins de santé mentale, entraînant souvent des départs prématurés, de l'agitation, des incidents violents et un recours accru à la contention ou à l'isolement (Judkins et coll., 2019 ; Mérelle et coll., 2018 ; Pearlmutter et coll., 2017). Les PSS des urgences indiquent un accès limité aux ressources de santé mentale sur place, une formation inadéquate et un accès insuffisant aux intervenants spécialisés en santé mentale (Morphet et coll., 2014 ; Pawaskar et coll., 2022). De leur côté, les patients souffrants de problèmes de SMT qui cherchent à se faire soigner aux urgences éprouvent souvent un sentiment d'impuissance, rencontrent des perceptions et des attitudes négatives de la part du personnel et ont l'impression que les connaissances et l'expérience des prestataires sont insuffisantes (Bergen et coll., 2023). Toute expérience négative vécue par les bénéficiaires de soins de santé peut influencer leur volonté future de se faire soigner (Bergen et coll., 2023).

Aucun consensus ne s'est dégagé sur la définition des visites « fréquentes » aux urgences, les seuils variant de plus de deux, quatre ou douze visites par an (Slankamenac et coll., 2020). Slankamenac et coll. (2019) définissent les visites répétées comme étant au moins quatre visites annuelles aux urgences pour le même symptôme ou diagnostic, et les visites fréquentes comme étant des visites multiples pour des raisons différentes au cours d'une même année. La présente étude utilise le terme « visites fréquentes aux urgences ». Bien que la documentation fasse largement état des visites fréquentes aux urgences liées aux SMT du point de vue des patients (Aagaard et coll., 2014 ; Fleury et coll., 2019a ; Lincoln et coll., 2016 ; McCormack et coll., 2015 ; Olsson et Hansaggi, 2001 ; Poremski et coll., 2020 ; Schmidt et coll., 2018 ; Vandyk et coll., 2018 ; Wise-Harris et coll., 2017), le point de vue des PSS a été moins exploré. Cette étude qualitative vise à explorer les perspectives des PSS sur la prise en charge des patients qui se rendent fréquemment aux urgences pour des problèmes de SMT, afin de mieux comprendre le phénomène et d'éclairer l'élaboration des politiques, la conception des programmes et leur mise en œuvre.

Méthodes

Procédure et collecte de données

Les participants ont été recrutés dans diverses villes, en particulier dans les établissements locaux de santé mentale et de toxicomanie, dans les services d'urgence des hôpitaux et dans des organismes à but non lucratif de la Saskatchewan, au Canada. Pour être admis, les participants devaient avoir travaillé pendant au moins un an dans le domaine des soins directs aux personnes ayant des problèmes de SMT, sauf s'ils n'avaient pas d'expérience dans les services d'urgence. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées menées par vidéoconférence de janvier à juillet 2022, sous la direction d'un chercheur et d'un assistant de recherche. L'annexe A présente un guide d'entretien élaboré à partir d'une analyse documentaire pertinente et des commentaires des chercheurs. Cette étude est conforme aux critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies), une liste de contrôle en 32 éléments (Tong et coll., 2007). Chaque entretien a duré environ 45 à 60 minutes. Nous avons obtenu l'approbation éthique du *Behavioural Research Ethics Board* de l'Université de la Saskatchewan (Beh ID #657). Le consentement verbal de tous les participants a aussi été obtenu, et les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot pour mot.

Analyse des données

Les données ont été analysées au moyen d'une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2019). Le processus comprenait : (a) le codage (b) le regroupement thématique des codes (c) l'identification des sous-thèmes et leur regroupement en thèmes globaux, et (d) la présentation des résultats de la recherche (Braun et Clarke, 2019). Au début, le codage a été effectué ligne par ligne en lisant la transcription mot pour mot et en mettant en évidence les citations clés. Les chercheurs ont été appelés à adopter une attitude flexible afin d'éviter les biais d'interprétation. Les codes ont été comparés et attribués à des thèmes et sous-thèmes énumérés en fonction des ressemblances et des différences. Les thèmes centraux ont été soulignés et combinés

avec des sous-thèmes communs, tout en conservant les descriptions des participants (Braun et Clarke, 2019). Les résultats de la recherche furent présentés dans la section discussion, faisant ressortir les relations entre les thèmes clés. Deux chercheurs (KT et LH) ont analysé indépendamment chaque entretien à l'aide de Nvivo 12 (un logiciel d'analyse des données qualitatives). Une synthèse transversale a ensuite été réalisée pour comparer les résultats entre les cas et garantir l'alignement thématique avec les récits des participants. Pour renforcer la crédibilité, les chercheurs ont créé des pistes de vérification afin de documenter le processus de prise de décision et la convergence des conclusions préliminaires. Les principaux thèmes ont été élaborés et comparés à la documentation courante, les deux chercheurs estimant que des entretiens supplémentaires n'étaient pas nécessaires pour approfondir la question.

Résultats

Cette étude a porté sur six PSS, dont cinq femmes et un homme, âgés de 29 à 60 ans et ayant entre 3,5 et 30 ans d'expérience dans différentes spécialités, notamment le conseil en toxicomanie, les soins infirmiers communautaires en santé mentale, la liaison psychiatrique et le travail social. Tous avaient de l'expérience dans le domaine du SU, bien que certains travaillent maintenant dans d'autres domaines. Afin de préserver la confidentialité, les participants à l'étude sont désignés par des pseudonymes. Le tableau 1 présente des informations détaillées.

Thèmes

À l'issue de l'analyse des données, quatre grands thèmes sont apparus : les déterminants sociaux de la santé mentale, les obstacles structurels, les suggestions ou recommandations de traitement et la réaction des PSS à leur travail avec les patients.

Thème 1 : Les déterminants sociaux de la santé mentale

Les déterminants sociaux de la santé mentale ont été identifiés comme étant un des facteurs principaux associés aux visites fréquentes aux urgences. La crise du logement et les problèmes financiers sont deux déterminants sociaux communs de la santé mentale qui ont été identifiés.

La crise du logement

Les participants reconnaissent que les personnes atteintes de troubles de SMT sont souvent confrontées à d'autres difficultés, telles que l'itinérance, l'expulsion, les problèmes de sécurité personnelle, les infestations d'insectes et de rongeurs, la victimisation et les cambriolages. Le coût élevé des logements et des loyers a été identifié comme le principal facteur contribuant à la crise du logement. Tina a souligné l'importance de ces facteurs pour la santé, en précisant : « Ces indicateurs favorisent la santé d'une personne, vous savez ? Les finances, le logement. Je crois que les services de santé mentale auraient pu examiner plus attentivement ces défis et se demander comment mieux soutenir certains de leurs clients ».

Julie a rappelé que l'influence négative des pairs aggrave les difficultés des sans-abri souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, qui manquent souvent d'espaces sûrs et ont du mal à éviter les pairs qui consomment des substances : « Mais le copain assis à côté de vous se pique et vous offre de la drogue. [C'est] un environnement illégal, nuisible, dangereux et insécurisant. Cela n'aide pas les itinérants qui souffrent d'une dépendance à une substance ».

Pour ces raisons, les participants ont décrit le SU comme un lieu de dernier recours pour la survie, offrant des services essentiels tels qu'un abri et de la nourriture, surtout pendant les mois d'hiver rigoureux du Canada. Sofia a fait remarquer : « Alors, ils essaient tous d'entrer pour rester à [l'hôpital] où il y a un lit et des repas » (Sofia).

Problèmes financiers

Selon les participants, les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées à des difficultés financières accrues en raison de l'augmentation des dépenses de loyer et de nourriture, de l'inflation et de la baisse des revenus. « Plusieurs personnes sont soignées dans la communauté et sont bien soutenues par leur famille et ont les moyens de continuer à travailler, etc. Mais un grand nombre de personnes qui n'ont pas d'emploi, qui ont des difficultés financières, qui n'ont pas accès aux soins de santé et aux traumatismes, hum, c'est un élément important, donc... » (Tina).

Tableau 1

Profil des participants à l'étude

Prestataire	Âge	Sexe	Occupation	Années d'expérience	Nombre d'années au poste actuel
Tina	52	Femme	Conseillère en toxicomanie	25	21
Julie	56	Femme	Infirmière en santé mentale communautaire	22	2,5
Sofia	32	Femme	Infirmière en santé mentale communautaire	10	6
Paul	60	Homme	Conseiller en toxicomanie	30	17
Liza	29	Femme	Infirmière de liaison en psychiatrie	3,5	3,5
Amy	31	Femme	Travailleuse sociale/Coordonnatrice de programme social	5	5

Sofia explique que de nombreuses personnes souffrant de troubles de SMT sont confrontées à l'incertitude et ne peuvent se permettre de prendre un congé pour faire face à des difficultés inattendues : « Combien de personnes, à votre connaissance, pourraient se permettre de s'absenter deux semaines de leur travail ? Et encore, une semaine d'arrêt de travail, c'est beaucoup de salaire pour quelqu'un. Je pense qu'ils n'ont pas cette assurance ». Sans flexibilité financière, le SU devient souvent leur unique option en période de crise, avec pour conséquence des visites plus fréquentes pour les besoins de base et le soutien.

Thème 2 : Obstacles structurels

Les obstacles structurels ont été cités comme des facteurs cruciaux associés aux visites fréquentes aux urgences liées aux problèmes de SMT, notamment la surstimulation et le fait de ne pas être une priorité aux urgences, les lacunes dans les connaissances et la formation des PSS, le manque d'installations de gestion du sevrage, la stigmatisation par les PSS et la pénurie de ces derniers.

Surstimulation et absence de priorité au sein des SU

Les environnements surstimulants (par exemple, auditifs/visuels) peuvent nuire à la capacité des patients à retenir l'information avec précision. « Ils rentrent chez eux et se disent : « Je ne me souviens pas de ce qui s'est passé. » Parce qu'ils ont été stimulés pendant si longtemps par les sonneries d'appel et l'ÉPL, les gens différents, le changement d'équipe, et puis le médecin leur ont dit : « Au fait, prenez ce médicament trois fois à cette dose, et dans trois jours, augmentez-le à telle dose » (Amy).

À la sortie des patients, le personnel des urgences ne tient souvent pas compte des facteurs environnementaux lorsqu'il transmet l'information. « Mais comme ça fait dix heures [que les patients sont restés aux urgences], on leur donne maintenant beaucoup d'informations sur la sortie, et la plupart d'entre eux ne les retiennent pas, pour de très bonnes raisons » (Paul).

De plus, certains participants ont observé que les PSS assignent souvent aux patients un degré de priorité de triage faible, ce qui prolonge les temps d'attente et retarde les évaluations ou les orientations vers des psychiatres, prolongeant ainsi la détresse émotionnelle. Sofia a expliqué : « Premièrement, parce qu'ils ont un reçu un faible score sur l'ÉTG et qu'ils ne sont peut-être pas considérés comme prioritaires au niveau du triage, et deuxièmement, parce qu'il s'agit de santé mentale et qu'ils ne sont donc pas pris en charge aussi rapidement par le personnel médical ». Quant à Amy, elle a souligné que « la principale préoccupation des personnes qui se trouvent aux urgences, dans le service des urgences, est l'attente ».

Lacunes dans les connaissances et la formation des PSS

Les participants ont souligné que les lacunes des connaissances et de la formation des PSS en matière de problèmes de SMT nuisent à leur capacité d'apporter un soutien confiant aux personnes souffrant de troubles concomitants. « Mais le Canada est nettement en retard en ce qui concerne l'accréditation des conseillers en toxicomanie, de sorte que nous avons un certain nombre de travailleurs sociaux qui exercent en tant que conseillers en toxicomanie et qui n'ont peut-être jamais suivi de cours sur la toxicomanie » (Julie).

Les participants ont exprimé leur frustration face au fait que les PSS spécialisés en santé mentale prétendent comprendre les problèmes de toxicomanie et vice versa, ce qui peut compromettre les soins prodigués aux patients. « Parfois, je suis choquée par les autres membres du personnel de l'urgence avec lesquels je travaille et par les choses qu'ils disent et font avec nos patients, ils ne comprennent vraiment pas » (Sofia).

Faible nombre d'établissements de gestion du sevrage

Les participants ont fait part de leurs préoccupations concernant le manque de lits pour la gestion du sevrage, ce qui a eu pour conséquence que les personnes souffrant de troubles liés à la SMT qui ont volontairement demandé un traitement ont été renvoyées prématurément sans rendez-vous de suivi. Paul a noté que les conseils donnés aux individus sont les suivants : « appelez la désintoxication tous les jours » et « ils finiront par vous prendre ».

Amy partage le fait que ses patients luttent contre d'intenses symptômes de sevrage et expriment d'urgence le désir de se soumettre à un traitement de désintoxication, mais que le manque de lits disponibles risque de les empêcher de rester abstinents. Selon leurs dires, « j'en suis à mon deuxième jour de sobriété et le défi est de taille. Il faut que j'aie en réhabilitation ou en désintoxication maintenant, sinon je vais déraiper ». Ils le disent et le reconnaissent. Ils disent : « J'en suis au point où j'ai besoin d'aide. » « Mais nous n'avons pas d'endroit où les envoyer ».

La stigmatisation par les PSS

Les participants ont fait remarquer que la compréhension de la stigmatisation des patients atteints de troubles de SMT par les PSS est cruciale pour le traitement. En effet, les patients font état d'une détresse importante lorsqu'ils sont stéréotypés de manière négative, ce qui réduit leur volonté d'accéder à la santé. « Lorsqu'ils se rendent souvent aux urgences, ils sont également étiquetés comme étant des personnes ayant des problèmes de santé. « Oh, vous souffrez d'un TPL [trouble de la personnalité]. Ils ne le disent peut-être pas directement, mais « Oh, ils sont atteints d'un trouble de la personnalité » ou « Ils cherchent à se droguer » (Julie).

Les préjugés négatifs persistants à l'égard des patients permettent des généralisations et favorisent la stigmatisation, ce qui peut retarder les diagnostics. « La perception est que les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances ne peuvent pas changer. Qu'il est difficile de travailler avec elles. Qu'elles mentent, sont résistantes, hum, vous savez tout ça » (Paul).

Pénurie des PSS

La pénurie de spécialistes, notamment de psychiatres, de médecins généralistes, de conseillers en toxicomanie et de personnel infirmier de liaison psychiatrique a constitué un problème majeur en matière d'accessibilité. Par exemple, les patients qui ne se présentaient pas aux services de santé mentale ou aux rendez-vous d'admission pour des raisons personnelles ne se voyaient pas attribuer un nouveau rendez-vous. « Je suis différent de ce que j'étais il y a douze mois et de ce que je serai douze mois plus tard, n'est-ce pas ? Je suis donc frustré par ce genre de choses » (Paul).

En raison des longues listes d'attente des PSS, les spécialistes gèrent un plus grand volume de dossiers et ne sont donc pas en mesure d'accepter de nouveaux patients. « Je le sais parce qu'il y a — notre capacité est faible quant au nombre de psychiatres. Je dois également préciser que tous les psychiatres ont une charge de travail assez élevée. Donc, c'est juste que nous n'en avons pas assez » (Tina).

La continuité des soins est fortement compromise par la pénurie de médecins généralistes. Un grand nombre de patients sortent des urgences sans rendez-vous de suivi ni d'aiguillage, ce qui peut accroître le risque de rechute en matière de santé mentale et de toxicomanie, car souvent, il n'y a pas de soins continus adéquats. « Quels sont les soutiens dont ils disposent dans la communauté? Ont-ils un bon médecin généraliste, impliqué? Plusieurs de nos clients n'ont même pas de médecin de famille » (Liza).

Thème 3 : Des suggestions pour réduire le nombre de visites aux urgences liées aux problèmes de SMT

Les participants ont proposé plusieurs solutions pour réduire le nombre de visites aux urgences liées aux problèmes de SMT.

Une augmentation du financement et des ressources

Paul a déclaré : « Il pourrait toujours y avoir plus de ressources pour répondre aux besoins. Comme vous le savez [la ville] s'est beaucoup développé au cours des quinze dernières années, et les ressources n'ont pas plus augmenté pour répondre aux problèmes de notre communauté ».

L'accessibilité financière est un problème pour certains soins de santé mentale. « Beaucoup de nos clients n'ont pas les moyens de s'offrir ces soutiens, dans le cadre d'un traitement en établissement au sein de la communauté. Il n'y en a pas assez qui sont financés par les soins de santé, et l'argent doit — pour la plupart — sortir de la poche des clients » (Liza).

Éducation de la petite enfance

L'éducation des jeunes enfants aux dangers de la consommation de drogues, à la santé mentale, à la recherche d'aide et à la dénonciation des comportements nocifs est essentielle pour faire face à l'augmentation des symptômes et des troubles liés à la SMT chez les enfants. « Éduquer les jeunes sur la façon d'en parler, sur la façon d'aborder les choses. Comment gérer les problèmes, n'est-ce pas? Parce qu'il y a tellement de facteurs qui entrent en ligne de compte. Mais l'éducation est un élément important » (Tina).

Comme le souligne Liza, les enfants hésitent parfois à demander de l'aide à un tiers. Elle ajoute : « Je pense que si nous commençons à travailler sur le sujet tôt, si nous normalisons le fait d'en parler et si nous améliorons l'accès, ce sont les étapes qui pourraient aider à réduire les visites aux urgences. »

Thème 4 : Réaction des PSS face au travail avec les patients

La prestation de soins aux personnes souffrant d'affections liées à la SMT a été jugée difficile, mais gratifiante par les participants. Deux sous-thèmes clés ont été relevés : avoir un impact et valorisant.

Avoir un impact

Julie a été touchée par un patient qui lui a dit : « C'est la première fois que j'ai l'impression que quelqu'un comprend vraiment

comment ma santé mentale et ma toxicomanie sont liées ». Elle a trouvé l'épanouissement en établissant la confiance, en remodelant les expériences et en recevant de la reconnaissance pour ses efforts.

Sofia trouve de la joie et de l'épanouissement dans le fait de guider les autres vers des moments décisifs. « Vous pouvez voir, par exemple, s'ils ont un sourire révélateur au cours d'une conversation. Si vous voulez, cela me fait vraiment du bien à moi aussi. J'aime pouvoir aider quelqu'un, le guider et lui permettre d'atteindre son objectif. »

Valorisant

Les participants sont unanimes pour dire que le rôle des PSS est difficile, mais que c'est ce qui rend leur travail valorisant. Les participants ont exprimé leur satisfaction à aider les patients souffrant de troubles de SMT, car ils ont le sentiment de contribuer positivement à la société. « J'aime vraiment aider les gens en crise et j'aime être capable de trouver une solution. Personnellement, c'est très gratifiant. J'ai l'impression de pouvoir contribuer à la société dans ce sens. » (Amy)

Sofia apprécie profondément l'autonomie que lui confère son rôle, qui lui permet de prendre des décisions indépendantes et de faire preuve d'initiative. Elle se sent exaltée et satisfaite lorsqu'elle parvient à relever les défis qui lui sont posés. « Mais je ne l'échangerais pas non plus. J'aime l'autonomie, dans notre rôle. J'aime la pensée critique. J'aime résoudre les problèmes. Et puis, je ressens une certaine excitation, vous savez, cette sensation de bien-être que l'on éprouve en faisant tout cela. »

Discussion

Les résultats de cette étude correspondent aux études antérieures sur les points de vue des PSS concernant les visites à l'urgence liées aux problèmes de SMT. Par exemple, les patients chez qui les besoins sociaux ne sont pas satisfaits sont plus susceptibles de se réfugier à l'urgence (Gerber et coll., 2020; Malecha et coll., 2018), l'impact de l'insuffisance des services communautaires en SMT sur les visites fréquentes à l'urgence (Bergmans et coll., 2009; Fleury et coll., 2019b) et la stigmatisation des PSS à l'égard des personnes atteintes de troubles liés aux SMT (Bergmans et coll., 2009). Nos résultats contribuent à la discussion qui se poursuit sur les visites aux SU liées aux troubles de SMT, en particulier du point de vue des PSS, notamment (1) les temps d'attente prolongés aux SU pour les patients atteints de troubles de SMT sont en partie dus au fait que le personnel infirmier perçoit les symptômes psychiatriques comme moins urgents; (2) le manque de formation sur les troubles de SMT parmi les PSS aux SU, ce qui mène à une planification inefficace de la sortie pouvant entraîner des visites répétées aux SU; (3) afin de fournir des soins compétents aux patients, les PSS proposent comme nécessité d'avoir un certificat en SMT pour les PSS avant de pouvoir travailler avec des patients souffrant de troubles de SMT.

Déterminants sociaux de la santé mentale

Les preuves scientifiques justifient la notion de relation bidirectionnelle entre les déterminants sociaux, y compris le logement, les défis financiers et la santé mentale, de sorte qu'une mauvaise santé mentale peut avoir un impact négatif sur les déterminants

sociaux (par exemple, les difficultés financières causées par le chômage en raison des symptômes de problèmes de SMT), tandis que du côté inverse, les déterminants sociaux, y compris les problèmes financiers, peuvent causer un stress psychologique, qui peut déclencher l'apparition de symptômes de problèmes de SMT ou exacerber ces derniers (Bialowolski et coll., 2021). Des études antérieures ont montré que l'itinérance et les troubles de la santé mentale sont des facteurs prédictifs importants des visites fréquentes et non urgentes aux SU liées à la SMT (Thakarakar et coll., 2015 ; Vohra et coll., 2022). La présente étude révèle que l'insuffisance des ressources, en particulier, l'itinérance, incite parfois les patients à se rendre aux urgences. Selon le gouvernement du Canada (2022), 25,1 % des répondants ont indiqué que la toxicomanie ou l'usage de substances était un facteur important de l'itinérance, la durée de l'itinérance s'allongeant de pair avec l'usage prolongé de substances – passant de 19,0 % (0-2 mois) à 28,2 % (plus de 6 mois). Par ailleurs, la santé mentale affecte considérablement 25 à 50 % de la population itinérante (Association canadienne pour la santé mentale, 2014). Selon Baxter et ses collaborateurs (2019), les approches axées d'abord sur le logement conduisent à un logement stable et à une réduction des visites aux SU et des hospitalisations, tandis qu'Aubry et ses collaborateurs (2016) ont montré que l'approche axée sur le logement accompagné d'un traitement communautaire dynamique constitue une solution rentable pour loger les personnes souffrant de troubles mentaux, réduisant ainsi la dépendance à l'égard des services de santé.

Cette étude, et d'autres (McCarthy et coll., 2021 ; Virgolino et coll., 2022), montrent que les taux de chômage élevés chez les personnes souffrant de troubles de SMT engendrent des difficultés financières qui, ajoutées à l'absence de programmes de soutien communautaire, augmentent leur dépendance à l'égard des SU. Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale peuvent grandement bénéficier de programmes de formation professionnelle et de soutien financier. Le soutien à l'emploi avec placement individuel (IPS) (Individual Placement and Support), conçu par Becker et Drake (1994), est une pratique fondée sur des données probantes qui facilite l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux et qui est largement appliquée aux États-Unis, au Canada et en Europe (Rinaldi et coll., 2008). Le spécialiste de l'emploi, de concert avec l'équipe de santé mentale de la communauté, dirige le programme IPS, en se concentrant sur des principes fondamentaux tels que l'obtention de postes compétitifs, l'intégration de la santé mentale et de l'employeur, la prise en compte des choix du client et le soutien à la suite de l'emploi, ce qui a entraîné une augmentation de 38 % des emplois ouverts à 6 mois, passant à 39 % à 12 mois, avec pour résultat un taux de maintien dans l'emploi de 88 % et une amélioration de l'engagement dans l'apprentissage (Rinaldi et coll., 2008). Il faut relever les défis sociaux au sein de la communauté afin de réduire la nécessité pour les personnes souffrant de troubles de SMT de chercher de l'aide auprès des SU pour répondre à leurs besoins de base.

Obstacles structurels

La présente étude indique qu'une pénurie de professionnels de la santé mentale peut contribuer à la fréquence des visites aux urgences. Cela est confirmé par Wang et coll. (2005), qui

ont constaté qu'aux États-Unis, seulement 22 % des personnes atteintes d'une maladie mentale reçoivent un traitement et seulement 12 % consultent un psychiatre. Notre étude laisse entendre que les patients souffrant de troubles de SMT sont soumis à des temps d'attente plus longs et à des retards dans les consultations psychiatriques parce que le personnel infirmier de triage leur attribue des scores faibles sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Introduit en 1997, le système obligatoire de l'ÉTG à cinq niveaux permet au personnel infirmier d'évaluer la gravité des patients en fonction de leur état de santé à l'urgence (Bullard et coll., 2017 ; Simon Junior et coll., 2023). On reproche souvent à l'ÉTG d'être fastidieuse, de reposer sur le jugement clinique du personnel infirmier pour l'ajustement des scores et de mettre l'accent sur les détails clés de la documentation de triage, ce qui peut retarder la reconnaissance de la détérioration de l'état et des obstacles à l'accès aux soins (Bullard et coll., 2017). Ce phénomène est corroboré par une étude canadienne, qui a révélé que les visites en santé mentale aux urgences durent en moyenne plus longtemps que les visites ne concernant pas la santé mentale, en particulier pour les personnes qui reçoivent leur congé (11,4 heures contre 7,3 heures), qui sont admises (52,6 heures contre 29,3 heures) ou qui sont transférées ailleurs (21,9 heures contre 10 heures) (Baia Medeiros et coll., 2019).

Les lacunes en matière de connaissances et de formation sur les troubles de SMT ont été mises en évidence dans la présente étude. Les participants ont proposé que les PSS qui s'occupent de patients souffrant de troubles de SMT soient tenus d'obtenir une certification obligatoire. Ils ont exprimé leur inquiétude disant que l'expertise dans un domaine – la santé mentale, la toxicomanie ou les troubles concomitants – n'équivaut pas nécessairement à la compétence dans les trois domaines. Cette inquiétude correspond aux conclusions de Fleury et coll. (2019b), qui considèrent qu'un manque de connaissances peut entraîner une stigmatisation du personnel à l'égard des troubles de SMT et nuire à sa compréhension des comorbidités. Dans certains cas, en particulier lorsque les patients se rendent fréquemment aux urgences, le traitement commence non pas avec l'évaluation, mais lorsque le personnel reconnaît un patient, avertissant parfois le médecin généraliste en fonction d'hypothèses antérieures (Moukaddam et coll., 2017). Ces réactions précoces, souvent motivées par des expériences négatives antérieures, peuvent entraîner des réponses émotionnelles susceptibles d'influencer les décisions pour refuser les soins.

L'absence d'éducation et de formation obligatoires sur les troubles de SMT pour les PSS, ainsi que leurs connaissances variables sur la santé mentale et les comorbidités, et la stigmatisation de la santé mentale (Alexander et coll., 2016 ; Ross et coll., 2015), aggrave les préjudices psychologiques subis par les patients. Plusieurs études font état d'attitudes négatives des PSS à l'égard des patients souffrant de troubles de SMT (par exemple, ils considèrent les patients comme violents, manipulateurs, menteurs et non coopératifs) (Lien et coll., 2021 ; Lien et coll., 2019). Les participants ont estimé que les PSS des SU étiquettent souvent les patients souffrant de troubles de SMT comme des « réguliers des urgences », des gens ayant des « comportements de recherche de substances » ou des « personnes souffrant de troubles de

la personnalité », les blâmant instinctivement pour leur état de santé. Cette attitude est favorisée par le manque de formation, l'absence de lignes directrices et le fait de considérer les troubles de SMT comme ne relevant pas de leur responsabilité, ce qui entrave le développement de l'empathie (Lien et coll., 2021). Ayano et coll. (2017) ont constaté qu'un programme de formation en santé mentale destiné aux PSS a permis d'améliorer considérablement les connaissances sur la psychose entre la période précédant la formation (34,04 %) et la période suivant la formation (87,23 %). Une formation sur les troubles liés à l'utilisation de substances a également permis d'améliorer l'attitude du personnel infirmier à l'égard des patients souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que sa perception de sa propre compétence en matière de soins liés aux troubles liés à l'utilisation de substances (Russell et coll., 2017). Notons qu'aucun des participants à cette étude n'a reconnu ses préjugés personnels ou n'y a réfléchi.

Implications pour la pratique des soins infirmiers d'urgence

Les PSS travaillant auprès des gens avec des problèmes de SMT devraient être tenus de suivre une formation obligatoire et d'obtenir une certification afin d'améliorer leurs compétences. Par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada a approuvé le certificat de compétence ajoutée pour reconnaître la médecine des toxicomanies comme une spécialisation (De Jong et coll., 2021). Pour obtenir cette certification, les candidats doivent suivre 13 modules de base et se soumettre à l'évaluation d'un comité d'examen par les pairs qui s'assure que leur expérience, leurs qualifications et leurs réalisations répondent aux normes d'exercice de la médecine des toxicomanies au Canada (De Jong et coll., 2021). Ce modèle pourrait servir de référence à d'autres organismes de réglementation pour s'assurer que les prestataires sont suffisamment qualifiés pour se spécialiser dans les domaines de la SMT.

Khenti et ses collaborateurs (2019) ont mené une étude à méthodes mixtes impliquant 110 participants afin de concevoir des interventions — telles que des formations basées sur les contacts, des campagnes anti-stigmatisation, des ateliers et des révisions de politiques — dans le but de réduire la stigmatisation dans les soins de santé. L'intervention a amélioré les attitudes, les connaissances et les comportements du personnel, malgré le fait que des priorités concurrentes et des ressources limitées aient entravé une pleine participation. Parallèlement, Nehlin et coll. (2012) ont mis en œuvre une formation de 3 heures pour 115 prestataires afin d'améliorer les attitudes à l'égard des patients alcoolodépendants, et les résultats montrent que cette formation a permis d'améliorer la prise de conscience de la complexité des cas, la confiance et les perspectives d'emploi. Malgré le fait qu'elles se limitent à deux études auxquelles a participé le personnel infirmier, ces conclusions démontrent que l'éducation biomédicale ne suffit pas à lutter contre la stigmatisation. Il est crucial que tous les PSS adoptent des initiatives de lutte contre la stigmatisation afin de favoriser l'autoréflexion, d'approfondir leur compréhension des affections liées à la SMT et à en reconnaître l'impact sur les individus. En outre, selon la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (2015), les écoles de soins infirmiers du Canada sont tenues de dispenser

une formation sur les enjeux de la santé autochtone, notamment en développant les compétences nécessaires pour lutter contre le racisme et la stigmatisation propres aux Autochtones.

Au-delà des soins individuels, en tant que PSS de première ligne ayant une expérience directe, le personnel infirmier devrait participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Par exemple, les résultats de notre étude soulignent l'importance de promouvoir l'éducation à la santé mentale dès la petite enfance pour lutter contre les idées fausses et la stigmatisation, tout en formant les individus dès leur plus jeune âge à se sentir plus à l'aise d'avoir des conversations ouvertes et de chercher de l'aide pour les problèmes de SMT. À l'heure actuelle, le personnel infirmier doit renforcer ses compétences en matière d'action et d'engagement politiques afin de préconiser un financement et des ressources accrues qui améliorent l'accès aux services de SMT dans la communauté, améliorent la qualité de vie des personnes souffrant de troubles de SMT et réduisent leur dépendance à l'égard des visites fréquentes aux SU, tout en formant et en appuyant les futurs étudiants en sciences infirmières dans la sphère politique.

Limites

En premier lieu, les résultats de l'étude reposent sur l'expérience de participants travaillant avec des patients atteints de troubles de SMT à Saskatchewan, au Canada. Les services de SMT disponibles et accessibles dans les services d'urgence peuvent différer d'une province ou d'un pays à l'autre, ce qui compromet la généralisation des résultats. Ensuite, la collecte des données s'est réalisée au cours d'une période potentiellement affectée par le stress, la fatigue et l'épuisement liés au COVID. Les résultats doivent donc être interprétés prudemment. Troisièmement, les PSS exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion avaient peut-être des informations précieuses qui n'ont pas été prises en compte. Finalement, le petit échantillon de six participants et le manque de diversité parmi eux limitent l'étude.

Conclusion

La présente étude a examiné les visites fréquentes aux urgences liées à la SMT du point de vue des PSS. Elle a identifié les déterminants sociaux de la santé, les obstacles structurels et personnels comme étant des facteurs clés contribuant aux fréquentes visites. Afin de résoudre ce problème, les gouvernements, les communautés et les PSS doivent collaborer pour élaborer des interventions ciblées. Ceux-ci devraient se concentrer sur l'amélioration de l'accès aux services de SMT, sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'amélioration de l'éducation et de la formation des PSS. En réduisant les visites fréquentes aux urgences, on améliorera les soins prodigués aux patients et on réduira la pression exercée sur les services d'urgence. De plus, les PSS ont un rôle essentiel dans la conception de ces interventions, aux côtés du point de vue du client.

Les auteures

Kristy Tang, B.Sc.Inf. (Université de l'Alberta), M.Sc.Inf., et étudiante en doctorat (Université de la Saskatchewan), s'est engagée à faire progresser l'enseignement de la sécurité culturelle autochtone dans les soins aigus en milieu urbain. Avec plus de

sept ans d'expérience dans le domaine de la santé, elle a travaillé comme infirmière de première ligne et comme infirmière éducatrice autochtone.

Hua Li, IA, M.Sc. en santé publique, Ph. D., est professeure agrégée au College of Nursing de l'Université de la Saskatchewan. Ses recherches portent sur la santé mentale et le bien-être de diverses populations.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les participants à l'étude d'avoir partagé leurs expériences.

RÉFÉRENCES

- Aagaard, J., Aagaard, A., & Buus, N. (2014). Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1003–1013. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.002>
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: A review of the literature with clinical and practice applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Atzema, C. L., Schull, M. J., Kurdyak, P., Menezes, N. M., Wilton, A. S., Vermuelen, M. J., & Austin, P. C. (2012). Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 184(18), E969–E976. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111043>
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., & Tsemberis, S. (2016). A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(3), 275–281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Haile, K., Solomon, M., Yohannis, K., Awoke, A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: Evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0169-8>
- Baia Medeiros, D. T., Hahn-Goldberg, S., O'Connor, E., & Aleman, D. M. (2019). Analysis of emergency department length of stay for mental health visits: A case study of a Canadian academic hospital – ERRATUM. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 374–383. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.360>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A., & Vigod, S. N. (2020). Urgent outpatient care following mental health ED visits: A population-based study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(6), 616–619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of housing first approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, 73(5), 379–387. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193–206. <https://doi.org/10.1007/BF02188630>
- Bergen, C., Bortolotti, L., Temple, R. K., Fadashe, C., Lee, C., Lim, M., & McCabe, R. (2023). Implying implausibility and undermining versus accepting peoples' experiences of suicidal ideation and self-harm in Emergency Department psychosocial assessments. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1197512. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1197512>
- Bergmans, Y., Spence, J. M., Strike, C., Links, P. S., Ball, J. S., Rufo, C., Rhodes, A. E., Watson, W. J., & Eynan, R. (2009). Repeat substance-using suicidal clients-how can we be helpful? *Social Work in Health Care*, 48(4), 420–431. <https://doi.org/10.1080/00981380802592013>
- Bialowolski, P., Weziak-Bialowolska, D., Lee, M. T., Chen, Y., VanderWeele, T. J., & McNeely, E. (2021). The role of financial conditions for physical and mental health. Evidence from a longitudinal survey and insurance claims data. *Social Science & Medicine (1982)*, 281, 114041. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114041>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., van der Linde, E., & Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>
- Canadian Mental Health Association. (2014). *Housing and mental health*. <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>
- Chang, G., Weiss, A. P., Orav, E. J., & Rauch, S. L. (2014). Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 716–720. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.010>
- Corbiere, M., & Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18(1), 38–50. <https://doi.org/10.1080/09638230701677779>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021, August). *Mental health. Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/mental-health#citation>
- De Jong, C. A. J., Crockford, D., Welle-Strand, G., Iskandar, S., Sarkar, S., Haber, P. S., & Miller, M. (2021). Pathways to the specialty recognition of addiction medicine. In N. el-Guebaly, G. Carra, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment* (2nd ed., pp. 837–852). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_58

Déclaration de l'auteur (CRediT)

Kristy Tang a effectué l'analyse des données et rédigé la version originale du manuscrit. Hua Li a conçu l'étude, a contribué à la collecte et à l'analyse des données, et fourni une rétroaction critique et une supervision. Les deux auteures ont révisé le manuscrit à plusieurs reprises.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Financement

Cette étude a été soutenue par la subvention d'établissement de la Saskatchewan Health Research Foundation (# 5259).

- Doran, K. M., Colucci, A. C., Wall, S. P., Williams, N. D., Hessler, R. A., Goldfrank, L. R., & Raven, M. C. (2014). Reasons for emergency department use: Do frequent users differ? *The American Journal of Managed Care*, 20(11), 506–514. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25730349/>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019a). Reasons for emergency department use among patients with mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 703–716. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09657-w>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019b). Use of emergency rooms for mental health reasons in Quebec: Barriers and facilitators. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 18–33. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0889-3>
- Gerber, E., Gelberg, L., Rotrosen, J., Castelblanco, D., Mijanovich, T., & Doran, K. M. (2020). Health-related material needs and substance use among emergency department patients. *Substance Abuse*, 41(2), 196–202. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635960>
- Government of Canada. (2022). *Report on addiction, substance use and homelessness*. <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/addiction-toxicomanie-eng.html>
- Judkins, S., Fatovich, D., Ballenden, N., & Maher, H. (2019). Mental health patients in emergency departments are suffering: The national failure and shame of the current system. A report on the Australasian college for emergency medicine's mental health in the emergency department summit. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 615–617. <https://doi.org/10.1177/1039856219852282>
- Khenti, A., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2019). Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings. *Journal of Community Health*, 44(6), 1204–1213. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00706-w>
- Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Loyal, J. P., Jones, W., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Vaughan, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaoser, R., Kaulius, M., & Small, W. (2022). Emergency department use for mental and substance use disorders: Descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(6), 669–684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lincoln, A. K., Wallace, L., Kaminski, M. S., Lindeman, K., Aulier, L., & Delman, J. (2016). Developing a community-based participatory research approach to understanding of the repeat use of psychiatric emergency services. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 1015–1021. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-9989-2>
- Malecha, P. W., Williams, J. H., Kunzler, N. M., Goldfrank, L. R., Alter, H. J., Doran, K. M., & Asher, S. L. (2018). Material needs of emergency department patients: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 25(3), 330–359. <https://doi.org/10.1111/acem.13370>
- McCarthy, M. L., Zheng, Z., Wilder, M. E., Elmi, A., Li, Y., & Zeger, S. L. (2021). The influence of social determinants of health on emergency departments visits in a medicaid sample. *Annals of Emergency Medicine*, 77(5), 511–522. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.11.010>
- McCormack, R. P., Hoffman, L. F., Norman, M., Goldfrank, L. R., & Norman, E. M. (2015). Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue hospital: A qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(2), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.05.025>
- Mérelle, S. Y. M., Boerema, I., van der Linden, M. C., & Gilissen, R. (2018). Issues in emergency care for people who attempted suicide. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 162. https://primo-pmtna02.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_cdi_pubmed_primary_30040297&context=PC&vid=USASK&lang=en_US&search_scope=UofS&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,Issues%20in%20emergency%20care%20for%20people%20who%20attempted%20suicide.&offset=0
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R., & Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, 38(2), 194–201. <https://doi.org/10.1071/AH13189>
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N., & Tucci, V. T. (2017). Difficult patients in the emergency department. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(3), 379–395. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.005>
- National Institute of Mental health. (2023, March). *Mental illness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#:~:text=Mental%20illnesses%20are%20common%20in,mild%20to%20moderate%20to%20severe>
- Nehlin, C., Fredriksson, A., Grönbladh, L., & Jansson, L. (2012). Three hours of training improve psychiatric staff's self-perceived knowledge and attitudes toward problem-drinking patients. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 544–549. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00373.x>
- Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 430–434. <https://doi.org/10.1136/emj.18.6.430>
- Pasic, J., Russo, J., & Roy-Byrne, P. (2005). High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56(6), 678–684. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.678>
- Pawaskar, R., Mahajan, N., Wangoo, E., Khan, W., Bailey, J., & Vines, R. (2022). Staff perceptions of the management of mental health presentations to the emergency department of a rural Australian hospital: Qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 87–87. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07476-7>
- Pearlmutter, M. D., Dwyer, K. H., Burke, L. G., Rathlev, N., Maranda, L., & Volturo, G. (2017). Analysis of emergency department length of stay for mental health patients at 10 Massachusetts emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 70(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.10.005>
- Pinto, A. D., Hassen, N., & Craig-Neil, A. (2018). Employment interventions in health settings: A systematic review and synthesis. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 447–460. <https://doi.org/10.1370/afm.2286>
- Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D., & Cheng, L. (2020). Reasons for frequent psychiatric emergency service use in a large urban center. *Psychiatric Services*, 71(5), 440–446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20180532>
- Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., & Cleary, M. (2013). An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 21(4), 376–378. <https://doi.org/10.1177/1039856213492235>
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support:

- From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment: the Royal College of Psychiatrists' Journal of Continuing Professional Development*, 14(1), 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Russell, R., Ojeda, M. M., & Ames, B. (2017). Increasing RN perceived competency with substance use disorder patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(4), 175–183. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170321-08>
- Schmidt, M., Ekstrand, J., & Tops, A. B. (2018). Self-reported needs for care, support and treatment of persons who frequently visit psychiatric emergency rooms in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 738–745. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1481471>
- Simon Junior, H., Schvartsman, C., Sukys, G. de A., & Farhat, S. C. L. (2023). Pediatric emergency triage systems. *Revista Paulista de Pediatria*, 41. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021038>
- Slankamenac, K., Heidelberger, R., & Keller, D. I. (2020). Prediction of recurrent emergency department visits in patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 48–48. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00048>
- Slankamenac, K., Zehnder, M., Langner, T. O., Krähenmann, K., & Keller, D. I. (2019). Recurrent emergency department users: Two categories with different risk profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 333. <https://doi.org/10.3390/jcm8030333>
- Smith, M. W., Stocks, C., & Santora, P. B. (2015). Hospital readmission rates and emergency department visits for mental health and substance abuse conditions. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9784-x>
- Thakrar, K., Morgan, J. R., Gaeta, J. M., Hohl, C., & Drainoni, M. L. (2015). Predictors of frequent emergency room visits among a homeless population. *PloS One*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124552>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- Vandyk, A. D., Harrison, M. B., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D., & Ross-White, A. (2013). Frequent emergency department use by individuals seeking mental healthcare: A systematic search and review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.03.001>
- Vandyk, A. D., Young, L., MacPhee, C., & Gillis, K. (2018). Exploring the experiences of persons who frequently visit the emergency department for mental health-related reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587–599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>
- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., Heitor, M. J., & Vaz Carneiro, A. (2022). Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 31(3), 432–444. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022615>
- Van de Glind, G., Galenkamp, N., Bleijenberg, N., Schoonhoven, L., Scheepers, F. E., Crilly, J., van Veen, M., & Ham, W. H. W. (2023). Interventions to reduce interpersonal stigma towards patients with a mental dysregulation for ambulance and emergency department healthcare professionals: Review protocol for an integrative review. *BMJ Open*, 13(11), e072604–e072604. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072604>
- Vohra, N., Paudyal, V., & Price, M. J. (2022). Homelessness and the use of emergency department as a source of healthcare: A systematic review. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00435-3>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olsson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603–613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., De Bibiana, J. T., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2017). “Hospital was the only option”: Experiences of frequent emergency department users in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0728-3>