

Résultats: 257 patients répondaient aux critères d'inclusion (177 SC / 80 IC). L'âge moyen était de 42,5 ans (ET = 13,7), 208 (80,9 %) étaient de sexe masculin. Les comorbidités comprenaient l'itinérance (140, 54,5 %), l'usage actif de substances (175, 59,1 %) et le trouble lié à la consommation d'alcool (69, 26,8 %). Le taux global d'amputation pour les engelures de grade 2 était similaire entre les groupes (SC : 3/87, 3,4 %; IC : 1/30, 3,3 %). Pour les engelures de grade 3, le taux d'amputation était plus élevé dans le groupe SC (34/49, 69 %) que dans le groupe IC (9/21, 42 %; p = 0,042). Pour les engelures de grade 4, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes (SC : 17/21, 81 %; IC : 16/19, 84 %; p = 0,787). La régression logistique indique que les patients traités avec l'iloprost étaient moins susceptibles de subir une amputation (p = 0,038; RC = 0,49; IC à 95 % = 0,25 – 0,96) et avaient un nombre inférieur de doigts/orteils amputés (p < 0,001; β ST = -0,6; IC à 95 % = -0,91 – -0,3). Des effets indésirables liés à l'iloprost ont été signalés chez 49 (61,25 %) patients, dont 44 (55 %) ayant eu plusieurs effets indésirables. Ceux-ci comprenaient : maux de tête (25, 21 %), tachycardie >100 bpm (14, 13,1 %), nausées (13, 12,1 %), hypotension (13, 12,1 %), bouffées vaso-motrices (10, 9,3 %), vomissements (7, 6,5 %), myalgies (5, 4,7 %), hypertension (4, 3,7 %), étourdissements/douleurs abdominales/frissons/palpitations (2 chacun, 1,9 %), et douleur thoracique, rougeur veineuse, fatigue, agitation (1 chacun, 0,9 %).

Retombées et leçons apprises : L'administration d'iloprost était associée à une diminution du risque et du nombre d'amputations pour les engelures de grade 2 et 3, mais non-pour celles de grade 4, lorsqu'on la compare aux soins standards.

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

Hua Li

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 largely centred on patients' perspectives, limited attention has been given to healthcare providers' (HCPs') insights. This qualitative study specifically explores HCPs' perceptions of the reasons patients with MHA issues frequently present to EDs.

Methods: Healthcare providers were recruited from EDs, and MHA services of the local health authority and community agencies. Data collection involved semi-structured individual interviews. The 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 (housing crisis and financial problems); (b) structural barriers (overstimulation and not a priority in ED, inadequate knowledge and training among HCPs, lack of detox facilities, stigma from HCPs, and

shortages of HCPs); (c) suggestions for prevention (more funding/resources and early childhood education); and (e) HCPs' responses to working with patients (making a difference and rewarding).

Implications and lessons learned: The findings indicate the importance of MHA specialty training for HCPs, combined with innovative anti-stigma initiatives. Nurses can play a crucial role in policy development focusing on enhancing MHA services, and ultimately reducing MHA-related emergency visits.

Fréquentation des urgences pour des motifs de santé mentale et de dépendance : perspectives des professionnels de la santé

Hua Li

Contexte : L'augmentation des visites aux services d'urgence (SU) liées à la santé mentale et aux dépendances (SMD) a été reconnue comme un facteur contribuant à la crise des urgences et à la hausse des coûts des soins de santé. Alors que la recherche antérieure s'est principalement concentrée sur les perspectives des patients, peu d'attention a été accordée aux points de vue des professionnels de la santé (PS). Cette étude qualitative explore spécifiquement les perceptions des PS quant aux raisons pour lesquelles les patients ayant des problèmes de SMD se présentent fréquemment aux urgences.

Méthodes : Les PS ont été recrutés dans les services d'urgence, les services de SMD de l'autorité sanitaire locale et dans des organismes communautaires. La collecte de données s'est appuyée sur des entrevues individuelles semi-structurees. L'analyse thématique a été utilisée pour examiner les données recueillies.

Résultats : Six PS issus de diverses disciplines ont participé à cette étude qualitative. Quatre grands thèmes sont ressortis de l'analyse des données : (a) Déterminants sociaux de la santé mentale (crise du logement et problèmes financiers) ; (b) Barrières structurelles (surstimulation et faible priorité aux SU, connaissances et formation insuffisantes des PS, manque d'installations de désintoxication, stigmatisation de la part des PS, et pénurie de personnel) ; (c) Suggestions de prévention (plus de financement et de ressources, et éducation dès la petite enfance) ; (d) Réaction des PS face au travail auprès de cette clientèle (sentiment de faire une différence et gratification professionnelle).

Retombées et leçons apprises : Les résultats soulignent l'importance d'offrir une formation spécialisée en SMD aux PS, combinée à des initiatives novatrices de lutte contre la stigmatisation. Les infirmières et infirmiers peuvent jouer un rôle essentiel dans l'élaboration de politiques visant à renforcer les services en santé mentale et en dépendances, et ultimement à réduire les visites aux urgences liées à ces problématiques.