

Les urgences psychiatriques dans un contexte de sectorisation

Psychiatric Emergencies in a Context of Sectorialization

François Béland, Anne Lemay et Ginette Lavoie

Volume 18, numéro 1, printemps 1993

Communautés culturelles et santé mentale II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032257ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032257ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Béland, F., Lemay, A. & Lavoie, G. (1993). Les urgences psychiatriques dans un contexte de sectorisation. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 227–250.
<https://doi.org/10.7202/032257ar>

Résumé de l'article

La psychiatrie de secteur est une réalité du système de soins psychiatriques dans la région de Montréal depuis une quinzaine d'années. Dans un milieu urbain dense, où les limites territoriales des secteurs sont étrangères au lieu d'habitation, la sectorisation peut poser de graves problèmes d'accès. Par ailleurs, dans la mesure où la distribution des services de santé mentale sur un territoire suit les principaux axes de la circulation urbaine, la sectorisation peut être la consécration d'un état de fait, son succès étant alors garanti par la force des choses. L'accès aux services d'urgence psychiatrique dans un territoire sectorisé de l'île Jésus est examiné à l'aide des données des archives des hôpitaux Sacré-Coeur et Cité de la Santé. Les données démontrent que les patients ayant une affection psychiatrique se présentent au service d'urgence de l'hôpital de leur secteur. Les habitudes d'utilisation de ces patients des services d'urgence ne sont pas différentes de celles des utilisateurs de tous les types de soins, psychiatriques ou non, pour quelques raisons que ce soit. Cependant, il y a un effet de halo du lieu d'utilisation des services psychiatriques sectorisés sur les services psychiatriques non sectorisés. L'effet de la sectorisation sur l'utilisation des services et leur accès est donc complexe.



Les urgences psychiatriques dans un contexte de sectorisation

François Béland*

Anne Lemay*

Ginette Lavoie*

La psychiatrie de secteur est une réalité du système de soins psychiatriques dans la région de Montréal depuis une quinzaine d'années. Dans un milieu urbain dense, où les limites territoriales des secteurs sont étrangères au lieux d'habitation, la sectorisation peut poser de graves problèmes d'accès. Par ailleurs, dans la mesure où la distribution des services de santé mentale sur un territoire suit les principaux axes de la circulation urbaine, la sectorisation peut être la consécration d'un état de fait, son succès étant alors garanti par la force des choses. L'accès aux services d'urgence psychiatrique dans un territoire sectorisé de l'Île Jésus est examiné à l'aide des données des archives des hôpitaux Sacré-Cœur et Cité de la Santé. Les données démontrent que les patients ayant une affection psychiatrique se présentent au service d'urgence de l'hôpital de leur secteur. Les habitudes d'utilisation de ces patients des services d'urgence ne sont pas différentes de celles des utilisateurs de tous les types de soins, psychiatriques ou non, pour quelques raisons que ce soit. Cependant, il y a un effet de halo du lieu d'utilisation des services psychiatriques sectorisés sur les services psychiatriques non sectorisés. L'effet de la sectorisation sur l'utilisation des services et leur accès est donc complexe.

La psychiatrie de secteur, une réalité dans la région de Montréal depuis une quinzaine d'années, provient d'autres pays. En 1950, la Grande-Bretagne instaure le système de «Catchment Area», où chaque hôpital doit desservir une circonscription définie. À la même période, les États-Unis ébauchent le «Unit System». Dix ans plus tard la France impose une «psychiatrie de secteur», où on prévoit qu'un psychiatre soignera la clientèle d'une population de 60 000 habitants. Pour leur part, les États-Unis intègrent progressivement le concept de psychiatrie communautaire: trois ans après la France, en 1963, J.F. Kennedy propose de le généraliser dans tout le pays. Au Québec, en 1961, un ex-patient écrit un livre intitulé *Les fous crient au secours*.

* François Béland et Anne Lemay travaillent au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ginette Lavoie est médecin à l'Hôpital du Sacré Cœur, Pavillon Albert-Prévost, Université de Montréal.

La population est consternée. L'asile n'est plus perçu comme un refuge protecteur, mais davantage comme une ségrégation. Le Ministère crée une commission d'étude, qui publie un rapport six mois plus tard. En mai 1962 naît une Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale.

Au milieu des années 60, le groupe des cliniques psychiatriques du Montréal métropolitain tente une application de la sectorisation. Il préconise une continuité de soins et une meilleure distribution des services. S'y ajoutent des objectifs de dépistage et d'intervention précoce, d'intégration sociale du patient et une meilleure répartition des charges cliniques eu égard à la diversité des pathologies.

À Montréal, le docteur D. Lazure prévoit que les 2400 patients hospitalisés à Saint-Jean-de-Dieu (aujourd'hui Louis-Hippolyte Lafontaine) seront référés à six équipes, dans un territoire équivalant à 50 000 habitants. En 1975, le Comité de la santé mentale au Québec (CSMQ, 1975) définit les objectifs de la sectorisation et adopte la norme de deux équipes en psychiatrie adulte et une en psychiatrie infantile par secteur de 50 000 habitants. Les objectifs sont réaffirmés au colloque sur la psychiatrie de secteur tenu en 1976 (SMQ, 1976). La psychiatrie de secteur n'a pas fait l'unanimité au Québec. Aussi, le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec n'a jamais concrétisé cette modalité d'organisation des soins dans une loi ou des règlements. Cependant, la grande région montréalaise a mis en application quelques mesures, dont une délimitation des aires de desserte des hôpitaux psychiatriques, ou des départements psychiatriques des hôpitaux généraux selon le cas, et de leurs cliniques externes de psychiatrie (CSSSRMM 1983, 1987, 1990). L'objectif de la politique montréalaise de sectorisation visait à assurer à tous les citoyens l'accès à des services psychiatriques. Mais la psychiatrie de secteur est, dans ses intentions, plus qu'une délimitation de territoires. Elle confie la responsabilité des services de santé mentale à une équipe multidisciplinaire. Plusieurs hôpitaux ont organisé leur service externe de psychiatrie selon ce modèle (Aird, 1976; Cousineau et al, 1986). Cette équipe est responsable d'assurer à la population l'accès aux services et, d'autre part, la responsabilité de l'équipe vis-à-vis des personnes d'autres secteurs est limitée par l'achalandage de ses services.

Dans un milieu urbain dense où les limites territoriales peuvent être arbitraires, la mobilité des personnes grande, et les lieux de travail, éloignés des lieux d'habitation, la sectorisation peut poser de graves problèmes d'accès. Mais ces problèmes peuvent être théoriques. Les caractéristiques de la clientèle psychiatrique peuvent rendre diffi-

ciles tous ses déplacements à l'intérieur du périmètre urbain même si les secteurs reflètent les conditions et circonstances de la vie urbaine. Ainsi, la mobilité urbaine est liée à la capacité des citoyens de se transporter et aux motifs de leur déplacement. Blais (1986) a montré que le revenu moyen des patients de l'urgence psychiatrique du Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est nettement inférieur à la moyenne montréalaise; 40% des patients gagnent moins de 6000 \$ par année, et deux sur trois, moins de 20 000 \$. Enfin, 80% des patients vivent de l'assistance sociale. Ces personnes sont donc économiquement défavorisées et absentes du marché du travail. Ces résultats semblent démontrer que les patients qui utilisent les urgences psychiatriques ont peu de moyens pour se déplacer, tandis que leurs déplacements ne sont pas liés à l'activité de travail. Il est donc possible qu'ils minimisent la distance parcourue lors de leurs déplacements obligés.

Les frontières des secteurs auront un impact important sur le succès d'une politique de sectorisation. Dans la mesure où les secteurs ne correspondent pas à des unités socio-économiques ou sanitaires réelles, les patients se présenteront aux points de service hors-secteurs. La résistance bureaucratique pourra être forte, mais cette demande ne pourra être endiguée de façon efficace. Qui plus est, les services non sectorisés subiront la pression des difficultés d'accès aux services sectorisés, puisqu'il est probable que la demande y sera détournée. Cependant, il peut y avoir une réalité géographique de l'utilisation des services qui est reflétée dans la sectorisation — celle-ci étant alors le miroir de celle-là. En effet, dans la mesure où la distribution des services de santé physique et mentale sur un territoire suit les principaux axes de la circulation urbaine, la sectorisation peut être la consécration d'un état de fait, son succès étant alors garanti par les comportements déjà exprimés par les utilisateurs.

Foggin (1982) a examiné la validité du critère géographique comme l'une des bases de l'organisation des services d'urgence psychiatrique à Montréal. Son étude ne comprenait cependant pas de données sur le «respect» des frontières des secteurs par les patients, ni sur la configuration géographique de l'utilisation des soins de santé en général. Les données de Foggin étant écologiques, il n'a pu étudier la façon dont le milieu géographique modifiait le rapport entre des caractéristiques démographiques et l'état de santé des individus, leur utilisation des services d'urgence psychiatrique, et le type de séjour aux services d'urgence.

Notre recherche vise à suggérer quelques réflexions sur l'impact de la sectorisation de l'hospitalisation psychiatrique et des services externes de psychiatrie des hôpitaux sur le lieu d'utilisation des services d'urgence. Dans le cadre de la politique de sectorisation de la région de Montréal, un service d'urgence psychiatrique ne peut refuser de servir un patient résidant hors secteur. Cependant, les soins hospitaliers psychiatriques étant sectorisés, nous émettons l'hypothèse que les patients fréquenteront l'urgence psychiatrique hospitalière de leur secteur. Mais le respect des frontières des secteurs par les patients des services psychiatriques peut refléter la configuration d'utilisation des soins de santé généraux par la population du secteur et la distance de la résidence des patients aux services. Nous évaluerons donc l'importance du rapport entre les habitudes d'utilisation des services médicaux généraux d'urgence de la population des secteurs de résidence des patients des urgences psychiatriques, et l'urgence qu'ils choisissent. L'effet direct de l'utilisation des services médicaux par la population sur l'utilisation de l'un ou de l'autre service d'urgence de secteur ne suffit pas à établir la réalité de l'impact du milieu sur l'utilisation. Il faut pouvoir démontrer que le contexte d'utilisation des services médicaux dans lequel se situe le patient fait varier l'effet de la distance et de ses caractéristiques propres sur son choix d'une urgence psychiatrique. En conséquence, un modèle qui tienne compte du contexte d'utilisation des services médicaux, dans l'évaluation de l'effet de caractéristiques individuelles sur le choix d'une urgence psychiatrique, sera éprouvé. Ce modèle tiendra compte de l'effet des contextes socio-économiques et sanitaires des patients.

Cadre d'analyse

L'utilisation des services de santé est un processus complexe. La plupart des études appliquent des modèles sociologiques, psychosociaux ou économiques qui ne considèrent que des sources de variations individuelles (Andersen et Newman, 1973; Mechanic, 1978; Rosenstock, 1966). Par ailleurs, l'offre de services dans les modèles économiques (Evans, 1984) est mise en relation avec une demande ou avec des besoins de soins. L'offre n'a pas le statut d'un facteur qui définit un des aspects de l'environnement dans lequel s'expriment les besoins de soins. En somme, peu d'études ont cherché à comprendre la dynamique entre le contexte de l'utilisation des soins de santé, l'utilisateur, et leur interaction.

L'analyse des services d'urgence a échappé à cette négligence. Ainsi, plusieurs études ont adopté une perspective écologique qui met

en rapport l'espace, les ressources et l'utilisation (Andr en et Rosenqvist, 1987; Bohland, 1984; Foggin, 1982; Jones et al., 1982; Magnusson, 1980). Les problèmes d'accès organisationnel et temporel aux urgences, la localisation de fait des urgences hospitalières dans les quartiers d efavoris es du centre-ville et leur rôle de substitution aux services médicaux courants, ont donn e au contexte socio-économique dans lequel vivent les patients sa place dans l'étude des services d'urgence.

Il est nécessaire de tenir compte de l'environnement géographique et organisationnel puisque les services d'urgence sont en bout de ligne des services médicaux courants. Les patients s'y présentent parce que leur cas ne peut être traité ailleurs; la condition médicale, l'absence d'une source régulière de soins ou l'heure de la journée interdisent le recours aux services courants. Il est donc clair que l'utilisation des services d'urgence est toujours en rapport avec l'état des ressources du milieu et avec son interaction avec les caractéristiques des patients.

L'utilisation des services d'urgence est aussi en rapport avec la distribution socio-économique des populations sur un territoire. Les services d'urgence hospitaliers sont relativement peu nombreux. Leur expansion n'est pas, par définition, aussi libre que l'accroissement et la distribution sur le territoire des cabinets de médecin dans un système de médecine libérale. Historiquement, les services d'urgence hospitaliers se sont localis es dans les centres-villes, près de populations défavorisées. Ces populations entretiennent des relations régulières avec un même médecin moins fréquemment que les populations favorisées (Weinerman et al., 1966; Torrens et Yedvab, 1970; Weir et al., 1989). Il y a donc conjonction entre une modalité de contact avec les services médicaux et la présence d'un service d'urgence ouvert à tous. Ici encore, l'environnement spatial et socio-économique semble se combiner aux caractéristiques des individus pour encourager l'utilisation d'un service de santé particulier.

Dans la grande région de Montréal, la sectorisation a pour but d'assurer l'accessibilité aux soins psychiatriques (CSSSRM 1983, 1987, 1990). La question demeure du recoupement entre les forces socio-spatiales présentes sur le terrain qui influencent le rapport des individus aux ressources sanitaires, et la délimitation bureaucratique de territoires qui cherche à baliser ce rapport.

Il en découle que les attributs personnels et les circonstances de la vie des individus qui influencent l'utilisation des services psychia-

triques — dont la distance de la résidence aux services d'urgence — dépendent du contexte dans lequel ils vivent. Il est nécessaire de modéliser adéquatement ces variations des effets des facteurs individuels sur l'utilisation des services d'urgence psychiatrique qui sont dues aux contextes sociaux et sanitaires dans lesquels vivent les individus. En particulier, l'effet de la distance sur l'utilisation des services d'un secteur devrait varier en fonction du contexte. La figure 1 illustre ces rapports par la présence des flèches siglées n_{1b} et n_{2b} indiquant que les contextes affectent l'effet des caractéristiques individuelles des patients sur le service utilisé. Cet effet est siglé m_b . Un modèle plus formel peut cependant être défini. Ainsi, pour fixer les idées, si D est la distance de la résidence à l'urgence utilisée, la dépendance sur la distance de la probabilité P_i d'utiliser le service psychiatrique du secteur «i» plutôt que l'un des «n» autres secteurs sera:

$$1) \quad \ln \left[\frac{P_i}{1 - \sum P_n} \right] = a + bD + e$$

L'hypothèse de ce travail est que le contexte fait varier l'effet «b» de la distance D sur le rapport de probabilité $P_i / 1 - \sum P_n$ et la distance moyenne à l'urgence exprimée par le coefficient «a». Si l'effet du contexte se résume par une seule variable C :

$$2) \quad a = m_a + n_a C + a_a$$

$$3) \quad b = m_b + n_b C + a_b$$

où les m_a et les m_b , les n_a et n_b sont les effets du contexte sur les coefficients a et b et a_a et a_b les erreurs de prédiction. Si les a et b de l'équation 1 sont remplacés par leur expression dans les équations 2 et 3:

$$4) \quad \ln \left[\frac{P_i}{1 - \sum P_n} \right] = m_a + m_b D + n_a C + n_b DC + a_b D + a_a + E$$

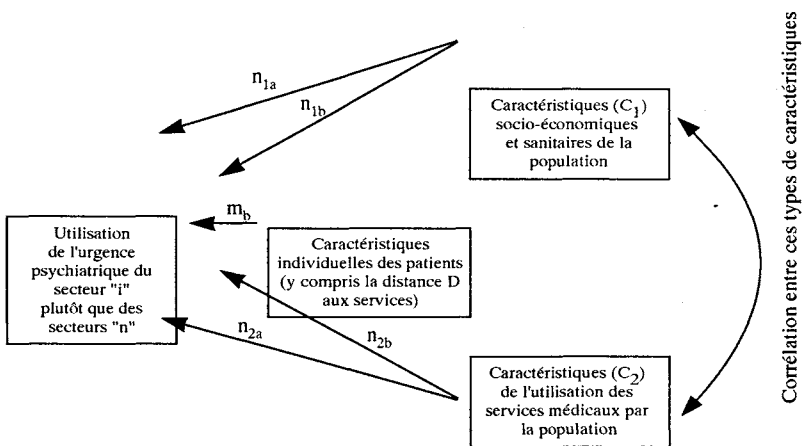
où E est l'erreur de prédiction. L'équation 4 ne peut être estimée par les procédures habituelles (Mason et al., 1983). Puisque, dans notre étude, l'équation de régression est déjà une régression logistique, tandis que nous ne disposons pas d'une procédure pour évaluer les paramètres de l'équation 4, nous postulons que le terme $a_b D$ est nul. En fait, nous assumons que les variables contextuelles déterminent l'effet de la distance sur l'utilisation de l'une ou de l'autre des urgences psychiatriques de secteur. Ce postulat est celui habituellement appliqué dans toutes les équations qui introduisent des termes d'interaction de niveaux individuels et collectifs, sans cependant qu'il soit mentionné par les chercheurs. C'est ainsi que le modèle inclut le terme DC qui mesure l'intensité de la variation produite par le contexte sur l'effet

des variables individuelles. Ce modèle est donc conforme à notre hypothèse sur les processus de décision menant à l'utilisation d'un service d'urgence psychiatrique.

La figure 1 illustre les rapports entre les catégories de variables que nous avons introduites dans les équations. La variable dépendante est l'utilisation d'un service d'urgence du secteur «i» plutôt que des autres «n» secteurs. Dans notre étude, cette variable est dichotomique puisque nous étudions deux secteurs; elle donne lieu à une probabilité d'utiliser les services d'urgence qui varie selon les variables explicatives du modèle de la figure 1. Les caractéristiques des milieux de vie

Figure I

Cadre d'analyse

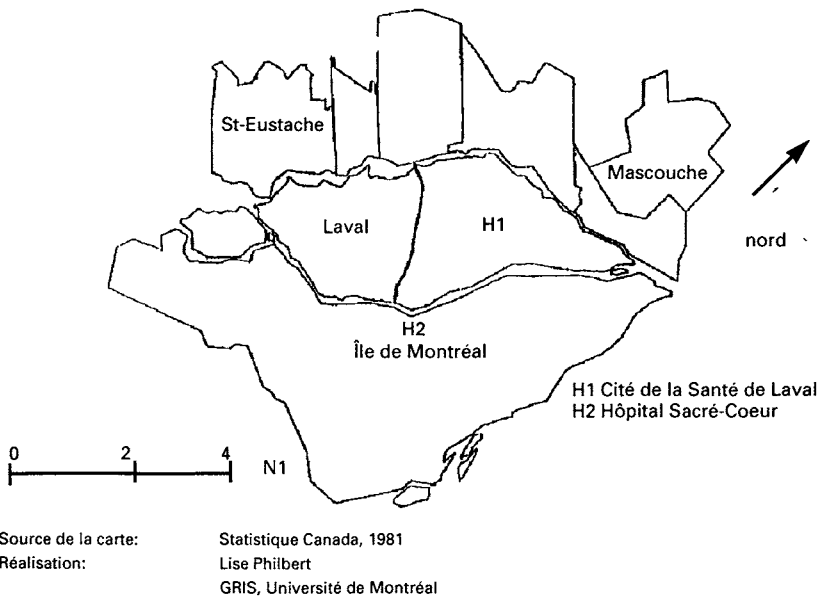


des individus ont été divisées, dans la figure 1, en caractéristiques socio-économiques et sanitaires (C₁) et en caractéristiques de l'utilisation des services médicaux par la population du milieu de vie des individus (C₂). Les inscriptions sur les flèches, qui correspondent aux coefficients des équations, indiquent les effets des groupes de variables, soit directement sur l'utilisation, soit sur l'effet des caractéristiques des individus sur l'utilisation. Ce dernier type de flèches indique des interactions.

Méthode

Deux échantillons de patients des urgences de l'hôpital du Sacré-Cœur et de l'hôpital de la Cité de la Santé de Laval ont été tirés en 1981 et en 1986. Seuls les résidents de la ville de Laval ont été inclus dans l'étude. Banlieue située au nord de Montréal, sur l'Île Jésus, Laval compte environ 230 000 habitants. Quelque 40% de la main-d'œuvre de Laval y travaille dans les secteurs industriel, commercial et dans l'agriculture. Le reste travaille essentiellement à Montréal. La Cité de la Santé est situé au centre géographique de l'Île Jésus (Carte 1) dans un quartier de classe moyenne supérieure qui s'est construit récemment autour de l'hôpital. L'hôpital du Sacré-Cœur est situé dans l'île de Montréal, au nord, près d'un pont qui le rend accessible à la population de l'ouest de l'Île Jésus.

Carte 1
Localisation des services d'urgences psychiatriques



La politique de sectorisation a assigné à la Cité de la Santé la partie est de l'Île Jésus (Carte 1). Le territoire de Sacré-Cœur comprend la partie ouest de Laval. La Cité est un hôpital général qui dispose d'un département de psychiatrie de 28 lits. Une équipe psychiatrique d'intervention d'urgence a été constituée en 1984. L'urgence

psychiatrique de Sacré-Cœur est située au Pavillon Albert-Prévost (PAP) qui dispose de 140 lits psychiatriques. Le PAP, institut psychiatrique, est affilié à l'Université de Montréal. Les patients psychiatriques qui se présentent à l'urgence générale de Sacré-Cœur sont dirigés vers l'urgence du PAP, après examen médical et stabilisation de leur condition physique, s'il y a lieu.

L'échantillon comprend tous les patients de l'Île Jésus qui ont utilisé les services d'urgence de Sacré-Cœur ou de la Cité pendant au moins une période de quatre semaines en 1981 et 1986. Les semaines ont été choisies au hasard, une par trimestre. Le nombre total de visites sélectionnées est de 4 378 à la Cité et de 2 619 à Sacré-Cœur. Parmi elles, 214 (4.8%) sont des visites psychiatriques à l'urgence de la Cité, et 250 (9.5%) à Sacré-Cœur. La présence d'un diagnostic psychiatrique dans le dossier médical constitué à la suite d'une visite à l'urgence est le critère employé pour déterminer l'appartenance à la catégorie de patients psychiatriques.

Quatre types de renseignements ont été recueillis: 1) des renseignements sur la condition médicale du patient, sa visite à l'urgence et sa localisation; 2) des informations sur les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des secteurs du recensement canadien de 1981; 3) des informations sur les habitudes d'utilisation des services médicaux de la population regroupées sur la base des secteurs de recensement; 4) quant à la distance entre le centroïde du secteur de recensement où habite le patient et celui où est située l'urgence hospitalière qu'il a utilisée, elle a été estimée. Le premier type de renseignements permet d'observer les caractéristiques individuelles des patients, la catégorie de diagnostic psychiatrique principale dans laquelle ils ont été classés, et les traitements qu'ils ont reçus. Le deuxième type mesure les facteurs socio-environnementaux qui définissent le contexte de vie des patients. Le troisième permet de vérifier les liens entre les services d'urgence psychiatrique utilisés par les patients et les lieux d'utilisation des services médicaux et chirurgicaux de la population. Enfin, la mesure de la distance permet de s'interroger sur sa minimisation par les patients.

Les données sur la condition médicale du patient et sur les caractéristiques de sa visite à l'urgence ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Elles comprennent l'âge et le sexe du patient, son code postal, le moyen de transport utilisé, les symptômes, les diagnostics, l'utilisation d'une civière, la prescription d'une période d'observation, la procédure chirurgicale, s'il y a lieu, et la spécialité du médecin. Enfin, le jour de la semaine de la visite, le moment dans la jour-

née où elle a lieu, le congé et la longueur du séjour ont été recueillis. Ces informations individuelles sont complétées par des renseignements écologiques décrivant les caractéristiques socio-économiques des secteurs de recensement où résident les patients et les habitudes de consommation médicale des gens qui y habitent. Les premiers renseignements ont été obtenus à partir de données du recensement de 1981 et assignés aux patients en fonction d'un appariement entre codes postaux et secteurs de recensement. Ces données reflètent la structure d'âge des secteurs de recensement, la structure familiale, la qualité du logement, la structure d'emploi et le revenu. Les informations sur l'utilisation des services médicaux ont été tirées des fichiers de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et résumées sur la base des secteurs de recensement. Ces données décrivent l'utilisation, pour tout motif, des services des cliniques externes et des lits hospitaliers de la Cité de la Santé et de Sacré-Cœur par les habitants des secteurs de recensement de Laval.

Trois statistiques sur l'utilisation générale des services médicaux et hospitaliers ont aussi été recueillies, soit le pourcentage de résidents des secteurs de recensement ayant reçu un service d'un certain type (hospitalisation, visites à des médecins de ville, visites aux cliniques externes), le nombre moyen d'actes médicaux ou chirurgicaux posés par patient et le nombre moyen d'hospitalisations par patient. Enfin, la proportion de diagnostics psychiatriques et de maladies chroniques posés auprès de la population des secteurs de recensement, a aussi été prise en considération.

L'analyse des données a été faite en trois étapes. Premièrement, le respect des frontières des secteurs a été établi en croisant la localisation de la résidence des patients dans l'un ou l'autre des secteurs de services psychiatriques de Laval avec l'urgence psychiatrique hospitalière utilisée. Un test chi-deux a été appliqué pour évaluer la signification statistique du rapport entre ces deux variables. L'hypothèse 1, sous-jacente à ce test, est à l'effet qu'une association positive entre le lieu de résidence et le secteur de dispensation des services indiquerait que les patients psychiatriques des urgences tendent à respecter la sectorisation des services psychiatriques. Deuxièmement, les effets des habitudes d'utilisation des services médicaux et chirurgicaux de la population des secteurs de recensement où habitent les patients sur l'urgence psychiatrique choisie ont été estimés par une procédure de régression logistique. Il s'agit plus précisément d'examiner s'il existe une relation positive entre la consommation de services médicaux généraux localisés dans le secteur et la résidence dans le secteur, ce qui indiquerait une cohérence entre les choix de consommation de

services médicaux généraux des patients et la sectorisation des services psychiatriques. Enfin, l'importance du contexte social, démographique et sanitaire sur les rapports entre les caractéristiques des individus et les services d'urgence qu'ils utilisent, a été étudiée à l'aide d'une procédure de régression logistique appliquée au modèle décrit par l'équation 4, ci-haut. Les variables ont été entrées en cinq blocs dans l'équation de régression. Ces blocs sont: les variables d'utilisation des soins médicaux, les caractéristiques socio-démographiques, les maladies et diagnostics, les caractéristiques de la visite à l'urgence, et le secteur de services psychiatriques. Les variables ont été entrées dans l'équation selon leur appartenance à ces blocs (voir tableau 4), dans l'ordre de leur nomenclature, lequel correspond à l'ordre causal entre les blocs de variables illustrés à la figure 1, où les caractéristiques des milieux ont préséance sur les caractéristiques individuelles. Le secteur a été entré en tout dernier dans l'équation, de façon à identifier la part que la résidence dans un secteur ajoute aux autres facteurs explicatifs de l'utilisation d'une urgence psychiatrique. À l'intérieur de chacun des blocs, les effets des variables contextuelles ou individuelles ont été estimés, puis les interactions entre les variables contextuelles et individuelles ont été vérifiées. Seules les variables significatives au moment de leur entrée dans l'équation ont été retenues par la suite. Cependant, une variable qui, après avoir été admise dans l'équation, perdait sa signification statistique était conservée dans l'équation.

Résultats

Les distributions croisées des secteurs de services psychiatriques, de résidence des patients et des urgences psychiatriques utilisées sont données au Tableau 1. De 20% à 25% des patients ne se présentent pas à l'urgence psychiatrique de leur secteur de services. L'association entre la résidence dans un secteur de services psychiatriques et l'urgence psychiatrique utilisée est cependant significative à un seuil supérieur à $P = .000$. La probabilité d'une association entre le lieu de résidence et l'urgence psychiatrique utilisée est donc très élevée.

Dans quelle mesure cette association reflète-t-elle une tendance générale de la population habitant dans l'environnement immédiat des patients des urgences psychiatriques, à utiliser des services médicaux et hospitaliers des hôpitaux Sacré-Cœur et Cité de la Santé? Treize variables mesurant l'utilisation des services médicaux et hospitaliers, en général, et l'utilisation des services disponibles à Sacré-Cœur et à la Cité de la Santé, en particulier, ont été introduites dans une analyse

Tableau 1
Visites aux urgences psychiatriques et
secteurs de services psychiatriques

	Secteur est		Secteur ouest	
	N	%	N	%
Hôpitaux:				
Cité de la Santé	161	74.2	53	21.1
Sacré-Coeur	52	25.8	148	78.9
Totaux:	213	100.0	201	100.0

$X^2 = 138.77$ avec 1 d.L.; $P = .000$

factorielle. Les résultats ont permis d'identifier quatre dimensions, soit l'utilisation des services médicaux et hospitaliers de Sacré-Cœur, d'une part, et de Cité de la Santé, d'autre part, l'utilisation des services de médecins de ville, et l'hospitalisation (cf. Annexe 1; résultats de l'analyse disponibles auprès des auteurs). L'analyse de régression logistique multivariée, qui introduit simultanément les quatre dimensions de l'utilisation des services médicaux et hospitaliers, indique que les habitudes de la population d'utiliser la Cité ou Sacré-Cœur pour tous types de soins sont fortement reliées à l'urgence psychiatrique utilisée par les patients de ces secteurs (Tableau 2). La capacité de prédiction de l'utilisation des urgences psychiatriques de Sacré-Cœur ou de la Cité par ces variables est très forte, puisque seulement 21.8% d'erreurs de classification se produisent. Ces résultats indiquent que l'utilisation d'un service d'urgence par les patients psychiatriques semble faire partie de la stratégie générale d'utilisation des services de santé par les populations concernées.

Tableau 2
Effet de l'utilisation des services médicaux
et hospitaliers généraux sur le service
d'urgence psychiatrique utilisé

Variables indépendantes:	Coefficient	Erreur Type	X^2	P
1. Cité de la santé	.8121	.137	35.35	.000
2. Sacré-Coeur	-.7008	.160	19.25	.000
3. Médecin de ville	-.0784	.135	.31	.576
4. Hospitalisation	-.0158	.138	.01	.909

Pourcentage d'erreur de classification: 21.82%

Il est cependant possible que cette tendance ne soit que le reflet du contexte socio-économique dans lequel vivent les populations des secteurs de recensement, de l'état de santé de ces populations et des services disponibles à l'un ou à l'autre des hôpitaux, Sacré-Cœur étant un établissement universitaire, Cité de la Santé un hôpital général. Enfin, l'association entre l'utilisation des services de santé par la population et celle des urgences psychiatriques peut être artificielle, aucun mécanisme ne relayant les effets potentiels du premier sur le second. C'est pourquoi le Tableau 3 rapporte les différences brutes entre les secteurs de services psychiatriques *Est* et *Ouest* de Laval quant aux facteurs contextuels et individuels considérés. Les variables mesurant le contexte socio-économique ont fait l'objet d'une analyse factorielle qui a permis d'identifier cinq dimensions (cf. Annexe 1; résultats disponibles auprès des auteurs). Les différences entre les contextes socio-économiques des deux secteurs de services psychiatriques de Laval sont réparties au Tableau 3 pour ces cinq dimensions.

Tableau 3
Facteurs contextuels et individuels dans
les secteurs est et ouest de laval

	<u>Secteur est</u>	<u>Secteur ouest</u>
A) Facteurs contextuels socio-économiques		
1. Personnes âgées	-.190*	.220*
2. Familles défavorisées	.109*	-.123*
3. Emploi de secteur primaire	-.140*	.162*
4. Revenu	.002	-.006
5. Familles monoparentales	.042	-.044
B) Facteurs contextuels sanitaires		
6. Maladies psychiatriques	9.91%*	8.94%*
7. Maladies chroniques	41.78%	42.65%
C) Facteurs individuels démographiques		
8. Âge	37.60 ans	40.05 ans
9. Sexe (femmes)	55.3%	52.6%
D) Facteurs individuels: diagnostics psychiatriques		
10. Psychose	25.81%	19.92%
E) Facteurs individuels: caractéristiques de la visite à l'urgence		
11. Ambulance	26.51%	22.71%
12. Nuit	28.57%	27.89%
13. Soirée	27.19%	28.29%
14. Fin de semaine	18.89%	17.13%
15. Civièrre	44.44%	42.23%
16. Observation	22.69%*	10.40%*
17. Spécialiste	54.38%*	45.02%*
F) La distance du domicile au service utilisé		
18. Distance	4.98 km*	6.74 km*

* Différences significatives au seuil $P \leq .05$

Plus de personnes âgées habitent le secteur *Ouest* de Laval, tandis que ce secteur compte plus d'agriculteurs. Cependant, plus de familles défavorisées habitent le secteur *Est*. Ce secteur compte aussi plus de personnes avec un diagnostic psychiatrique. Les patients des secteurs *Ouest* et *Est* se rendent par les mêmes moyens de transport, pendant les mêmes périodes de la journée, aux urgences psychiatriques. Cependant, plus de patients des urgences psychiatriques résidents du secteur *Est* sont sous observation et voient plus souvent un spécialiste. Il y a donc présomption que certains des facteurs qui affectent l'utilisation des services de santé ne soient pas distribués de façon identique dans les deux secteurs de Laval. Ces différences peuvent dépendre du protocole de prise en charge des patients qui diffère d'un centre hospitalier à l'autre. Enfin, les services reçus par les patients du secteur *Est* sont plus spécialisés.

Les résultats des analyses de régression logistique des variables contextuelles et individuelles sont regroupés au Tableau 4. À la première étape, l'utilisation des services de santé de la population est introduite dans l'équation, en plus de la distance. Une comparaison du Tableau 2 et de la colonne A1 du Tableau 4 montre que lorsque la distance est introduite dans l'équation, le coefficient pour les médecins de ville devient significatif; une moins grande utilisation des services de médecins de ville encourage l'utilisation de l'urgence de Sacré-Cœur. De même, les patients qui se présentent à cette urgence parcourent une plus grande distance que ceux qui se rendent à la Cité. Le contexte d'utilisation des services de la santé modifie le rapport entre la distance parcourue par le patient et l'urgence psychiatrique choisie. L'interaction négative entre la distance et l'utilisation de la Cité de la Santé par la population indique que moins les services médicaux et chirurgicaux de la Cité sont utilisés, plus les effets de la distance sont importants pour dissuader les patients des urgences psychiatriques de s'y rendre. Donc, le fait d'avoir des habitudes de consommation dans cet hôpital ferait en sorte que les patients seraient en mesure de franchir des barrières géographiques plus grandes pour utiliser cette ressource.

L'introduction dans la régression logistique des caractéristiques socio-économiques ne modifie pas, de façon substantielle, l'effet des variables d'utilisation des services. La colonne A2 du Tableau 4 démontre cependant que l'effet de l'utilisation de la médecine de ville n'est plus statistiquement significative. L'importance des personnes âgées, du nombre de travailleurs dans le secteur primaire de l'économie, et des familles monoparentales ont des effets sur l'urgence psychiatrique choisie. Plus les personnes âgées sont importantes dans un

Tableau 4
Régression logistique de l'utilisation des
services d'urgence psychiatrique

	1re étape		2e étape		3e étape	4e étape	5e
	A1	I1	A2	I2	A3	A4	A5
A) Première étape: Utilisation des services							
- Facteurs contextuels:							
1. Cité de la Santé	.859*		2.011*		3.339*	3.736*	2.918*
2. Sacré-Coeur	-.722*		-.872*		-.433	-.545*	-.036
3. Médecin de ville	-.306*		-.261		-.568	-.520*	-.894*
4. Hospitalisations	-.154		—		—	—	—
- Facteurs individuels:							
5. Distance	-.279*		-.323*		-.487*	-.536*	-.536*
- Interaction:							
6. Dist. x Cité		-.146*	-.205		-.388*	-.454*	-.422*
B) Deuxième étape: Caractéristiques socio-économiques							
- Facteurs contextuels:							
7. Personnes âgées			.555*		-1.333*	-1.625*	-1.630*
8. Familles défavorisées			.302		-1.093*	-1.101*	-.895
9. Emploi sect. primaire			-.637*		-.775*	-.772*	-.843*
10. Revenu			.239		—	—	—
11. Familles monoparentales			-.644*		.707	.851	.153
- Facteurs individuels:							
12. Âge			.017*		.016	.017	.016
13. Sexe			-.339		—	—	—
- Interaction:							
14. Rayon x Pers. âgées			.413*		.322*	.386*	.364*
15. Rayon x Fam. défav.			.294*		.232*	.264*	.254*
16. Rayon x Empl. prim.-.			.302*		-.282*	-.286*	-.230
C) Troisième étape: Maladies et diagnostics							
- Facteurs contextuels:							
17. Maladies psychiatriques					.171	—	—
18. Maladies chroniques					.012	—	—
- Facteurs individuels:							
19. Diagnostic					-.628	—	—
- Interaction (Aucune significative)							
D) Quatrième étape: Caractéristiques de la visite à l'urgence							
- Facteurs individuels:							
20. Ambulance						-.188	—
21. Nuit						-.284	—
22. Soirée						.467	—
23. Fin de semaine						-.293	—
24. Civière						.840	—
25. Observation						.213	—
26. Spécialiste						-.671*	-.710*
- Interaction (Aucune)							
E) Cinquième étape: Territoire de desserte de résidence							
- Facteurs contextuels:							
27. Secteur							-.433*
% d'erreur de classification	24.66		19.05		18.80	18.33	16.33

* Coefficient statistiquement significatif au seuil $P \leq .05$

contexte particulier, plus il y a utilisation de l'urgence de la Cité de la Santé. Par ailleurs, plus le secteur comporte de travailleurs du secteur primaire de l'économie et de familles monoparentales, plus Sacré-Cœur est utilisé. L'effet de l'âge des patients est de même sens que l'effet de la proportion de personnes âgées. Cependant, ni l'âge ni le sexe des patients ne sont en interaction avec les facteurs socio-économiques contextuels. Seule la distance est ici en interaction avec la proportion de personnes âgées, de familles défavorisées et de l'emploi dans le secteur primaire de l'économie. L'introduction de ces interactions modifie substantiellement l'effet des facteurs contextuels socio-économiques, sauf dans un cas. Ces modifications peuvent être dues à la colinéarité introduite dans l'équation par les interactions. L'effet des facteurs contextuels sur le rapport de la distance au choix de l'urgence peut cependant être décrit de la façon suivante. Les patients parcourent une plus grande distance pour se rendre à Sacré-Cœur lorsque l'environnement social comporte peu de personnes âgées, peu de gens défavorisés et peu de travailleurs du secteur primaire.

L'effet des maladies et diagnostics sur le choix d'un service d'urgence psychiatrique, significatif dans une relation bivariée, est rejeté de l'équation de régression logistique multivariée. Aucune interaction n'est significative (Tableau 4, colonne A3).

La seule caractéristique des visites à l'urgence en rapport avec le service d'urgence visité est le fait d'avoir été examiné par un spécialiste.

Enfin, le secteur de service psychiatrique de résidence des patients est statistiquement significatif même après l'introduction des autres variables dans l'équation. L'introduction du secteur diminue radicalement l'effet de l'utilisation par la population des services de Sacré-Cœur pour les soins médicaux et chirurgicaux généraux.

L'équation de régression logistique finale ne produit que 16.3% d'erreur de classification des cas. Les variables les plus importantes de prédiction du choix de l'urgence psychiatrique sont les variables contextuelles et individuelles d'utilisation des services et les conditions socio-économiques en interaction avec la distance de la résidence du patient.

Discussion

Quoique les services psychiatriques d'urgence ne soient pas sectorisés dans la région de Montréal, les patients se présentent en grande majorité au service d'urgence psychiatrique de leur secteur. Est-ce au détriment de la minimisation de la distance de leur résidence au servi-

ce, comme le laisserait supposer le coefficient de régression logistique négatif de la distance? Les patients du secteur de services psychiatriques de Sacré-Cœur parcourent une plus grande distance pour se rendre à l'urgence de leur secteur (6.48 km) que ceux de la Cité de la Santé (5.05 km) malgré le fait que la Cité soit géographiquement plus accessible que Sacré-Cœur pour une bonne proportion de ces patients. Paradoxalement, les patients résidant dans le secteur de la Cité qui se présentent à Sacré-Cœur ne minimisent pas la distance entre leur résidence et le service qu'ils choisissent. Leur domicile est plus éloigné de Sacré-Cœur (6.62 km) que de la Cité (4.40 km). Il semble donc que leur choix de Sacré-Cœur dépende d'autres facteurs que la distance. Les patients du secteur de services psychiatriques de Sacré-Cœur qui se présentent à la Cité sont par ailleurs localisés, en moyenne, à égale distance des deux urgences.

Le rôle de la distance dans l'utilisation des services est donc complexe. Les résultats de recherches précédentes sont divergents; dans certaines études, la distance est fortement reliée à l'utilisation (Bohland, 1984; Schneider et Dove, 1983; Ingram et al., 1978; Magnusson, 1980), dans d'autres cas, l'effet de la distance est nul (Andrèn et Rosenqvist, 1987; Hilditch, 1982). Une lecture attentive de ces travaux montre cependant que les contextes dans lesquels l'effet de la distance sur l'utilisation a été mesuré, diffèrent sensiblement. Dans notre étude, le contexte d'utilisation par le patient des services de santé en général module l'effet de la distance. Dans un premier temps, l'effet varie selon les habitudes d'utilisation des services médicaux et chirurgicaux de la Cité de la Santé; moins les services de la Cité sont utilisés par la population, plus l'effet de la distance est important. Autrement dit, le coût personnel impliqué par la distance aux services psychiatriques d'urgence est plus important dans le choix d'un lieu de services lorsque les habitudes d'utilisation des voisins immédiats du patient psychiatrique ne les amènent pas à consommer à la Cité de la Santé. L'effet de la distance sur le choix de Sacré-Cœur est plus important lorsqu'il y a moins de personnes âgées, moins de personnes défavorisées et moins de personnes travaillant dans le secteur primaire de l'économie. Dans ces cas, les patients ont moins tendance à minimiser la distance entre leur résidence et l'urgence. Or, ces contextes sont ceux qui offrent le plus de ressources et où, donc, la capacité d'absorber les coûts de la distance est plus importante. Reste à déterminer dans quelle mesure ce rapport entre variables écologiques et comportement individuel est un reflet d'une réalité purement individuelle ou si des mécanismes sociaux peuvent expliquer l'effet

contextuel. Blais (1986) a cependant démontré que les patients des urgences psychiatriques sont socio-économiquement défavorisés. L'hypothèse de l'effet contextuel relayé par la disponibilité de ressources sociales serait donc plausible. En ce sens, le lieu d'utilisation ne serait pas, comme l'impliquent Bohland et Frech (1982), une décision individuelle prise en fonction de facteurs personnels, mais le résultat d'un contexte social.

L'utilisation des services d'urgence médicale est liée de façon étroite à la désintégration sociale des milieux de vie (Andrèn et Rosenqvist, 1987; Bohland, 1984). Elle est aussi en rapport avec le statut socio-économique des patients (Andrèn et Rosenqvist, 1985; Lebeau, 1982; McDonald, 1973; Pundie, 1981; Satin, 1973). La désintégration des familles (Schiedermayer et al, 1982), l'incertitude économique (Andrèn et Rosenqvist, 1985) et les indicateurs de marginalité sociale tel l'alcoolisme (Mendelson, 1987) sont tous liés à une utilisation élevée et répétée des services d'urgence. De la même façon, l'utilisation des services d'urgence généraux pour des motifs médicaux généraux cachent des problèmes psycho-sociaux et psychiatriques (Satin et Duhl, 1972). Il est donc clair que l'utilisation des services d'urgence en général et psychiatrique en particulier est liée aux caractéristiques socio-économiques des individus. En effet, la configuration générale d'utilisation des services médicaux des patients des urgences est fortement reliée à leur utilisation des services d'urgence (Jones et al., 1982). De nombreuses études ont démontré que les patients des urgences étaient des consommateurs des services des cliniques externes des hôpitaux de l'urgence fréquentée (Andrèn, 1988; Andrèn et Rosenqvist, 1985). De façon générale, les contacts précédents des patients avec l'urgence, la fréquentation des agences de services sociaux et l'utilisation de nombreux services médicaux ambulatoires, de même que des hospitalisations fréquentes, sont tous en forte corrélation avec l'utilisation de l'urgence (Andrèn et Rosenqvist, 1987; Fenickel et Murphy, 1985; Hansagi et al, 1985; Helditch, 1982; Høelm-Saric et al, 1980; Lebeau, 1982; Schneider et Dove, 1983). L'utilisation des services d'urgence en général et psychiatriques en particulier fait donc partie de configurations générales d'utilisation reliées à des caractéristiques socio-économiques. Nos résultats de recherche sont en parfaite conformité avec cette constatation de recherches antérieures.

Nos résultats démontrent que les contextes socio-économiques et d'utilisation des services de santé ont des effets directs sur le choix d'une urgence psychiatrique. D'autres travaux sont requis pour établir

que ces effets contextuels ne sont pas que des substituts pour des effets individuels qui n'ont pu être mesurés ici. Dans notre recherche, seule la distance est en interaction avec le contexte de vie des patients. Cependant, il est important d'établir les mécanismes sociaux par lesquels les effets contextuels se font sentir sur les comportements individuels. Dans le cas des services d'urgence, ces mécanismes pourraient être de deux ordres, soit celui du support social familial et communautaire (pour les effets du contexte socio-économique), et celui du rôle des urgences dans un système local ou régional (pour le contexte d'utilisation des services médicaux). En effet, si les services d'urgence peuvent être considérés comme une charnière entre la communauté et l'hôpital (Baum et Rubinstein, 1987), ils sont aussi des services communautaires qui doivent assumer les déficiences dans l'accessibilité sociale, géographique et organisationnelle des autres composantes des systèmes de soins (Satin et Duhl, 1972). En conséquence, l'organisation des soins sur un territoire peut être considérée comme le mécanisme qui assure la transmission des effets contextuels de configuration d'utilisation des soins médicaux dans une population sur les modalités d'utilisation des services d'urgence psychiatrique.

La délimitation de secteurs de soins psychiatriques est précisément l'une de ces modalités. Dans la région montréalaise, la sectorisation psychiatrique ne concerne pas les urgences, mais bien les hospitalisations et les services en clinique externe. Ce contexte organisationnel a cependant une influence sur l'utilisation des services d'urgence comme le montre le coefficient significatif des secteurs de services psychiatriques de résidence dans l'équation de régression logistique du Tableau 4, même après l'introduction des autres variables. Cet effet est peut-être dû à l'association qui se crée chez un individu entre les différentes modalités d'utilisation des services médicaux. L'hospitalisation et la fréquentation de la clinique externe d'un hôpital amènent l'utilisation de son service d'urgence. En ce sens, la politique de sectorisation de Montréal a un effet certain sur la configuration d'utilisation des services psychiatriques et, peut-être, sur l'utilisation des services médicaux généraux sur ce territoire. Les enjeux de la sectorisation de services psychiatriques dépassent donc largement les services sectorisés pour s'étendre aux services non sectorisés. Ces effets doivent être considérés lorsque la décision est prise d'utiliser le critère géographique pour organiser les services de santé.

ANNEXE 1
Liste des variables

I Variables dépendantes

1. Utilisation des services d'urgence psychiatrique Cité de la Santé = 1;
Sacré-Coeur = 0.

II Variables indépendantes

A) Facteurs contextuels:

2. Personnes âgées **Facteurs composés des variables suivantes:**
 . % de personnes de 65 à 69 ans
 . % de personnes de 70 ans et plus
 . % de personnes de 1 à 4 ans
 . % de la part des revenus de transfert
 . % de personnes séparées ou divorcées
3. Familles complètes défavorisées **Facteurs composés des variables suivantes:**
 . % de personnes de 1 à 4 ans
 . % des hommes employés dans le secteur des services
 . % des femmes employées dans le secteur des services
 . % des hommes avec des emplois manuels
 . % des femmes avec des emplois manuels
 . % des loyers de 300 \$ et moins
 . Nombre moyen de personnes par pièce.
4. Secteur d'emplois primaires **Facteur composé des variables suivantes:**
 . % d'hommes employés dans le secteur primaire
 . % de femmes employées dans le secteur primaire
 . % de femmes employées dans le secteur des services.
5. Revenu **Facteur composé des variables suivantes:**
 . *In* du revenu d'emploi
 . *In* des revenus de placement.
6. Familles monoparentales **Facteur composé des variables suivantes:**
 . % de la part des revenus de transfert
 . % de personnes séparées ou divorcées
 . % de familles monoparentales
 . % de logements loués
7. Utilisation des services de la Cité de la Santé **Facteur composé des variables suivantes:**
 . % de patients en clinique externe
 . % d'hospitalités
 . % Nombre moyen d'actes en clinique externe
 . % Nombre moyen d'hospitalisation.
8. Utilisation des services de Sacré-Coeur **Facteur composé des variables suivantes:**
 . % de patients en clinique externe
 . % d'hospitalités
 . Nombre moyen d'actes en clinique externe
 . Nombre moyen d'hospitalisation.
9. Utilisation des services de médecine de ville **Facteur composé des variables suivantes:**
 . % de patients
 . Nombre moyen d'actes
10. Toutes les hospitalisations **Facteur composé des variables suivantes:**

- . % d'hospitalisation
 - . Nombre moyen d'hospitalisation
 - . Nombre moyen
11. Maladies chroniques % de personnes avec une maladie chronique dans le secteur de recensement
 12. Maladies psychiatriques % de personnes avec une maladie psychiatrique dans le secteur de recensement
- B) Facteurs individuels:**
13. Distance Distance du centroïde du secteur de recensement du patient au service d'urgence utilisé
 14. Sexe Sexe du patient
 15. Âge Âge du patient
 16. Diagnostic psychiatrique . Patient atteint de névrose = 0
. d'une autre affection mentale (psychose) = 1.
 17. Utilisation de l'ambulance pour se rendre à l'urgence . Ambulance ou transport policier = 1
. Autre = 0.
 18. Le patient se présente la nuit entre 23:00 et 8:00 . Nuit = 1
. Autre = 0.
 19. Le patient se présente en soirée entre 17:00 et 23:00 . Soirée = 1
. Autre = 0.
 20. Le patient se présente en de semaine (samedi ou dimanche) . Fin de semaine = 1
. Autre = 0.
 21. Le patient est placé sur civière . Civière = 1
. Autre = 0.
 22. Le patient est mis sous observation . Observation = 1
. Autre = 0.
 23. Le patient est vu par un spécialiste . Spécialiste = 1
. Autre = 0.

RÉFÉRENCES

- AIRD, G., 1976, La psychiatrie de secteur en hôpital général, *Santé mentale au Québec*, 1, n° 1, 61-67.
- ANDERSEN, R., NEWMAN, J.F., 1973, Social and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.
- ANDREN, K.G., ROSENQVIST, V., 1985, Heavy Users of an Emergency Department: Psycho-social and Medical Characteristics, other Health Care Contacts and the Effect of a Hospital Social Worker Intervention, *Social Science and Medicine*, 21, 761-770.
- ANDREN, K.G., ROSENQVIST, V., 1987, An Ecological Study of the Relationship Between Risk Indicators for Social Desintegration and Use of a Somatic Emergency Department, *Social Science and Medicine*, 25, 1121-1127.

- ANDREN, K.G., 1988, A Study of the Relationship Between Social Network, Perceived Ill Health and Utilization of Emergency Care, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 16, 87-93.
- BAUM, S.A. & RUBESTEIN, L.Z., 1987, Old People in the Emergency Room: Age — related Differences in Emergency Department Use and Care, *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 398-404.
- BÉDARD, D., 1976-77, Historique de la psychiatrie de secteur québécoise, *Santé mentale au Québec*, I, 1, 67.
- BLAIS, L., 1986, Les urgences psychiatriques au Québec: Qui y va et pourquoi?, *Santé mentale au Québec*, II, n° 1, 177-180.
- BPHLAND, J. & RECH, P., 1982, Spatial Aspects of Primary Health Care for the Elderly, in Warnes, A.M.ed., *Geographical Perspectives on the Elderly*, Witey, New York, 339-354.
- BOHLAND, J., 1984, Neighborhood Variations in the Use of Hospital Emergency Rooms for Primary Care, *Social Science and Medicine*, n° 19, 1217-1226.
- COUSINEAU, P., MESSIER, M.J., FLEURY, H., BORGEAT, F., 1986, Unité de soins psychiatriques (USP) au centre hospitalier Cité de la Santé de Laval: organisation et fonctionnement, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 2, 188-192.
- CSMQ, 1975, *La sectorisation*, Comité de la santé mentale au Québec, Québec, document ronéotypé.
- CSSSRMM, 1983, *La responsabilité sectorielle des centres hospitaliers de la région de Montréal métropolitain (06A), quant à la dispensation des services psychiatriques aux adultes*, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Montréal, document ronéotypé.
- CSSSRMM, 1987, *Révision de la sectorisation des soins de santé mentale de courte durée aux adultes*, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Montréal, document ronéotypé.
- CSSSRMM, 1990, *Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain*, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Montréal, document ronéotypé.
- FENICKEL, G.S., MURPHY, J.G., 1985, Factors That Predict Psychiatric Consultation in the Emergency Department, *Medical Care*, n° 23, 258-265.
- FOGGIN, P.M., 1982, La localisation des services d'urgence psychiatrique sur l'île de Montréal, *Santé mentale au Québec*, n° 7, 75-87.

- HANSAGI, H., NORELL, S.E., MAGNUSSON, G., 1985, Hospital Care Utilization in a 17 000 Population Sample: 5 Year Follow-up, *Social Science and Medicine*, n° 20, 487-492.
- HILDITCH, J.R., 1982, Which Family Practice Patients Visit the Emergency Department?, *Canadian Family Physician*, n° 28, 679-684.
- HOEHN-SARIC, R., HATCHER, M.E., WEISBOPF, C., 1980, Dispersion of Psychiatric Patients: Patients Characteristics Associated with Hospitalization, *Annals of Emergency Medicine*, n° 9, 605-609.
- INGRAM, D.R., CKARKE, D.R., MURDIE, R.A., 1978, Distance and the Decision to Visit an Emergency Department, *Social Science and Medicine*, n° 12, 55-62.
- JONES, P.K., JONES, S.L., YODER, L., 1982, Hospital Location as a Determinant of Emergency Room Utilization Patterns, *Public Health Reports*, n° 97, 445-451.
- LEBEAU, A., 1982, Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence dans la région du Montréal métropolitain, *Santé mentale au Québec*, VII, n° 1, 57-74.
- MAGNUSSON, G., 1980, The Role of Proximity in the Use of Hospital Emergency Department, *Sociology of Health and Illness*, 202-214.
- MASON, W.M., YOUNG, G.Y., ENTWISLE, B., contextual Analysis Through the Multilevel Linear Model, in Leinhardt, S., ed., *Sociological Methodology 1983 — 1984*, Jossey-Bass, San Francisco, 72-103.
- MCDONALD, A., MCDONALD, J., STEIMETZ, N., ENTERLINE, P., SALTER, V., 1973, Physician Service in Montréal before Universal Health Insurance, *Medical Care*, n° 11, 229-286.
- MECHANIC, D., 1978, *Medical Sociology: A Comprehensive Text*, Free Press, New York.
- MENDELSON, E.F., 1987, Alcohol-related Psychiatric Emergencies: Their Characteristics and Care at a Walk-in clinic, *British Journal of Psychiatry*, n° 15, 121-124.
- PUNDIE, F.R.J., HONIGMAN, B., ROSEN, P., 1981, The Chronic Emergency Department Patient, *Annals of Emergency Medicine*, n° 10, 248-301.
- ROSENSTOCK, I.M., 1966, Why People Use Health Services, *Millbank Memorial Fund Quarterly*, n° 44, 94-124.
- SATIN, D.G., DUHL, F.J., 1972, Help? The Hospital Emergency Unit as Community Physician, *Medical Care*, X, 248-260.
- SATIN, D.G., 1973, Help? The Hospital Emergency Unit Patient and his Presenting Picture, *Medical Care*, XI, 328-337.
- SCHIEDERMAYER, D.L., DUTHIE, E.H., SHELBY, M.V., and al., Emergency Detention of the Elderly: Demographics, Diagnoses, and Outcome, *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 30, 383-386.

- SCHNEIDER, K.C., DOVE, H.G., High Users of VA Emergency Room Facilities: Are Out Patients Abusing the System or is the System Abusing Them?, *Inquiry*, n° 20, 57-64.
- SMQ, 1976, Numéro spécial sur le colloque «Psychiatrie de secteur: 10 ans après», *Santé mentale au Québec*, I, n° 1.
- TORRENS, P.R., YEDVAB, D.G., 1970, Variations Among Emergency Room Population: A Comparison of Four Hospitals in New York City, *Medical Care*, n° 8, 60-75.
- WERNERMAN, E.R., RATNER, R.S., ROBBENS, A., LAVENHAR, M.Y., 1966, Yale Studies in Ambulatory Medical Care Determinants of Use of Hospital Emergency Service, *American Journal of Public Health*, 56, n° 171, 1037-1056.
- WEIR, R., RIDEOUT, E., CROCK, J., 1989, Pediatric Use of Emergency Departments, *Pediatric Health Care*, 3, n° 4, 204-210.

ABSTRACT

Psychiatric Emergencies in a Context of Sectorialization

Psychiatric services dispensed according to geographic sectors has been a reality of the Montréal area psychiatric care system for about fifteen years. In a dense urban environment where the territorial limits of sectors do not necessarily follow the borders of residential areas, divisions by sector can create serious access problems. On a different note, when the distribution of mental health services is patterned after the main urban arteries, sectorialization becomes the validation of an existing situation, its success thereby ensured by the force of circumstances. In this article, the access to emergency psychiatric services over the sectorialized territory of Île Jesus is examined based on archival data provided by Sacré-Cœur and Cité de la Santé hospitals. The data reveal that patients with a psychiatric ailment present themselves to the emergency ward of the hospital of their sector. These patients of emergency services are characterized by usage patterns that are no different from those of users of all types of health care services, psychiatric or not, regardless of the reason of the visit. However, the place of use of sectorialized psychiatric services has a halo effect on non-sectorialized psychiatric services. The impact of sectorialization on the usage and access of services is therefore a complex phenomenon.