

Analyse descriptive des urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain

Descriptive analysis of psychiatric emergencies in the greater Montréal area

Luciano Bozzini, André-Pierre Contandriopoulos, Aimé Lebeau et Raynald Pineault

Volume 4, numéro 1, juin 1979

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030044ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030044ar>

[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

Bozzini, L., Contandriopoulos, A.-P., Lebeau, A. & Pineault, R. (1979). Analyse descriptive des urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain. *Santé mentale au Québec*, 4(1), 1–23.
<https://doi.org/10.7202/030044ar>

Résumé de l'article

Cet article résume la première partie d'une recherche descriptive sur les urgences psychiatriques dans la région métropolitaine de Montréal. Tout d'abord, nous exposons le contexte dans lequel se situe l'étude et les objectifs poursuivis ; dans un deuxième temps, nous effectuons une brève description des principaux aspects méthodologiques de la recherche. Dans un troisième temps, nous présentons les données relatives au nombre d'urgences psychiatriques et à la répartition de cette demande de soins selon les centres hospitaliers du Montréal métropolitain. Un second article traitera des principales caractéristiques de la clientèle psychiatrique qui requiert les ressources d'urgence : âge, sexe, état civil, catégories socio-professionnelles, types de détresse psychiatrique, profils d'utilisation antérieure, etc.

Analyse descriptive des urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain

Luciano Bozzini, André-Pierre Contandriopoulos,
Aïme Lebeau, Raynald Pineault (*)

Cet article résume la première partie d'une recherche descriptive sur les urgences psychiatriques dans la région métropolitaine de Montréal. Tout d'abord, nous exposons le contexte dans lequel se situe l'étude et les objectifs poursuivis; dans un deuxième temps, nous effectuons une brève description des principaux aspects méthodologiques de la recherche. Dans un troisième temps, nous présentons les données relatives au nombre d'urgences psychiatriques et à la répartition de cette demande de soins selon les centres hospitaliers du Montréal métropolitain.

Un second article traitera des principales caractéristiques de la clientèle psychiatrique qui requiert les ressources d'urgence: âge, sexe, état civil, catégories socio-professionnelles, types de détresse psychiatrique, profils d'utilisation antérieure, etc.

1,0 CONTEXTE DE L'ETUDE :

1,1 IDENTIFICATION DU PROBLEME :

Au Québec, le système hospitalier a été marqué par l'idéologie dominante de la société dans laquelle il s'est successivement inséré: soit religieuse (XIXe, début du XXe siècle), scientifique (à partir des années '40). La période actuelle (depuis les années '60) est surtout caractérisée

(*) Les auteurs sont nommés par ordre alphabétique; messieurs L. Bozzini, A.-P. Contandriopoulos, R. Pineault sont professeurs adjoints et A. Lebeau est agent de recherche au département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal. Cette étude a été subventionnée par le Ministère des Affaires sociales du Québec (projet no CT: 102-0 14).

par une perspective sociale qui se manifeste par la socialisation des services hospitaliers et de tous les services de santé. Plusieurs réformes orientèrent en ce sens l'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec (Adoption d'un plan d'assurance-hospitalisation, loi de l'assurance-maladie, loi sur les services de santé et les services sociaux). On observe, au cours de cette étape de l'évolution du système hospitalier, que l'hôpital devient le principal centre de distribution de soins médicaux (1). Ainsi, accompagnant le développement historique du système hospitalier de soins aux malades sur pied (dans le cadre des réformes politiques du système des services de santé), apparaît le problème d'accroissement de la demande au niveau des services hospitaliers de traitement ambulatoire et de soins d'urgence.

Les facteurs susceptibles d'expliquer cet accroissement de la demande sont, dans une large mesure, directement liés aux objectifs de socialisation : diffusion plus large des services médicaux, gratuité des soins, évaluation de la pratique médicale au cours de cette période et des comportements des utilisateurs par rapport aux ressources hospitalières, etc. De plus, cet accroissement de la demande est sans doute également attribuable à l'augmentation de la population et au phénomène d'urbanisation.

Les autorités concernées par la santé des citoyens ont donc eu, depuis quelques années, à faire face à un problème qui constitue un défi en soi : le système d'urgence médicale des hôpitaux généraux a dû répondre à l'augmentation sans précédent de la demande de services pour tous les problèmes de santé, entre autres les problèmes psychiatriques.

Ainsi, la région métropolitaine de Montréal, à partir des années soixante et plus particulièrement depuis le début de la présente décennie, a vu croître la demande de services aux cliniques d'urgence des centres hospitaliers métropolitains (2). De plus, parallèlement à ce phénomène d'augmentation de l'utilisation des salles d'urgence, on constate que les ressources des services d'urgence sont détournées de leur finalité première qui consiste à répondre aux véritables situations d'urgence (3). Les salles d'urgence sont souvent encombrées de patients, dont la majorité sont susceptibles de mobiliser leurs ressources, bien que leur état ne le nécessite pas vraiment.

Il y a lieu de croire en particulier que l'augmentation de la demande de services aux cliniques d'urgence est notable en ce qui a trait aux urgences "psychiatriques" (4). En effet, les statistiques canadiennes sur les admissions hospitalières pour problèmes psychiatriques témoignent, indirectement, d'une hausse probable des urgences psychiatriques. Ainsi, au Canada, l'évolution des premières admissions et des réadmissions psychiatriques (hospitalisations) de 1964 à 1974 montre que la fré-

quence de telles situations à doublé dans l'ensemble des institutions canadiennes au cours de cette période; l'augmentation est de 68,3% dans le cas des hôpitaux généraux et de 31,7% dans le cas des hôpitaux psychiatriques (5). Par ailleurs, selon des études canadiennes et américaines, la proportion des patients psychiatriques dont le cas nécessite l'hospitalisation varie entre 16% et 43% du total des patients psychiatriques qui se présentent aux salles d'urgence (6). Ainsi on peut penser que l'augmentation des cas d'hospitalisation est accompagnée d'une augmentation tout au moins comparable, voire même supérieure, de la demande de services psychiatriques aux salles d'urgence au cours de cette période.

Cette augmentation probable de la demande de soins psychiatriques d'urgence aurait pour conséquence de contribuer à l'encombrement des salles d'urgence. Bien que cette idée ait été maintes fois soutenue par les responsables des milieux concernés, aucune étude, jusqu'à présent, n'avait permis de préciser la fréquence des situations de détresse psychiatrique dans les salles d'urgence du Québec. Par ailleurs, une étude en ce sens faisait d'ores et déjà l'objet d'une des recommandations du rapport du C.S.S.M.M., afin de compléter l'analyse du système d'urgence médicale dans la région du Montréal métropolitain (7).

1,2 OBJECTIFS :

A partir de cette situation, le Ministère des Affaires sociales (section Planification) a confié à une équipe de recherche du département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal (8) le mandat de quantifier, d'une part le nombre d'urgences psychiatriques aux services d'urgence des centres hospitaliers du Montréal métropolitain, c'est-à-dire d'établir :

- 1, Combien de malades se présentent en état de "détresse psychiatrique" dans les salles d'urgence au cours d'une période de temps définie (24 heures, semaines, etc.)?
- 2, Quels centres hospitaliers fréquentent ces malades et dans quelle proportion (distribution)? -

d'autre part de décrire la clientèle psychiatrique qui a recours à ces services d'urgence, c'est-à-dire de préciser :

- 3, Quelles sont les principales caractéristiques socio-économiques de ces malades (âge, sexe, occupation, types de détresses, etc.)?
- 4, Quel est le profil de consommation de soins et de services sociaux de ces malades (consultations, hospitalisations précédentes, etc.) ?

2,0 DESCRIPTION DE LA RECHERCHE :

Pour répondre à ces questions, une étude a été réalisée dont on décrira succinctement ci-dessous les principaux aspects méthodologiques : la définition de l'objet d'étude; les services hospitaliers d'urgence étu-

diés; la collecte des informations; les sources d'informations utilisées et les données recueillies. Successivement, on présentera les données qui permettent de répondre aux deux premières questions ci-dessus.

2,1 DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE :

L'objet de la recherche est la détermination de la demande de soins psychiatriques d'urgence. La notion d'"urgence psychiatrique" peut avoir plusieurs définitions (9). Dans le cadre de cette étude, la définition de l'"urgence psychiatrique" a été prise dans son sens le plus large.

Le point de départ a été la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)" (10). Cette classification comprend les classes de diagnostics suivantes: psychoses, névroses, troubles de la personnalité (incluant alcoolisme, déviations sexuelles, pharmacodépendance) et divers problèmes que nous avons regroupés dans une catégorie distincte, à savoir: "troubles divers" (incluant troubles psychosomatiques, troubles transitoires situationnels, mésadaptation familiale et sociale, etc.). A cette classification ont été rajoutées, d'une part, deux catégories de problèmes non répertoriés par celle-ci: intoxications volontaires et tentatives de suicide - et d'autre part, deux catégories de diagnostics fréquemment utilisés en situation d'urgence psychiatrique: "dépression" et "anxiété", sans autre précision. La classification des urgences psychiatriques qui a été finalement retenue est la suivante :

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychoses associées à un problème organique (démence sénile et présénile, psychoses alcooliques, psychoses associées à d'autres affections cérébrales). 2. Psychoses non associées à un problème organique spécifique (schizophrénie, psychoses affectives, états délirants, autres psychoses). 3. Névrotes 4. Troubles de la personnalité (troubles spécifiques de la personnalité, déviations sexuelles, alcoolisme, pharmacodépendance). 5. Troubles divers (psychosomatiques, troubles transitoires situationnels, arriération mentale, mésadaptation familiale et sociale, etc.).
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Intoxications volontaires. 7. Dépressions. 8. Anxiété. 9. Tentatives de suicide.
	<ol style="list-style-type: none"> 10. Autres.

Cet outil de classification a été utilisé pour répertorier toutes les demandes de soins "psychiatriques" adressées directement aux services d'urgence des centres hospitaliers, indépendamment du type de professionnel de garde à l'urgence: psychiatre, omnipraticien ou résident (11).

Cette définition de l'urgence psychiatrique élimine systématiquement de l'étude les situations suivantes: les patients qui peuvent se présenter directement au département de psychiatrie des centres hospitaliers et les consultations psychiatriques demandées par les services internes de l'hôpital autre que le service d'urgence. Cette définition large de la notion d'urgence psychiatrique évite par contre de sous-représenter la demande de soins "psychiatriques" d'urgence en ne considérant pas, par exemple, certaines détresses psychologiques et sociales qui requièrent les services de l'urgence et qui sont prises en charge par le généraliste de l'urgence, les ressources psychiatriques de l'hôpital ou orientées vers les ressources psychiatriques d'un autre centre hospitalier.

En somme, la définition de l'urgence psychiatrique utilisée dans le cadre de cette recherche prend en considération toutes les demandes de soins psychiatriques d'urgence, à savoir: les détresses psychiatriques au sens classique et les détresses psychiatriques au sens large, c'est-à-dire les problèmes psychologiques et sociaux pour lesquels on requiert les ressources d'urgence.

2.2 LES SERVICES HOSPITALIERS D'URGENCE ETUDIÉS :

Afin d'estimer la demande totale de soins psychiatriques d'urgence pour l'ensemble de la région 6A et ensuite par centre hospitalier, l'étude de tous les centres hospitaliers de la région du Montréal métropolitain s'imposait. Ainsi, au départ, 31 hôpitaux généraux et psychiatriques du Montréal métropolitain (Région 6A), ont été considérés pour cette étude (12).

Parmi ceux-ci, 4 centres hospitaliers ont été éliminés de l'étude après que les responsables consultés (le directeur général et le directeur des services professionnels) aient indiqué que leur service d'urgence n'accepte de fait aucun patient ayant des problèmes de type psychiatrique (13); 3 autres centres s'occupent uniquement de psychiatrie infantile: l'Hôpital Sainte-Justine, The Montreal Children's Hospital et l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Des données sur l'urgence psychiatrique ont été recueillies dans ces trois institutions, mais, après examen, on a jugé préférable de ne pas les inclure dans ce rapport, étant donné la nature particulière de la psychiatrie infantile.

Montréal métropolitain compte donc 24 institutions susceptibles

d'accueillir une demande de soins psychiatriques d'urgence pour une clientèle adulte. Pour des raisons indépendantes de la volonté des chercheurs, les données de base n'ont pu être recueillies dans deux institutions: les hôpitaux Bellechasse et St-Michel. Cette lacune mineure n'a pas empêché que ces deux institutions soient incluses dans l'estimation de la demande totale de soins psychiatriques d'urgence du Montréal métropolitain (voir tableau 2). Ainsi des données ont été recueillies dans 22 institutions qui sont sans aucun doute représentatives de la situation pour toute la région. (La liste des hôpitaux considérés apparaît au tableau 2).

2,3 COLLECTE DES INFORMATIONS :

La collecte des informations a été faite par une analyse rétrospective d'un échantillon de dossiers médicaux dans 19 centres hospitaliers. Dans les 3 institutions restantes, l'inexistence de sources de référence adéquates a imposé une méthode d'observation prospective.

2,3,1 ETUDE RETROSPECTIVE :

La majeure partie de la recherche a été effectuée à partir d'une étude rétrospective d'un échantillon de la demande de soins en psychiatrie d'urgence selon des périodes-témoins échelonnées de juillet 1975 à mai 1976.

Dans la majorité des centres hospitaliers, des responsables désignés par l'hôpital ont effectué la liste de toutes les détresses psychiatriques vues à l'urgence au cours d'un certain nombre de périodes-témoins (voir note 14 pour plus de détails sur le choix des périodes d'observation) conformément à cette définition large de la notion d'urgence psychiatrique. Dans trois centres hospitaliers: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, The Montréal General Hospital et l'Hôpital Jean-Talon, des membres de l'équipe de recherche ont fait une liste des détresses psychiatriques à partir du diagnostic d'entrée inscrit au registre de l'urgence. (Nous discuterons à la section 3,2 de la validité des listes de détresses psychiatriques fournies par les institutions).

A cette fin, les sources de référence utilisées ont été les suivantes:

- Les registres de l'urgence qui contiennent les renseignements essentiels (le diagnostic de l'urgence, le nom du patient ou son numéro de dossier médical.) Source utilisée dans 7 centres hospitaliers.
- Les registres du département de psychiatrie dans lesquels sont inscrits d'une façon systématique, tous les patients psychiatriques de l'urgence. Source utilisée dans 8 centres hospitaliers.
- Une variété de sources de référence telles que le registre du bureau des infirmières et le fichier de la clinique externe, les fichiers du dé-

partement du service social et de l'unité de toxicologie, etc. Sources utilisées dans 4 centres hospitaliers.

2,3,2 ETUDE PROSPECTIVE :

L'absence des sources de référence mentionnées, ou des lacunes dans le mode d'enregistrement des patients psychiatriques vus à l'urgence, ont fait qu'il n'a pas été possible dans 3 centres hospitaliers de repérer les patients qui ont eu recours au service de l'urgence durant les périodes-témoins choisies. Il a été convenu avec ces institutions de relever systématiquement tous les cas d'urgence qui se présenteraient aux services d'urgence pendant une période de temps donnée. Ces dossiers ont ensuite été comptabilisés et dépouillés de la même manière que les dossiers relevés à l'aide de la méthode rétrospective (15).

2,4 SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES ET DONNEES RECUEILLIES :

Une étude détaillée des dossiers médicaux (16) des patients ayant eu recours aux services de l'urgence pour des problèmes psychiatriques durant les périodes-témoins a permis de recueillir les informations suivantes pour un échantillon de 2442 patients (17) :

- quantité d'urgences psychiatriques au cours d'une période de temps définie ;
- ventilation du nombre d'urgences psychiatriques selon les jours de la semaine et les périodes de la journée ;
- caractéristiques démographiques et socio-économiques (âge, sexe, état civil, nationalité, lieu de résidence, statut d'emploi au moment de l'urgence, catégories socio-professionnelles) ;
- type de détresse psychiatrique (diagnostics d'entrée et de sortie) ;
- profil de consommation antérieure de soins psychiatriques (implication psychiatriques antérieures, utilisation de ressources autres qu'hospitalières) ;
- intervention médicale en psychiatrie d'urgence (traitement à court terme et plan de traitement envisagé à plus long terme) ;
- caractéristiques particulières de l'urgence (description de la situation de crise, les comportements du patient).

3,0 ESTIMATION DU NOMBRE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES DANS LES SALLES D'URGENCE DU MONTREAL METROPOLITAIN :

3,1 NORMALISATION DES DONNEES ENREGISTREES SELON LES PERIODES D'OBSERVATION :

On a vu à la section précédente que les informations n'ont pu être enregistrées selon les mêmes périodes d'observation pour tous les centres hospitaliers étudiés. Dans 19 centres, le nombre de visites au service de l'urgence a été enregistré en fonction de 4 périodes-témoins d'observation au cours de 1975 et 1976.

Dans 3 centres par contre, il a été impossible de repérer les patients psychiatriques au cours des périodes prévues pour la recherche. Dans ces centres, les données ont été recueillies au cours des premiers mois de l'année 1977 à partir de périodes-témoins variables. A priori, les données enregistrées au cours de l'année 1977 ne sont pas comparables avec celles enregistrées au cours des périodes-témoins de 1975-1976, compte tenu de l'influence possible de variations saisonnières et d'une évolution temporelle dans le nombre d'urgences psychiatriques.

Par conséquent, avant de pouvoir extrapoler à la fois à partir des périodes-témoins de 1975-1976 et des périodes-témoins de 1977, deux contrôles préalables s'imposaient :

- 1) Est-ce que la fréquentation des salles d'urgence est significativement différente selon certaines périodes de l'année ?
- 2) Y a-t-il une augmentation ou une diminution significative des urgences psychiatriques durant la période couverte par la recherche ?

3,1,1 LE PHÉNOMÈNE DES VARIATIONS SAISONNIÈRES ET LA FRÉQUENTATION DES SALLES D'URGENCE :

La vérification d'éventuelles variations saisonnières a été effectuée à l'aide des statistiques 1975 et 1976 de l'urgence psychiatrique des institutions suivantes : Queen Elisabeth Hospital, Montreal General Hospital, Jewish Hospital, Lakeshore General Hospital, St-Mary's Hospital, l'Hôpital Saint-Luc, l'Hôpital Jean-Talon, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le Pavillon Albert-Prévost et l'Hôpital Fleury. Il s'agissait d'examiner si, dans toutes ces institutions et de façon systématique, le nombre d'urgences psychiatriques variait en fonction de certaines périodes de l'année. Si tel avait été le cas, on n'aurait pas pu, sans corrections, extrapoler à l'ensemble de l'année les données recueillies au cours des périodes-témoins sans le risque de biais.

Relativement à la possibilité de variations saisonnières systématiques une comparaison brute des données a permis de tirer les conclusions suivantes :

- Si on compare ces centres hospitaliers entre eux, pour l'année 1975, on ne retrouve pas une situation cohérente en faveur de l'hypothèse des variations saisonnières. En effet, certaines fluctuations à la hausse, à certaines périodes de l'année, dans tels centres hospitaliers, correspondent à des fluctuations à la baisse, pour des périodes équivalentes, dans tels autres centres hospitaliers, et vice versa.
- Si on compare ces centres hospitaliers entre eux, pour les années 1975 et 1976, on observe que certaines fluctuations au cours de

certaines périodes d'une année donnée se reproduisent d'une manière systématique pour des périodes équivalentes de l'année précédente et suivante. Toutefois, la situation inverse se réalise également, à savoir que certaines fluctuations ne se reproduisent pas d'une manière identique au cours des périodes équivalentes de l'année précédente et suivante.

En somme la superposition de l'ensemble des courbes, indiquent le nombre d'urgences psychiatriques à différentes périodes de l'année, ne montre pas de variation significative du niveau de la fréquentation des salles d'urgence pour des problèmes psychiatriques au cours de l'année.

Le nombre d'urgences psychiatriques dans la région montréalaise n'apparaît donc pas très différent d'une saison à l'autre. Ceci n'implique pas qu'il ait pas de variations saisonnières systématiques dans l'existence de certains types particuliers de problèmes psychiatriques (18), mais il semblerait que pour l'ensemble des détreesses dans un bassin de population assez large (Montréal métropolitain), ces éventuelles variations tendent à s'annuler. Par ailleurs les fluctuations observées à l'intérieur de chacun des centres hospitaliers peuvent refléter soit des variations aléatoires ou alors des caractéristiques particulières de la population desservie, des mouvements de patients à l'intérieur des bassins de population ou encore des modifications en termes d'organisation et de disponibilité des ressources psychiatriques.

3,1,2 L'AUGMENTATION OU LA DIMINUTION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ENTRE 1975 ET 1977 :

Le deuxième point à vérifier avant de passer à l'extrapolation des données recueillies concerne l'évolution temporelle du nombre d'urgences.

Le Tableau 1 ci-dessous, construit à partir des données fournies par le sous-ensemble d'institutions qui comptabilisent systématiquement les statistiques d'urgences psychiatriques, montre l'évolution du nombre total des urgences psychiatriques enregistrées par ces institutions entre 1975 et 1977.

TABLEAU I

TOTAL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ENREGISTRÉES PAR UN
SOUS-ENSEMBLE D'INSTITUTIONS ÉTUDIÉES (1975-1976-1977)

Institutions	Total des urgences psychiatriques			Différences en pourcentage (%)		
	1975	1976	1977*	1975-76	1976-77	1975-77
Fleury	935	918	1004	1,8	+ 8,6	+ 6,9
St-Mary's	1048	992	913	-5,3	-8,0	-12,9
Lakeshore General	583	567	501	-2,7	-11,6	-14,0
Jean-Talon	814	826	839	+1,4	+ 1,6	+ 3,0
Montreal General	2449	2419	2359	-1,2	-2,4	-3,6
Jewish General	1837	1790	1632	-2,5	-8,8	-11,6
TOTAL	7666	7512	7248	-2,0	-3,7	-5,5

* Estimé annuel des urgences psychiatriques à partir des 6 premiers mois de l'année 1977.

Comme on peut le voir dans ce tableau, le nombre de visites aux salles d'urgence, dans les hôpitaux considérés, diminue légèrement. Cette baisse est de 2,0% entre 1975-76, de 3,7% entre 1976-77, donc de 5,5% entre 1975 et 1977. Toutefois, cette tendance à la baisse n'est pas statistiquement significative dans l'ensemble de ces institutions sauf en ce qui concerne l'Hôpital Lakeshore General. Il est vrai qu'on ne peut inférer les résultats observés à l'ensemble des centres hospitaliers métropolitains: en effet, les institutions sur lesquelles des données étaient disponibles ne constituent pas un échantillon aléatoire de l'ensemble des institutions.

Par contre, ces centres hospitaliers reçoivent, comparativement aux données présentées au Tableau 2 ci-après, 31% de la totalité des urgences psychiatriques estimées annuellement dans la région métropolitaine de Montréal. On peut donc considérer les résultats de l'analyse de l'évolution quantitative des urgences psychiatriques dans ces centres hospitaliers comme indiquant une bonne probabilité qu'il n'y ait pas d'augmentation ou de diminution importante des urgences psychiatriques dans l'ensemble des institutions du Montréal métropolitain.

Ainsi, d'une part, le nombre d'urgences psychiatriques ne varie pas de manière significative au cours des différentes périodes de l'année et, d'autre part, il y a lieu de croire qu'il n'y a pas eu d'augmentation ou de diminution significative de la fréquentation des salles d'urgence pour des problèmes psychiatriques au cours des années 1975, 1976 et 1977.

Par conséquent, les observations enregistrées au cours de n'importe laquelle des périodes-témoins sélectionnées au cours de 1975, 1976 et 1977 sont directement utilisables afin d'estimer la quantité hebdomadaire et annuelle des urgences psychiatriques dans les salles d'urgence du Montréal métropolitain.

3,2 VALIDATION DES DONNEES RECUEILLIES :

La validation des données s'est effectuée en trois temps: premièrement, au niveau des sources de référence utilisées afin de repérer les détresses psychiatriques selon les périodes-témoins d'observation; deuxièmement, au niveau des listes de détresses psychiatriques fournies par les institutions et troisièmement, au niveau de l'estimation de la demande annuelle sur la base des données recueillies.

Cette validation des données recueillies dans chacune des institutions du Montréal métropolitain, a permis d'identifier et de contrôler les sources probables de biais de sorte que les données recueillies par échantillonnage procurent un tableau relativement fidèle de la demande de services psychiatriques d'urgence par la population du Montréal métropolitain (voir note 19 pour plus de détails sur le processus de validation).

3,3 ESTIMATION DU NOMBRE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES :

3,3,1 PRESENTATION DU TABLEAU SYNTHESE :

Le tableau suivant contient les informations statistiques relatives à la quantité d'urgences psychiatriques dans les salles d'urgence du Montréal métropolitain. Ces données sont :

- 1- Le nombre de semaines au cours des périodes d'observation;
- 2- Le nombre d'urgences psychiatriques enregistrées au cours de ces périodes;
- 3- L'estimation hebdomadaire du nombre d'urgences psychiatriques;
- 4- L'estimation annuelle du nombre d'urgences psychiatriques;
- 5- La fréquence relative (en pourcentage) du nombre d'urgences psychiatriques par institution par rapport à l'estimé total des urgences psychiatriques pour l'ensemble de la région;
- 6- La fréquence relative (en pourcentage) du nombre d'urgences psychiatriques par rapport au total des urgences pour chacune des institutions (20).

TABLEAU 2
INFORMATIONS STATISTIQUES CONCERNANT LES URGENCES
PSYCHIATRIQUES DANS LES SALLES D'URGENCE DU MONTREAL METROPOLITAIN

Identification du centre hospitalier	Nombre de semaines d'observation	Nombre d'urgences psychiatriques observées	Estimation hebdomadaire des urgences psychiatriques	Estimation annuelle des urgences psychiatriques (estimation hebd. x 52)	Fréquence relative (%) par rapport au total des urgences psychiatriques	Fréquence relative (%) par rapport au total des urgences dans chaque institution
1. L.-H. Lafontaine	4	303	75,75	3939	12,1	—
2. Montreal General	4	260	65,00	3380	10,3	7,6
3. P. Albert-Prévost	8	453	56,63	2945	9,0	4,0
4. Maisonneuve-Rosemont	4	211	52,80	2746	8,4	3,6
5. Notre-Dame	5	252	50,40	2621	8,0	6,2
6. Saint-Luc	8	335	41,85	2176	6,7	6,8
7. Royal Victoria	8	328	41,00	2132	6,5	3,7
8. Hôpital Fleury	8	299	37,38	1944(*)	5,9	3,5
9. Jewish Hospital	4	131	32,75	1703	5,2	3,1
10. Jean-Talon	8	201	25,10	1305	4,0	3,3
11. Hôtel-Dieu	8	191	23,87	1241	3,8	—
12. St-Mary's	8	180	22,44	1167	3,6	3,5
13. Douglas Hospital	4	89	22,25	1157	3,5	—
14. Queen Elizabeth	8	88	11,06	575	1,8	1,7
15. Santa Cabrini	8	85	10,60	553	1,7	0,9
16. Lakeshore General	8	84	10,50	546	1,7	1,5
17. Centre Hosp. Verdun	8	81	10,12	526	1,6	1,6
18. Reddy Memorial	8	70	8,71	453	1,4	2,4
19. Lachine General	8	67	8,38	436	1,3	1,1
20. Bellechasse (**)	—	—	—	321	1,0	0,7
21. Ste-Jeanne-d'Arc	8	42	5,23	272	0,8	1,0
22. Centre Hosp. LaSalle	4	19	4,75	247	0,8	0,5
23. St-Hichel (**)	—	—	—	209	0,6	0,7
24. Centre Hosp. Lachine	3	6	2,00	104	0,3	0,3
TOTAL		3775		32698	100,0	3,4 (***)

(*) Une faible utilisation du service de l'urgence par les patients psychiatriques, au cours des périodes-témoins, nous a amenés à prendre comme estimation de la quantité d'urgences psychiatriques annuelles, la moyenne des urgences psychiatriques annuelles (1975-1976-1977) selon les statistiques tenues par l'Hôpital Fleury. De plus, ces statistiques ont été complétées par une estimation du nombre d'urgences psychiatriques traitées par l'unité de toxicologie, soit en moyenne 339 cas par année (estimation effectuée sur la base d'une période de 23 mois d'observation en 1976-1977) ainsi que par une estimation du nombre d'urgences psychiatriques prises en charge uniquement par les omnipraticiens de garde, soit en moyenne 648 urgences par année. Le nombre d'urgences psychiatriques observées correspond à l'équivalent de l'estimation annuelle sur la base de 8 semaines.

- (**) Les données statistiques de base n'ont pu être recueillies pour ces centres hospitaliers. Le nombre des urgences psychiatriques a été obtenu en appliquant la proportion d'urgences psychiatriques du total de la demande de soins d'urgence dans les centres hospitaliers comparables à ceux-ci du point de vue du type de service d'urgence (service d'urgence générale sans département de psychiatrie), soit $\bar{x} = 0,7\%$.
- (***) La fréquence des urgences psychiatriques par rapport à la fréquence des urgences générales pour l'ensemble des institutions.

3,3,2 ANALYSE DE LA REPARTITION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES SELON LES CENTRES HOSPITALIERS :

Les colonnes 3 et 6 du Tableau 2 indiquent que la fréquence des urgences psychiatriques varie entre 2 et 76 visites hebdomadaires selon les services d'urgence étudiés. Les urgences psychiatriques constituent en moyenne, au cours de la période étudiée, 3,4% de la clientèle des salles d'urgence du Montréal métropolitain. La proportion des urgences psychiatriques par rapport aux urgences générales varié, selon les services d'urgence, entre 0,3% et 7,6%.

A partir de ces données, on constate que, quantitativement, les urgences psychiatriques constituent un faible pourcentage du total des urgences dans l'ensemble des services d'urgence du Montréal métropolitain. Dans les petites institutions, les urgences psychiatriques se situent autour de 1% du total des urgences, tandis que dans les grosses institutions, elles varient entre 2 et 4%, à l'exception du Montreal General Hospital (7,6%), de l'Hôpital Saint-Luc (6,8%) et de l'Hôpital Notre-Dame (6,2%).

La colonne 4 du Tableau 2 montre que la demande annuelle de services psychiatriques aux salles d'urgence du Montréal métropolitain varie selon les institutions entre 104 et 3,999 visites. A partir de cette donnée, le Tableau 3 ci-dessous donne la répartition des services d'urgence selon la quantité d'urgences psychiatriques.

TABLEAU 3

REPARTITION DES SERVICES D'URGENCE SELON LA
QUANTITE ANNUELLE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES

Nombre annuel d'urgences psy- chiatriques estimé	Nombre de services d'urgence	Fréquence relative en (%) du total des urgences psychia- triques
moins de 500	7	6,2
500 - 999	4	6,7
1000 - 1999	6	26,1
2000 et plus	7	61,0
T O T A L	24	100,0

Il ressort du Tableau 3 que :

- 7 services d'urgence accueillent chacun annuellement plus de 2000 urgences psychiatriques, 61,0% de la demande totale de services psychiatriques d'urgence dans la région métropolitaine de Montréal est répartie entre les 7 premières institutions mentionnées au Tableau 2.
- 13 services d'urgence accueillent chacun annuellement plus de 1000 urgences psychiatriques. Ainsi 87,1% de la demande totale de services psychiatriques d'urgence est répartie entre les 13 premières institutions.
- 11 services d'urgence accueillent annuellement moins de 1000 urgences psychiatriques. Ces 11 services d'urgence reçoivent 12,9% de la demande totale de services psychiatriques d'urgence.

Ce classement des institutions en termes de charge d'urgences psychiatriques, ne tient compte que du critère quantité d'urgences psychiatriques sans égard aux différences possibles dans les types de détresse psychiatrique et aux ressources éventuellement différentielles des institutions pour y répondre.

3,3,3 ANALYSE DE LA REPARTITION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES SELON LES TROIS TYPES DE SERVICE D'URGENCE :

Les 24 services d'urgence peuvent être classés en trois catégories (21) :

- services d'urgence à vocation exclusivement psychiatrique (3 hôpitaux) ;
- services d'urgence générale dans un hôpital ayant un département de psychiatrie (15 hôpitaux);
- services d'urgence générale dans un hôpital sans département de psychiatrie (6 hôpitaux).

TABLEAU 4

**REPARTITION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES
SELON LES TROIS TYPES DE SERVICE D'URGENCE**

Types de service d'urgence	Estimation annuelle des urgences psychiatriques	Fréquence relative en pourcentage (%)
A vocation exclusivement psychiatrique (3 hôpitaux)	8,041	24,6
Générale avec département de psychiatrie (15 hôpitaux)	22,787	69,7
Générale sans département de psychiatrie (6 hôpitaux)	1,870	5,7
T O T A L	32,698	100,0

Le Tableau 4 indique que 69,7% de la demande est assumée par les 15 services d'urgence générale avec département de psychiatrie. De plus, parmi ces 15 institutions, 89,6% de la demande est prise en charge par les 10 institutions suivantes: Montreal General Hospital, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Notre-Dame, Royal Victoria Hospital, l'Hôpital Saint-Luc, l'Hôpital Fleury, Jewish General Hospital, l'Hôpital Jean-Talon, l'Hôpital Hôtel-Dieu et St-Mary's Hospital. Autrement dit, si on ne tient pas compte des trois institutions à vocation exclusivement psychiatrique, 82,8% du total de la demande restante est prise en charge par les 10 plus grosses institutions alors que les 11 institutions restantes accueillent seulement 17,2% de cette demande.

**3,3,4 REPARTITION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES SELON LES
JOURS DE LA SEMAINE ET LES QUARTS DE TRAVAIL :**

L'étude de la répartition des visites aux salles d'urgence selon les jours de la semaine et les quarts de travail est une dimension importante du fonctionnement des services d'urgence.

L'affluence des patients en situation d'urgence psychiatrique dans les services d'urgence a été ventilée par périodes de la semaine (jours ouvrables, fin de semaine) et par quarts de travail (jour, soir, nuit).

Le Tableau 5 ci-dessous montre la répartition des urgences psychiatriques selon les jours de la semaine.

TABLEAU 5
COMPARAISON DE LA RÉPARTITION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET DES URGENCES GÉNÉRALES EN FONCTION DES JOURS DE LA SEMAINE

Jours de la semaine	Urgences psychiatriques %	Urgences générales (*) %
Lundi	14,5	17,2
Mardi	16,5	16,4
Mercredi	16,9	14,8
Jeudi	16,0	14,0
Vendredi	15,7	14,1
SOUS-TOTAL	79,6	76,5
Samedi	10,2	12,0
Dimanche	10,2	11,5
SOUS-TOTAL	20,4	23,5
T O T A L	100,0	100,0

(*) Source: Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain : *Système d'urgence médicale, Région 6A, Cahier 2*; Sources de renseignements, mai 1974. Les données du Tableau 5 sont tirées du Tableau 1.1 - Nombre réel des visites aux services d'urgence pendant la période de sondage selon les quarts de travail, p. 29.

Ce tableau montre que 79,6% des urgences psychiatriques sont accueillies du lundi au vendredi inclusivement. Les services d'urgence accueillent en fin de semaine 20,4% des urgences psychiatriques hebdomadaires. L'affluence des urgences psychiatriques est plus marquée en semaine qu'au cours de la fin de semaine. Une situation semblable quoique moins marquée est observée en ce qui concerne les urgences générales.

Si on fait abstraction de l'écart observé entre les périodes de la semaine (jours ouvrables, fin de semaine), il est intéressant de retenir de ce tableau que le lundi est, en ce qui concerne les urgences psychiatriques, une journée de la semaine légèrement moins achalandée, situation différente comparativement aux urgences générales. En effet, selon l'étude réalisée par le Conseil de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain, le lundi apparaît être une journée de pointe de la semaine dans les 9 centres hospitaliers sélectionnés pour ce sondage (22).

Le Tableau 6 ci-dessous décrit les variations dans la fréquentation des services d'urgence selon les périodes de la semaine et les quarts de travail.

TABLEAU 6

COMPARAISON DE LA REPARTITION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET DES URGENCES GENERALES EN FONCTION DE L'HEURE D'ARRIVEE DES PATIENTS ET DES PERIODES DE LA SEMAINE

HEURE D'ARRIVEE DES MALADES

Période de la semaine	00:00-07:59 nuit %		08:00-15:59 jour %		16:00-23:59 soir %		TOTAL %	
	Urgences psychiatriques	Urgences générales	Urgences psychiatriques	Urgences générales	Urgences psychiatriques	Urgences générales	Urgences psychiatriques	Urgences générales
Pourcentage de visites selon l'horaire: du lundi au vend.	14,8	8,8	45,6	53,6	39,6	37,6	100,0	100,0
Le samedi et le dimanche	23,1	13,7	35,3	44,7	41,6	41,6	100,0	100,0
TOTAL	16,6	10,0	43,4	51,5	40,0	38,5	100,0	100,0
Pourcentage de visites selon les périodes de la semaine: du lundi au vendredi	70,8	67,6	83,0	79,6	78,2	74,6	79,0	76,5
Le samedi et le dimanche	29,2	32,4	17,0	20,4	21,8	25,4	21,0	23,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de Montréal métropolitain, *Système d'urgence médicale (Région 6A)*, rapport d'étape, mai 1974, p. 56, (tableau 1-23).

On voit dans la partie supérieure du Tableau 6 qu'il y a plus d'urgences psychiatriques la nuit (16,6% vs. 10,0%) et moins d'urgences psychiatriques le jour par rapport aux urgences générales alors qu'il y a relative-

ment la même proportion d'urgences psychiatriques et d'urgences générales le soir. Cela est vrai à la fois la fin de semaine et pour les jours ouvrables.

Dans la partie inférieure du tableau, on peut lire comment se répartit la distribution par périodes de semaine des urgences psychiatriques et générales, selon les différents quarts de travail. A la fois pour les urgences générales comme pour les urgences psychiatriques, leur proportion pendant la fin de semaine est à son maximum la nuit et à son minimum le jour.

RECAPITULATION :

L'analyse quantitative de la demande de services psychiatriques d'urgence dans la région métropolitaine de Montréal a permis de mettre en évidence les faits suivants :

- L'examen de tendances concernant les variations saisonnières de la demande de services psychiatriques aux salles d'urgence du Montréal métropolitain montre qu'au total, additionné sur l'ensemble des institutions, le nombre d'urgences psychiatriques dans la région montréalaise ne varie pas de manière significative d'une saison à l'autre. Ceci n'implique pas qu'il n'y ait pas de variations saisonnières dans l'existence de certains types particuliers de problèmes psychiatriques, mais il semblerait que pour l'ensemble des détreesses dans un bassin de population assez large (Montréal métropolitain), ces éventuelles variations tendent à s'annuler.
- L'examen de tendances concernant l'évolution quantitative des urgences psychiatriques montre qu'il n'y a pas d'augmentation ou de diminution importante des urgences psychiatriques, dans l'ensemble des institutions, au cours des années 1975, 1976 et 1977.
- L'estimation annuelle de la demande totale effectuée à partir des données recueillies permet d'établir que les urgences psychiatriques ne représentent en moyenne, au cours de la période étudiée, que 3,4% de la clientèle des salles d'urgence (32,698 demandes de services psychiatriques). La proportion des urgences psychiatriques par rapport à l'ensemble des urgences générales varie, selon les services d'urgence, entre 0,3% et 7,6%.
- L'analyse de la distribution de cette demande de services psychiatriques selon les institutions, montre une répartition inégale de la quantité annuelle d'urgences psychiatriques selon les institutions: les 15 services d'urgence générale avec département de psychiatrie se partagent 69,7% de la demande totale de services psychiatriques d'urgence; les 3 services d'urgence à vocation exclusivement psychiatrique et les 6 services d'urgence sans département de psychiatrie se partagent respectivement 24,6% et 5,7% de la demande totale. Si on exclut les 3 institutions à vocation psychiatrique, 82,8% de la demande restante est prise en charge par les

10 plus grosses institutions alors que les 11 institutions restantes se partagent seulement 17,2% de cette demande restante.

- L'analyse de la répartition de la demande selon les jours de la semaine et les quarts de travail montre que :
 - le pourcentage d'urgences psychiatriques en fin de semaine est nettement inférieur à celui des jours ouvrables (cet écart est plus prononcé que dans le cas des urgences générales).
 - les services d'urgences accueillent 16,6% des urgences psychiatriques pendant le quart de nuit; les quarts de travail du jour et du soir reçoivent respectivement 43,4% et 40,0% de la demande hebdomadaire.
 - par rapport aux urgences générales, il y a proportionnellement plus d'urgences psychiatriques la nuit (16,6% vs. 10,0%) mais proportionnellement moins pendant le quart de jour.
 - la proportion d'urgences psychiatriques de fin de semaine est à son maximum pendant le quart de nuit et à son minimum pendant le quart de jour ce qui correspond également à la situation des urgences générales.

(à suivre)

NOTES ET REFERENCES

- 1- "Depuis le début des années '60 plus particulièrement depuis l'instauration du régime d'assurance-hospitalisation, nous sommes entrés, au Québec, dans l'époque dite "sociale" où l'hôpital est devenu le centre de santé de la collectivité et se consacre non seulement à l'amélioration de la qualité des soins mais aussi à une distribution plus vaste et plus équitable de ces soins à tous les citoyens". Rapport du Comité d'étude sur les services de consultations externes et des urgences de la région de Montréal, M.A.S., Québec, Décembre 1971, p. 5.
- 2- Selon le rapport du projet CLINEX (M.A.S.) de 1963 à 1973, le nombre de visites aux services d'urgence a quintuplé au Québec. De 1969 à 1973 la hausse des visites aux services d'urgence a été de 108,6%.
- 3- Selon l'étude réalisée par le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain: *Système d'urgence médicale (Région 6A)* (rapport synthèse et rapport d'étape), mai 1974, l'état de 66,2% des malades se présentant aux salles d'urgence n'est pas jugé urgent.
- 4- Dans le cadre de cette recherche sont considérées comme urgences psychiatriques tous les cas psychiatriques proprement dit (psychoses, névroses, etc.), mais également une série de phénomènes d'urgence débordant les limites traditionnelles du psychiatrique tels que: alcoolisme, intoxications volontaires, insomnies, etc.
- 5- A partir des données générales concernant les hôpitaux publics pour maladies mentales et quartiers psychiatriques publics, tirées de Statistique Canada, en 1964 il y avait 45,128 cas de première admission et de réadmission pour l'ensemble des institutions alors qu'en 1974 il y avait 89,061 cas, soit une agumentation de 59,3%. Les hôpitaux publics pour malades psychiatriques ont reçu 27,090 cas en 1964 comparative- ment à 32,099 cas en 1974, soit 31,7% d'augmentation. Les quartiers psychiatriques publics ont reçu 18,048 cas en 1964 comparativement à 56,962 cas en 1974, soit 68,3% d'augmentation.

- 6- James H. Brown et al., "Emergency Services - Psychiatric Emergencies in the General Hospital. A Review," *Canadian Psychiatric Association Journal*, Vol. 16, 1971, p. 107.
- 7- Les "détresses psychiatriques" dans la région de Montréal métropolitain semblent faire problème. Ce phénomène a été établi, entre autres, par le rapport du CSSSMM (rapport Deschênes) dont la recommandation 2,03 se lit comme suit: "qu'une étude particulière des détresses psychiatriques apporte un supplément de renseignements pour quantifier et qualifier l'offre et la demande de soins psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain."
- 8- L. Bozzini, A.-P. Contandriopoulos, A. Lebeau, R. Pineault, *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain* (Analyse descriptive), M.A.S., Québec, septembre 1978, 258 p.
- 9- Selon l'étude de Glasscote, R.M. et al., "The Psychiatric Emergency", *American Psychiatric Association*, Washington, 1966 - sur 154 services d'urgence interrogés, 20 seulement se sentaient en mesure de définir l'urgence psychiatrique et ne fournissaient ainsi pas moins de 14 définitions différentes.
- 10- L.C. Kolb, *Modern Clinical Psychiatry*, 8ème édition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, London-Toronto, 1973, (pp. 173-176 inclusivement).
- 11- Cette définition de l'"urgence psychiatrique" ainsi que le modèle de classification ont été élaborés lors d'un pré-test effectué dans trois centres hospitaliers: l'Hôpital Royal-Victoria, le Pavillon Albert-Prévost et l'Hôpital Fleury. Au cours de ce pré-test, on a également procédé à une évaluation des dossiers de l'urgence et des divers documents du dossier médical et le nombre minimum de semaines d'observation a été fixé.
- 12- Par définition, les hôpitaux privés et publics pour malades chroniques, convalescents et contagieux, ainsi que les centres spécialisés en cardiologie, réadaptation, gynécologie, gériatrie, neurologie, esthétique, etc., ne sont pas concernés par cette étude.
- 13- En effet: le centre hospitalier de Rosemont ne possède pas de service d'urgence; le centre hospitalier Marie-Enfant a une vocation particulière, soit de traiter les enfants et adolescents en réadaptation pour handicaps physiques; les médecins de l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur dirigent systématiquement toutes les demandes de soins en psychiatrie vers le Pavillon Albert-Prévost; le centre hospitalier Notre-Dame-de-l'Espérance est situé à proximité du Pavillon Albert-Prévost et près d'un sous-secteur desservi par cette institution et par conséquent, son service d'urgence reçoit rarement des demandes en soins psychiatriques.
- 14- Ainsi, afin d'avoir une vue suffisamment large de la demande de soins en psychiatrie d'urgence dans ces 19 centres, tous les cas qui se sont présentés aux services d'urgence pendant les 4 périodes-témoins suivantes furent recensés: (1) du 15 au 21 juillet 1975; (2) du 1er au 7 octobre 1975; (3) du 1er au 7 janvier 1976; (4) du 15 au 21 mai 1976. Ces 4 périodes-témoins ont été sélectionnées à partir des critères suivants: avoir suffisamment d'observations; tenir compte d'éventuelles variations saisonnières; tenir compte à la fois des périodes de vacances et d'activités. On pensait au départ qu'il serait souhaitable, pour les analyses prévues, d'avoir au moins 25 observations par semaine par centre hospitalier pour un total d'environ 100 observations au minimum par centre hospitalier, (4 périodes x 25). En effet, un échantillon de 10 observations par institution était un minimum dans la mesure où des analyses spécifiques pour une institution donnée (par exemple, type de détresse ou type de clientèle) auraient été par la suite souhaitables. Ces 4 périodes de base ont été prolongées chacune d'une semaine lorsque la première période d'observation choisie comportait moins de 25 cas d'urgences psychiatriques. Malgré cette stratégie, on voit au Tableau 2 que pour les moyennes et petites institutions, 8 semaines d'observation ne permettaient même pas d'atteindre le chiffre 100.
- 15- La cueillette des données dans les 3 institutions où une analyse prospective s'est imposée, a été effectuée durant le premier trimestre de 1977. Ces périodes-témoins d'observation ont été :

- Hôpital Notre-Dame (du 31 janvier au 6 février 1977)
- Centre Hospitalier LaSalle (du 6 février au 22 février 1977 et du 9 mars au 22 mars 1977)
- Centre Hospitalier Lachine (du 1er au 23 mars 1977).

Dans le cas de l'Hôpital Notre-Dame, un relevé supplémentaire des urgences psychiatriques du 21 janvier au 21 février 1978 a été ultérieurement mis à notre disposition par le département de psychiatrie. Ceci a permis d'estimer la demande de soins psychiatriques sur la base de données recueillies à partir d'une plus longue période de temps.

- 16— Les sources d'informations utilisées au cours de cette étape de la recherche sont les principaux documents constituant le dossier médical du patient: formule d'inscription AH-85 ou autres formules propres aux différents hôpitaux; observations du médecin; observations de l'infirmière; histoire psychiatrique; rapports de l'extérieur; rapports du service social; ordonnances médicales, etc. L'analyse de l'ensemble des dossiers a permis de recueillir des informations uniformes pour l'ensemble des centres hospitaliers étudiés, et de corriger les éventuelles lacunes ou erreurs survenues au moment de l'enregistrement du patient au service de l'urgence.
- 17— Au cours de cette étape, deux échantillons de dossiers psychiatriques ont été constitués: un échantillon de dossiers d'urgences psychiatriques en vue de l'estimation annuelle de la demande pour chacune des institutions et pour l'ensemble des points de service d'urgence, soit 3,775 dossiers; le second échantillon constitué des dossiers qui ont pu être dépouillés en vue de répondre aux questions relatives à la clientèle psychiatrique et au traitement de la demande, soit 2,442 dossiers. Le nombre de dossiers médicaux dépouillés ne correspond pas dans tous les centres hospitaliers au nombre d'urgences psychiatriques. En effet, certains dossiers n'ont pu être consultés (des dossiers introuvables et certains dossiers en circulation); de plus, lors des vérifications ultérieures (étape de validation des données) le décompte du nombre d'urgences a pu être augmenté, sans pour cela qu'une analyse des dossiers médicaux manquants ait pu être effectuée.
- 18— En effet, des études ont démontré l'influence des conditions météorologiques et climatiques sur certaines maladies mentales telles que les suicides et les tentatives de suicide, la schizophrénie, l'épilepsie, les migraines et les problèmes du système respiratoire d'origine psychosomatique tel que l'asthme. Voir, entre autres, *Environmental Medicine*, edited by G. Melvyn Howe and John A. Loraine, Williams Heinemann Medical Books Limited, London 1973, pp. 93-98.
- 19— a) Au niveau des sources de référence, une des causes d'erreurs, quand à l'application de la définition de l'urgence psychiatrique au sens large utilisée dans la recherche surtout en ce qui concerne certaines périodes de la journée (le soir, la nuit) et la fin de semaine, était liée à l'utilisation du registre du département de psychiatrie afin de constituer les listes de détresses psychiatriques. Dans 8 centres hospitaliers, cet instrument de référence était l'unique source adéquate afin de repérer les détresses psychiatriques. Toutefois, certaines détresses psychiatriques prises en charge uniquement par les omnipraticiens de garde n'apparaissent pas au registre du département de psychiatrie — ces huit centres hospitaliers représentent 25,6% de la demande totale estimée annuellement dans l'ensemble des points de service d'urgence du Montréal métropolitain (avant correction quant aux détresses psychiatriques prises en charge par les omnipraticiens de garde à ces services d'urgence) —
- Une estimation du biais introduit en utilisant le registre du département de psychiatrie a été effectuée par l'analyse de tous les dossiers de l'urgence au cours d'une semaine-type à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Ces centres hospitaliers représentent près de la moitié de la demande en soins psychiatriques d'urgence estimée annuellement dans l'ensemble de ces 8 centres hospitaliers. Cette démarche a permis d'établir que les omnipraticiens de l'Hôpital Fleury et ceux de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont traitent respectivement 33,3% et 19,5% de la de-

mande annuelle de soins psychiatriques estimée dans chacune de ces institutions, soit une moyenne de 26,4%. Cette moyenne a été appliquée aux six autres institutions afin de corriger l'estimation de la demande annuelle respective de soins psychiatriques d'urgence.

Le biais introduit, suite à l'utilisation du registre du département de psychiatrie, n'est apparemment pas d'après les dossiers étudiés à Fleury et Maisonneuve-Rosemont limité à certains types de détresse psychiatrique. En d'autres mots: l'éventail de détresses vu uniquement par les omnipraticiens est relativement large et n'est pas limité à des détresses "légères" telles que "anxiété", insomnies, etc. De sorte qu'on peut considérer que la structure d'ensemble des diagnostics obtenue par l'échantillon de dossiers dépouillés n'aurait pas été sensiblement modifiée par le dépouillement et l'adjonction de tous les dossiers vus uniquement par les omnipraticiens (ce qui était du reste pratiquement irréalisable). De plus, il n'y a pas de raisons de croire que les relations entre les différentes variables indépendantes et dépendantes et les types de détresse (prochain article) aient été biaisées par de légères distorsions dans la structure d'ensemble de diagnostics.

b) Au niveau des listes de détresses psychiatriques, une source probable d'erreurs était liée à la participation nécessaire du personnel désigné dans chacune des institutions, d'une part afin de constituer les listes de détresses psychiatriques d'une manière exhaustive, d'autre part afin de préparer les dossiers médicaux à analyser conformément à ces listes de détresses psychiatriques. Plusieurs contrôles ont été effectués à ce niveau. Ces contrôles ont permis de corriger effectivement certaines lacunes ou erreurs, surtout en ce qui concerne la liste des détresses psychiatriques.

c) Une troisième démarche de validation a consisté à comparer l'estimation de la demande de soins psychiatriques d'urgence pour chacune des institutions à partir des données recueillies par échantillonnage avec les statistiques annuelles des urgences psychiatriques tenues par un sous-ensemble d'institutions. Cette comparaison montre que l'estimation de la demande de soins psychiatriques d'urgence effectuée à partir des données recueillies au cours des périodes-témoins d'observation correspond, à quelques variations près, aux statistiques de ce sous-ensemble d'institutions. Par inférence donc, on peut considérer que l'estimation de la demande pour l'ensemble du Montréal métropolitain correspond assez bien à la réalité.

- 20— Cette donnée est calculée à partir de l'estimation du nombre d'urgences psychiatriques comparativement au nombre d'urgences générales enregistrées au cours d'une période équivalente, soit de juillet 1975 à juin 1976 (inclusivement).
- 21— Le premier type — Service d'urgence à vocation exclusivement psychiatrique — comprend les 3 institutions suivantes: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le Pavillon Albert-Prévost, Douglas Hospital. Le deuxième type — Service d'urgence générale avec un département de psychiatrie — comprend 15 centres hospitaliers, Ex.: (l'Hôpital Montreal General, l'Hôpital Saint-Luc, l'Hôpital Fleury, etc.). Le troisième type — Service d'urgence générale sans département de psychiatrie — comprend les 6 centres hospitaliers suivants: Lachine General Hospital, Centre Hospitalier Lachine, Centre Hospitalier LaSalle, l'Hôpital Santa Cabrini, l'Hôpital Bellechasse, l'Hôpital St-Michel.
- 22— Le sondage a été réalisé pendant l'été 1973 auprès de 9 hôpitaux disséminés un peu partout dans la région 6A. Les données ont été recueillies de la façon suivante: on a enregistré le nombre total de clients se présentant au service d'urgence de chacun de ces 9 hôpitaux au cours d'une période de 9 jours consécutifs (incluant 2 fins de semaine). 12,171 visites ont ainsi été ventilées par jour de la semaine et par quart de travail.

SUMMARY :

In september 1978, a research team from the Department of Health Administration of the University of Montreal, completed a research study on psychiatric emergencies financed by the Planning section of Quebec's Ministry of Social Affairs. The purpose of this research was on the one hand, to measure the importance of psychiatric problems in the emergency services of hospital centers in Montreal's metropolitan region (22 institutions) and, on the other hand, to describe the characteristics of patients who have access to these emergency services for the purpose of psychiatric treatment.

This article summarizes the first section of this research study. Firstly, the authors explain the problem underlying the study, as well as the objectives pursued. Subsequently, a brief description of the research is made, according to its major methodological features. Finally, in the third section, data relative to the number of psychiatric emergencies and to the distribution of this care demand in Montreal's hospital centers, are presented.

A second article will deal with the main characteristics of the psychiatric clientele requiring emergency resources i.e. age, sex, marital status, socio-professional categories, types of emotional distress, profiles of past-utilization of services (etc.).