

Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence dans la région du Montréal métropolitain

Frequent consumers of emergency psychiatric services in metropolitan Montréal area

Aimé Lebeau

Volume 7, numéro 1, juin 1982

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030125ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030125ar>

[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

Lebeau, A. (1982). Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence dans la région du Montréal métropolitain. *Santé mentale au Québec*, 7(1), 57-74. <https://doi.org/10.7202/030125ar>

Résumé de l'article

La présente étude s'inscrit en continuité avec une étude descriptive antérieure portant sur les détrences psychiatriques de la région métropolitaine de Montréal. Cette dernière a montré qu'il y a un taux élevé de réutilisation des services d'urgence par les personnes ayant eu ou ayant encore des problèmes importants de santé mentale.

Ce phénomène est étudié dans le but de a) décrire l'incidence de celui-ci dans la région socio-santitaire 6A et de b) démontrer que, du point de vue des caractéristiques socio-psychiatriques d'un groupe-cible de patients, on présuppose certains facteurs déterminants dans la réutilisation.

L'analyse d'un recueil d'informations socio-démographiques et cliniques, basé sur un échantillon de 1 259 patients réutilisateurs des ressources d'urgence, a permis d'atteindre ces objectifs. Une telle analyse a fourni d'une part un certain nombre de données factuelles pour décrire les types de profil de réutilisation et identifier les groupes de patients concernés par la persistance des utilisations dans le temps. D'autre part, le schéma conceptuel proposé vise à situer les divers facteurs impliqués et il contribue à faire ressortir/mettre de l'avant une perspective qui considérerait la dynamique des diverses composantes de la réutilisation (modèle général).

Notre hypothèse à l'effet que les variables socio-démographiques et cliniques, propres au profil socio-psychiatrique des patients connus du réseau public, n'expliquent qu'une faible proportion de la réutilisation de l'urgence est confirmée. Cette conclusion majeure de l'étude suggère que les autres champs de détermination, notamment le fonctionnement de notre système de distribution de soins (la continuité des soins, le suivi, les philosophies d'intervention dans le cadre des services non institutionnels) et les difficultés de réinsertion de la personne «psychiatrique» (tolérance de la communauté), seraient des facteurs plus déterminants dans la réutilisation.

La discussion amorcée suggère des voies d'avenir pour ce qui est de la nécessité de développer une problématique générale : le phénomène de réutilisation serait à la fois la conséquence de l'interdépendance entre le système de distribution de soins et le patient et le résultat d'interdépendance entre cette personne, sa maladie et son milieu social.

LES GRANDS UTILISATEURS DES SERVICES PSYCHIATRIQUES D'URGENCE DANS LA RÉGION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

*Aimé Lebeau**

La présente étude s'inscrit en continuité avec une étude descriptive antérieure portant sur les détresses psychiatriques de la région métropolitaine de Montréal. Cette dernière a montré qu'il y a un taux élevé de réutilisation des services d'urgence par les personnes ayant eu ou ayant encore des problèmes importants de santé mentale.

Ce phénomène est étudié dans le but de a) décrire l'incidence de celui-ci dans la région socio-sanitaire 6A et de b) démontrer que, du point de vue des caractéristiques socio-psychiatriques d'un groupe-cible de patients, on présuppose certains facteurs déterminants dans la réutilisation.

L'analyse d'un recueil d'informations socio-démographiques et cliniques, basé sur un échantillon de 1 259 patients réutilisateurs des ressources d'urgence, a permis d'atteindre ces objectifs. Une telle analyse a fourni d'une part un certain nombre de données factuelles pour décrire les types de profil de réutilisation et identifier les groupes de patients concernés par la persistance des utilisations dans le temps. D'autre part, le schéma conceptuel proposé vise à situer les divers facteurs impliqués et il contribue à faire ressortir/mettre de l'avant une perspective qui considérerait la dynamique des diverses composantes de la réutilisation (modèle général).

Notre hypothèse à l'effet que les variables socio-démographiques et cliniques, propres au profil socio-psychiatrique des patients connus du réseau public, n'expliquent qu'une faible proportion de la réutilisation de l'urgence est confirmée. Cette conclusion majeure de l'étude suggère que les autres champs de détermination, notamment le fonctionnement de notre système de distribution de soins (la continuité des soins, le suivi, les philosophies d'intervention dans le cadre des services non institutionnels) et les difficultés de réinsertion de la personne «psychiatrique» (tolérance de la communauté), seraient des facteurs plus déterminants dans la réutilisation.

La discussion amorcée suggère des voies d'avenir pour ce qui est de la nécessité de développer une problématique générale : le phénomène de réutilisation serait à la fois la conséquence de l'interdépendance entre le système de distribution de soins et le patient et le résultat d'interdépendance entre cette personne, sa maladie et son milieu social.

Cet article se veut être une contribution aux efforts de réflexion critique sur notre système de services psychiatriques. Cette contribution s'appuie sur une étude exploratoire portant sur un des aspects du système à savoir la réutilisation des services d'urgence des centres hospitaliers par des patients du réseau public. Il s'agit tout particulièrement de personnes susceptibles de vivre des situations de détresse psychiatrique et qui, de leur propre initiative ou par le biais de médiateurs, ne

semblent pas avoir d'autres recours (à court terme) que de s'adresser directement aux services d'urgence.

Dans la première partie, après avoir exposé la problématique et décrit les objectifs de l'étude, nous présentons brièvement le cadre conceptuel et formulons l'hypothèse de recherche. Puis, nous décrivons la stratégie d'analyse et présentons la méthode utilisée pour vérifier notre hypothèse.

Dans la deuxième partie, après avoir exposé les données de l'étude, nous formulons pour fins de discussion ce qui nous paraît être les principaux déterminants de la réutilisation. Nous retournons ainsi au schéma conceptuel déjà esquissé, afin de préciser davantage les composantes communautaires de la réutilisation et de suggérer des pistes d'exploration subséquente.

* L'auteur est agent de recherche au Département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS) – . Cet article s'inspire de son mémoire de Maîtrise en sociologie subventionné par une bourse du Conseil de la Recherche en Santé du Québec (CRSQ).

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Le présent article traite de l'un des faits importants ressortant d'une étude descriptive plus vaste, faite en 1979¹, sur les dépresses psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain. En effet, cette dernière a notamment permis de montrer que, parmi les bénéficiaires des services psychiatriques d'urgence, 65,8% d'entre eux ont déjà reçu des soins psychiatriques, 40,9% ont déjà été hospitalisés et 24,9% ont eu précédemment des traitements ambulatoires.

Ce phénomène de la réutilisation des ressources d'urgence est défini comme une demande d'aide ou d'assistance auprès des unités d'urgence par une personne ayant déjà eu recours au réseau public de soins psychiatriques.

De plus en plus, nous prenons conscience de l'importance du système social dans lequel la maladie mentale se développe et se maintient. En ce sens, le phénomène trouverait son origine dans les interactions qui lient le malade avec divers contextes sociaux (famille, milieu de travail, environnement communautaire, etc.) ainsi qu'avec le système de soins psychiatriques (philosophies de traitement, organisation des soins, etc.).

D'une manière générale, la réutilisation peut être un bon indicateur du fonctionnement de notre système de santé et de son efficacité à distribuer des soins aux patients chroniques. De ce point de vue, la réutilisation s'insère dans une perspective plus globale : le rôle social de la ressource d'urgence, sa dynamique par rapport aux autres ressources socio-sanitaires disponibles et les conditions sociales du demandeur (incluant ses interactions avec le sous-système de soins concerné) sont des composantes du processus de reproduction de la demande de soins.

Le phénomène de la réutilisation de l'urgence peut indiquer que le système actuel des soins psychiatriques semble incapable de produire chez les patients qui récidivent, les effets psychosociaux favorables à leur adaptation à plus long terme. Mais nous pouvons également déduire que c'est peut-être dans la nature même de certaines maladies mentales d'être cycliques (ex. psychoses maniaco-dépressives), soit de passer successivement d'un état de crise latente à un état de crise manifeste. Bien que l'état de crise proprement dit puisse

être retardé par le support des ressources communautaires spécialisées (équipe de secteur, centre de jour, etc.) de concert avec les ressources du milieu immédiat (famille, travail, etc.), il serait à plus ou moins long terme, inévitable.

De plus, la signification sociale de la réutilisation des ressources de l'urgence est intimement liée au contexte de transformation du système de soins psychiatriques. Si on considère seulement les efforts en vue de décentraliser l'hôpital psychiatrique traditionnel (l'asile) en intégrant ainsi les services psychiatriques à l'hôpital général (création des départements de psychiatrie) et de développer une nouvelle psychiatrie dite communautaire, on peut même qualifier ces changements de majeurs.

Tel que souligné par Woogh et ses collaborateurs (1977) ainsi que par Zusman (1970), une des conséquences de ces changements a entraîné l'apparition d'un phénomène nouveau, à savoir les réadmissions multiples observées chez plusieurs patients et ce, à cause précisément de la réduction des hospitalisations à long terme. Bien que ce phénomène soit moins préjudiciable que l'internement (pratique asilaire), il ne faut pas pour autant négliger les conditions dans lesquelles se trouve maintenant le patient «psychiatrique».

L'étude dont s'inspire le présent article est plutôt exploratoire, c'est-à-dire qu'elle définit le problème dans ses dimensions, décrit la clientèle, propose des avenues de recherche, etc. Mais, il ne s'agit pas uniquement d'une étude exploratoire : en effet, une revue de la littérature sur la récurrence/réadmission nous amène à vérifier la justesse d'un certain nombre d'hypothèses reliées au profil socio-psychiatrique. Ce dernier se compose de deux groupes de variables : les variables socio-démographiques (sexe, âge, état civil, statut d'emploi, catégories socio-professionnelles), et les variables cliniques (classes de diagnostic, proportion d'hospitalisation, durée moyenne de séjour en établissement, proportion d'utilisation des services selon les types d'établissements². Plus précisément, les objectifs de l'étude sont de :

- décrire l'incidence du phénomène de la réutilisation des services d'urgence dans la région du Montréal métropolitain ;
- faire ressortir certains des facteurs qui, du point de vue des caractéristiques socio-psychiatriques

d'un groupe-cible de patients, sont présupposés déterminant du phénomène.

À court terme, les objectifs de l'étude visent à vérifier la pertinence de notre schéma explicatif de la réutilisation des soins d'urgence. À plus long terme, ils visent à fournir des indications de base

pour une planification des soins et pour d'éventuelles applications relatives à l'identification des patients «psychiatriques», ceux-là qui présentent les risques de réutilisation les plus élevés ou les plus faibles, d'où la possibilité de modifier ou d'instaurer entre autres des programmes appropriés.

FIGURE 1

Schéma conceptuel du système de soins psychiatriques

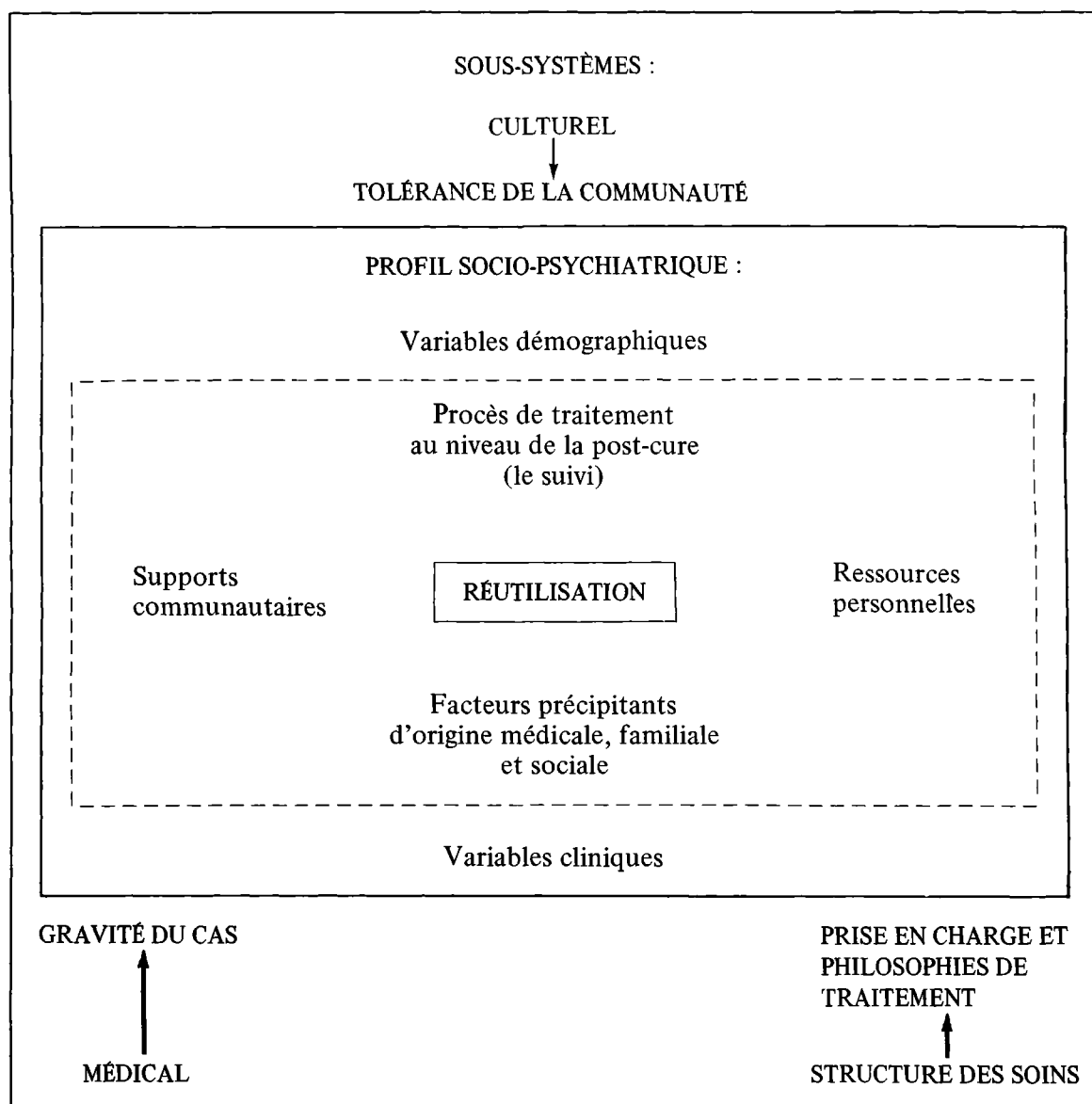


SCHÉMA CONCEPTUEL

Un bref aperçu des dimensions sous-jacentes à la réutilisation indique que la reproduction des conditions d'urgence s'inscrit dans un processus dynamique entre, d'une part, les manifestations de la maladie mentale et, d'autre part, l'environnement social et le système de soins psychiatriques. Ces dimensions sont les suivantes :

- La réapparition des symptômes. Le malade psychiatrique se trouve de nouveau dans un état de désorganisation individuelle et sociale, dont la durée peut être variable selon les personnes et les types de détresse.
- L'application des mécanismes de contrôle social. L'urgence psychiatrique n'est pas un phénomène isolé, limité à l'individu malade, mais revêt très souvent un caractère micro-sociologique (famille, amis, voisinage, etc.). Cela implique dans tous les cas, un processus collectif de contrôle par rapport aux répercussions symptomatologiques actualisées ou potentielles.
- L'attraction qu'exercent les ressources de l'urgence dans ce processus comparativement aux ressources dont l'accessibilité est plus restreinte. L'utilisation des services d'urgence se fait par choix personnel ou collectif; en effet, le patient psychiatrique qui réutilise les services d'urgence peut y aller seul ou y être conduit par sa famille, la police, les membres du corps médical, etc.

Le schéma ci-dessus résume les principales composantes du phénomène de la réutilisation des services d'urgence. La réapparition des symptômes, l'application des mécanismes de contrôle social institués et l'attraction qu'exercent les ressources de l'urgence dans le cadre de ce processus peuvent être considérées comme des composantes d'autant de sous-systèmes : *le système culturel* qui définit le seuil de tolérance de la communauté en termes psychosociologiques, juridiques, etc., et dicte les normes et attitudes relatives à la maladie mentale; *le système médical* qui définit la déviance en termes pathologiques et évalue le niveau de désorganisation individuelle et sociale; enfin, *le système d'encadrement socio-médical* qui, en réponse à la gravité des manifestations de la maladie mentale, effectue la prise en charge et élabore les philosophies de traitement.

Afin que cette représentation ou ce modèle soit perçu dans sa dynamique propre, nous devons y joindre les éléments suivants : les deux pôles qui rendent possible cette dynamique sont d'une part, le système de soins psychiatriques et, d'autre part, le patient connu du réseau de soins publics. La demande de services de la part du patient est basée sur la différence entre son niveau actuel de fonctionnement et les normes de fonctionnement se rapprochant des attentes du patient lui-même, de celles de sa famille, de ses amis ainsi que des autres personnes qui se trouvent dans son entourage immédiat. De même, l'examen des caractéristiques du système de soins psychiatriques d'urgence permet de constater que celui-ci a établi des normes de fonctionnement pour les patients, tout en y allouant les ressources nécessaires. Cette allocation est déterminée par l'estimation des besoins et des services demandés, et par la disponibilité des ressources.

Le schéma conceptuel proposé replace donc les divers facteurs impliqués et s'efforce de faire ressortir une perspective qui considérerait la dynamique des diverses composantes de la réutilisation des services d'urgence.

REVUE DE LA LITTÉRATURE ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Le phénomène de la réutilisation des ressources de l'urgence pour des problèmes de santé mentale n'a pas, jusqu'à présent, fait l'objet d'une analyse en tant que telle. Toutefois, cet aspect particulier a déjà été abordé indirectement par le biais des études relatives à la réhospitalisation des patients psychiatriques.

Ces analyses permettent d'identifier les perspectives à partir desquelles on aborde le phénomène de la réadmission : perspectives psychiatriques ou médicales et perspectives psychosociales.

Une synthèse des principaux résultats de l'étude de Rosenblatt et Mayer (1974) sur la réadmission indique qu'une explication strictement médicale s'avère insuffisante. En effet, la réadmission ne semble pas être un événement limité uniquement à l'aspect pathologique (gravité du cas), excluant de l'analyse le contexte social du malade psychiatrique, mais elle apparaît plutôt comme la consé-

quence de facteurs multiples qui débordent le cadre médical proprement dit.

Les études de Lorei et Gurel (1973), Buell et Anthony (1973), Mannino et Shore (1974), Bachrach (1976), Willer et Miller (1977) et Schweitzer et Kierszenbaum (1978) qui optent pour une perspective plus globale (modèle psycho-social), considèrent plusieurs variables. Elles établissent que les facteurs sociaux sont déterminants dans la réadmission. Cependant, cette perspective ne propose pas une intégration théorique articulée.

Les études consultées ne sont pas comparables entre elles à cause précisément de l'absence d'uniformité au niveau de la définition du «cas» psychiatrique, du contexte d'observation, de la classification des variables indépendantes considérées ou de la diversité des méthodes utilisées et des différences dans le traitement statistique des données. Ces aspects varient selon les perspectives théoriques et les modèles d'analyse retenus. Par contre, il semblerait que ces études présentent des tendances récurrentes.

La synthèse de Rosenblatt et Mayer (1974) n'indique pas clairement que les variables cliniques déterminent la réadmission. Au contraire, dans l'ensemble, les études montrent que le nombre d'hospitalisations semble être le meilleur facteur prédictif de la réadmission des malades que la pathologie du patient et les types de traitement effectués.

Les études qui adoptent une perspective psychosociale, bien que leur résultats ne concordent pas avec ceux des autres études consultées et qu'il faille se garder de généraliser, montrent que les variables socio-démographiques associées à l'état de dépendance socio-psychologique et économique reflété entre autres par une faible intégration du patient au marché du travail (un aspect du fonctionnement ou de l'adaptation du patient) sont des facteurs déterminants de la réadmission.

Pour initier l'évaluation du modèle présenté à la section précédente, nous avons retenu ce champ de détermination probable (les caractéristiques socio-démographiques et cliniques) et postulé des associations entre les variables propres à ce champ et ce, à l'intérieur d'un modèle plus général des déterminants de la réutilisation. Il s'agit ici d'évaluer s'il est pertinent de considérer ces variables dans l'élaboration du modèle général.

À la lumière de la revue de la littérature relative à la réadmission, et s'appuyant également sur l'ébauche d'un schéma conceptuel spécifique au phénomène étudié, nous formulons l'hypothèse suivante : les variables socio-démographiques et cliniques qui caractérisent le profil socio-psychiatrique des patients connus du réseau public expliquent peu la réutilisation des ressources d'urgence.

Les auteurs précités qui ont étudié la réadmission de cette clientèle retiennent entre autres ces variables comme étant importantes. Après observation, ces études démontrent certes des tendances récurrentes, mais elles ne permettent pas de confirmer hors de tout doute l'influence prépondérante de celles-ci sur le phénomène étudié.

Notre hypothèse suggère, de vérifier si globalement cet ensemble de variables mérite d'être retenu comme champ de détermination probable avant de se pencher sur l'importance de chacune des variables comme cause de la réutilisation.

Cette hypothèse vise donc à démontrer que, globalement, ces variables expliquent peu la réutilisation fréquente des services d'urgence. Par conséquent, les autres champs de détermination, tels l'organisation des services de santé mentale (les programmes disponibles, les ressources alternatives, etc.), le fonctionnement proprement dit de notre système de soins psychiatriques (la continuité de soins, le suivi, les philosophies d'intervention, etc.), et les difficultés de réinsertion de la personne identifiée comme ayant ou ayant eu des problèmes importants de santé mentale (tolérance de la communauté, etc.) seraient des facteurs plus déterminants.

Dans l'ensemble des écrits sur le sujet, peu d'auteurs envisagent cette situation complexe dans une perspective globale qui prendrait en considération les facteurs reliés au type d'encadrement fourni par le système de soins et de services. L'intérêt général des recherches porte plutôt sur la fragmentation de l'objet, selon des facteurs pris isolément, tels les aspects pathologiques, les caractéristiques socio-démographiques, etc. En fait, les perspectives sont principalement orientées vers la pathologie et le malade psychiatrique, et négligent, dans une large mesure — surtout en ce qui concerne les approches médicales — l'influence du système socio-médical par rapport à la réutilisation des unités d'urgence des centres hospitaliers.

STRATÉGIE D'ANALYSE

L'analyse d'informations socio-démographiques et cliniques, basées sur un échantillon «intentionnel»³ de 1 259 patients réutilisateurs de 21 services d'urgence, pris dans la région socio-sanitaire 6A, a permis d'atteindre l'objectif visé.

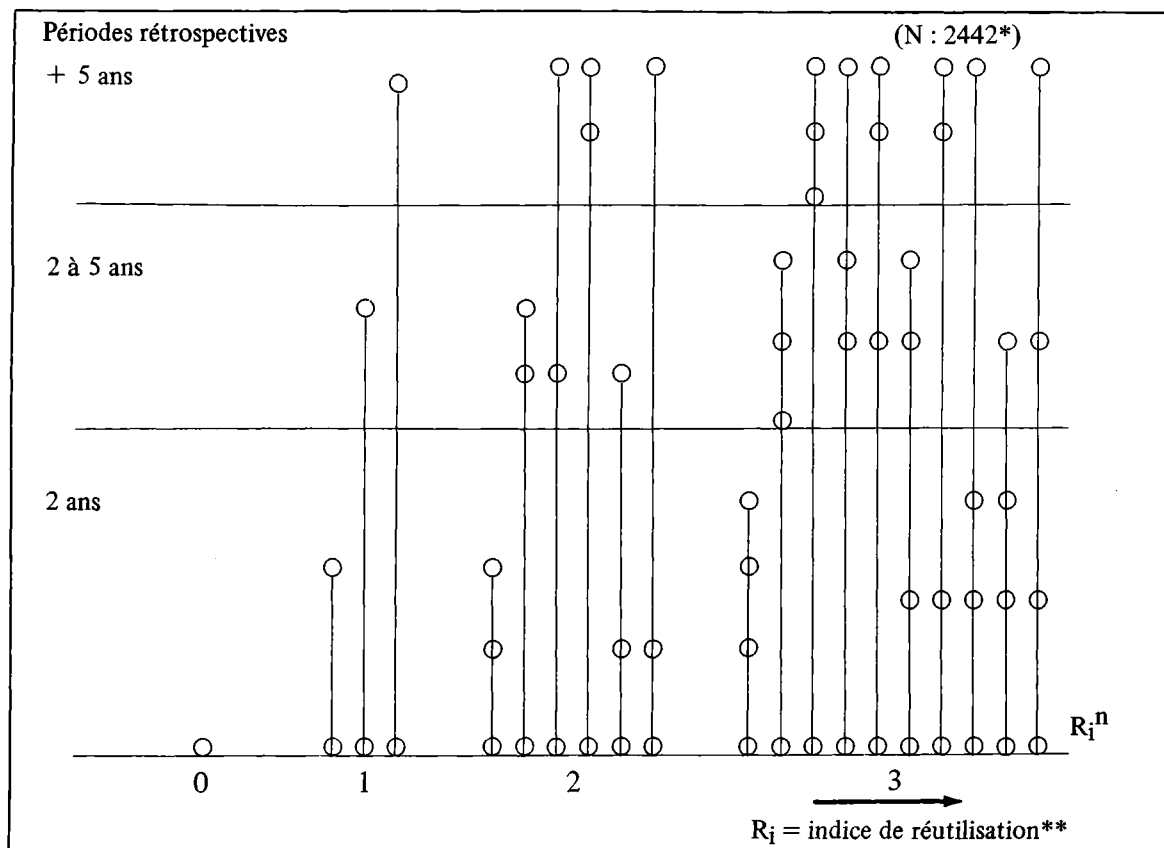
À partir d'un plan d'échantillon représentatif de la clientèle psychiatrique des salles d'urgence de la région précitée, nous avons isolé les patients réutilisateurs de l'ensemble. À cette fin, nous avons défini le concept de réutilisation d'une manière opératoire, c'est-à-dire en déterminant le contexte d'observation et en fixant les limites de temps de l'observation. Cela a ainsi permis de prendre en considération les patients qui ont eu un passé d'hospitalisation et qui peuvent, lors de leur visite

à l'urgence, être réadmis ou orientés vers les services externes, de même que les patients qui ont un profil de traitement ambulatoire d'urgence (aucune hospitalisation antérieure). Les patients qui ont utilisé auparavant uniquement les services d'un médecin ou d'un psychiatre en cabinet privé ne sont pas considérés comme réutilisateurs quand ils se présentent à l'urgence.

L'analyse de la réutilisation est effectuée indifféremment du ou des centres hospitaliers qui ont répondu antérieurement aux demandes de soins. Un patient peut s'être présenté en situation d'urgence dans les centres hospitaliers «x», «y» ou «z» et réutiliser, au cours des périodes-témoins, le service d'urgence du centre hospitalier «x».⁴

Le plan d'observation du phénomène de la réutilisation se présente de la façon suivante :

FIGURE 2
Plan d'observation du phénomène de la réutilisation



* N = le nombre total des cas de détresse psychiatrique incluant les non-réutilisateurs.

** R_i = nombre d'épisodes - 1.

Ainsi, tel qu'il apparaît à la figure 2, l'indice de réutilisation ($R_i=1$) sous-tend, en toute probabilité, trois profils différents en termes de temps; l'indice de réutilisateur ($R_i=2$) sous-tend pour sa part six profils différents, etc. Cela signifie qu'un patient qui a un indice de réutilisation de 2 au cours des deux dernières années n'est pas dans une situation analogue à celui qui a le même indice 2 mais échelonné au-delà des deux dernières années. Dans le premier cas, l'apparition des troubles mentaux nécessitant le recours aux services d'urgence est relativement récente, alors qu'il n'en est pas ainsi dans l'autre cas.

L'indice de réutilisation est une mesure qui rend compte de la consommation antérieure des ressources d'urgence. Toutefois, celui-ci ne précise pas les délais de temps entre chacun des épisodes observés : la dimension « temps » entre chacun des épisodes n'est pas suffisamment documentée pour que l'on puisse l'intégrer à l'indice. L'information en ce sens est disponible seulement en ce qui concerne le dernier et l'avant-dernier épisode, ce qui est insuffisant.

Notre échantillon est une coupe instantanée d'un processus continu. Il considère la variété des profils de réutilisation qui, à la lumière des considérations précédentes, doivent être uniformisés en termes d'une même unité de temps. Dans un premier temps, cette uniformité a été rendue possible à partir des points de repère fixés arbitrairement (deux ans, de deux à cinq ans, plus de cinq ans). Nous avons pu ainsi dégager les profils des réutilisateurs en fonction de ces critères. Cette démarche a fait apparaître des groupes de patients qui ont, du moins selon ces périodes de temps, des profils de réutilisation différenciés sans toutefois épuiser l'ensemble des profils probables selon d'autres points de repère.

Dans un deuxième temps, pour chacun des groupes (profils) constitués, nous avons analysé les résultats observés par rapport à la fréquence de réutilisation des ressources de l'urgence. Au cours de cette étape, nous avons identifié le groupe-cible, à savoir les patients connus du réseau de soins qui semblent avoir le plus de difficultés d'adaptation et pour lesquels un besoin d'encadrement se fait sentir tout particulièrement.

Dans un troisième temps, à titre indicatif, nous avons utilisé une méthode de régression afin de

connaître le degré d'explication linéaire entre les variables socio-démographiques et cliniques et la réutilisation dans le cas des patients qui semblent avoir une plus grande continuité de réutilisation.

Nous avons effectué l'analyse du phénomène en fonction de la période de temps la plus courte, soit au cours des deux années qui ont précédé la visite à l'urgence repérée au moment de la constitution de l'échantillon. De fait, cette approche a été plus rigoureuse en termes d'analyse puisque la variable dépendante (la réutilisation) a été située à l'intérieur de ces deux dernières années et que les variables indépendantes (âge, état civil, etc.) étaient antérieures à cette période. Par ailleurs, cette analyse n'a pas considéré l'ensemble de notre échantillon de départ mais s'est attardée à un groupement de personnes ($N : 411$) qui se distinguaient par la persistance de leur réutilisation.

MÉTHODE ET LIMITES

L'analyse empirique a été effectuée à l'aide de la régression utilisant des variables auxiliaires (« dummy ») et la procédure « stepwise ». Cette méthode a permis de faire ressortir, selon un ordre hiérarchique, l'importance ou la contribution de chacune des variables indépendantes sur la variable dépendante, lorsque l'influence de toutes les variables est contrôlée et analysée simultanément.

L'équation du modèle est du type suivant :

$$Y_1 = A + B_1 D_1 + B_2 D_2 \dots + B_n D_n + \beta_1 \times 1 + \dots + \beta_m \times m + E_i$$

Y_1 : variable dépendante

B_i ($i = 1 \dots n$) : coefficient des variables discrètes

D_i : variables auxiliaires indépendantes

β_j ($j = 1 \dots m$) : coefficient des variables continues

x_j ($j = 1 \dots m$) : variables continues indépendantes

E_i : erreur

Une première limite de cette méthode est que, bien qu'elle soit acceptable lorsque nous disposons de données discrètes, le résultat obtenu n'est jamais tout à fait comparable à celui que l'on obtiendrait par une équation comprenant uniquement des données continues.

D'autre part, les principaux postulats de la régression, c'est-à-dire, la linéarité, l'additivité, la non-multicollinéarité, la normalité et l'homogénéité permettent une démonstration statistique probante. Par contre, dans le cadre de cette étude, nous avons

conservé dans le modèle des variables discrètes, même si elles ne respectaient peut-être pas exactement le postulat de la non-multicollinéarité. De plus, la variable dépendante ne correspond pas à une distribution normale. Cependant, ces limites ne constituent pas un obstacle majeur quant à l'utilisation de cette méthode.

RÉSULTATS

D'un point de vue descriptif, l'analyse de la fréquence de la réutilisation, à partir d'un échantillon « intentionnel » de patients a montré que :

- plus de la moitié (51,5%) de la clientèle psychiatrique (au sens large du terme) des salles d'urgence de la région 6A est constituée de patients connus de ce réseau de distribution de soins.
- parmi ce groupe de patients qui avaient un dossier médical actif au moment de constituer l'échantillon, on a observé trois profils différents de réutilisation d'après la dimension temporelle et la fréquence des utilisations proprement dites. Ces trois profils dynamiques sont les suivants :
 - réutilisateurs récents (profil A) : patients réutilisateurs au cours des deux dernières années seulement (40,1%);
 - réutilisateurs continus (profil B) : patients réutilisateurs au cours des deux dernières années et au-delà de cette période (38,3%);
 - réutilisateurs cycliques (profil C) : patients réutilisateurs seulement au-delà des deux dernières années (21,6%).

Une lecture des tableaux 1 (a) et 1 (b) permet de faire les constatations suivantes :

- la présence de problèmes de santé mentale autres que les psychoses, l'intégration au marché du travail (travailleur, étudiant), l'appartenance à la catégorie des semi-professionnels et des petits administrateurs sont des facteurs qui caractérisent d'une manière positive (sur-représentation de ces caractéristiques) l'appartenance au profil A.
- la fréquence d'hospitalisation et d'utilisation des services de l'hôpital psychiatrique, la présence de problèmes psychotiques, le fait d'être une femme, l'entrée dans le réseau de soins publics avant la réforme du système de santé, et la

non-intégration au marché du travail (assisté social/sans emploi/chômeur) sont des facteurs qui caractérisent d'une manière positive l'appartenance au profil B.

- le nombre d'hospitalisations, la durée moyenne de séjour en établissement, la fréquence d'utilisation des services de l'hôpital psychiatrique, l'âge, le fait d'être une femme, d'être divorcé (e) ou séparé (e) et l'entrée dans le réseau de soins avant la réforme sont des facteurs sur-représentés parmi les patients du profil C.

Ainsi, le groupe de patients qui ont un profil de type A se distingue nettement des autres. Pour les deux autres profils, nous observons quelques tendances similaires malgré la présence de différences marquées pour certaines variables.

En somme, d'un point de vue descriptif, les caractéristiques particulières des patients qui ont une plus grande continuité dans l'utilisation des services d'urgence (profil B) reflètent certains aspects socio-démographiques et cliniques associés à leur état de « chronicité » : il s'agit de patients dont le nombre d'hospitalisations est élevé; ils ont recours autant aux services de l'hôpital psychiatrique que général; ils présentent, dans une plus grande proportion, des problèmes de nature psychotique; ils sont en contact avec les ressources du système médical depuis une longue période de temps et plusieurs ne s'intègrent pas au marché du travail.

Par ailleurs, l'analyse a démontré que les variables socio-démographiques et cliniques, n'expliquent que partiellement le phénomène étudié. En effet, le tableau 2 démontre que le pouvoir explicatif du modèle est très faible ($R^2 < 0,10$). En d'autres termes, les variables socio-démographiques et cliniques expliquent moins de 10% de la réutilisation des services d'urgence observée chez les patients sur une période de deux ans ($X = 3,38$, $s = 3,76$).

Si nous voulons prédire la réutilisation à l'aide de la régression en supposant que les limites méthodologiques mentionnées à la section précédente n'existent pas, l'interprétation des résultats serait la suivante : la régression indique quelles sont les variables pour lesquelles l'hypothèse nulle doit être rejetée d'après les seuils retenus. En effet, au tableau 2, selon l'ordre d'entrée des variables, les premières variables ont un rapport de variances qui est suffisamment élevé pour que l'hypothèse nulle

TABLEAU 1(a)

Répartition des caractéristiques socio-psychiatriques (variables continues) selon chacun des profils de réutilisation et pour l'ensemble des réutilisateurs

Variables continues	Profil A réutilisateurs récents	Profil B* réutilisateurs permanents	Profil C réutilisateurs cycliques	Ensemble des réutilisateurs
Indice de réutilisation	$X = 2,11$ $s = 2,20$ (N : 430)	$X = 8,12$ $s = 7,16$ (N : 411)	$X = 2,91$ $s = 2,84$ (N : 231)	$X = 4,59$ $s = 5,58$ (N : 1072)
Proportion moyenne d'hospitalisation	$X = 0,32$ $s = 0,42$ (N : 406)	$X = 0,54$ $s = 0,31$ (N : 353)	$X = 0,66$ $s = 0,39$ (N : 183)	$X = 0,47$ $s = 0,40$ (N : 942)
Durée moyenne de séjour	$X = 43,7$ $s = 48,6$ (N : 130)	$X = 140,1$ $s = 345,5$ (N : 205)	$X = 380,0$ $s = 1079,0$ (N : 101)	$X = 167,0$ $s = 582,7$ (N : 436)
Proportion moyenne d'utilisation des services de l'hôpital psychiatrique	$X = 0,39$ $s = 0,48$ (N : 426)	$X = 0,50$ $s = 0,40$ (N : 382)	$X = 0,51$ $s = 0,42$ (N : 211)	$X = 0,46$ $s = 0,44$ (N : 1019)
Âge	$X = 34,0$ $s = 4,1$ (N : 430)	$X = 38,0$ $s = 12,5$ (N : 408)	$X = 40,6$ $s = 12,9$ (N : 229)	$X = 36,9$ $s = 13,5$ (N : 1067)

* Il s'agit ici de moyennes et d'écarts-types pour l'ensemble des périodes d'observation.

TABLEAU 1(b)

Répartition des caractéristiques socio-psychiatriques (variables discrètes) selon chacun des profils de réutilisation et pour l'ensemble des réutilisateurs

Variables discrètes	Profil A réutilisateurs récents	Profil B réutilisateurs permanents	Profil C réutilisateurs cycliques	Ensemble des réutilisateurs
SEXE :				
• Masculin	0,50	0,46	0,42	0,48
• Féminin	0,50	0,54	0,57	0,52
ÉTAT CIVIL :				
• Célibataire	0,44	0,46	0,36	0,43
• Marié(e)	0,38	0,31	0,37	0,34
• Divorcé(e)/séparé(e)	0,14	0,17	0,20	0,17
• Veuf(ve)	0,03	0,04	0,04	0,03
DIAGNOSTIC :				
• Psychoses	0,23	0,49	0,36	0,35
• Autres classes diagnostics	0,77	0,51	0,64	0,65
ANNÉE D'ENTRÉE :				
• ≤ 1970	—	0,63	0,69	0,36
• > 1970	1,00	0,27	0,28	0,49
STATUT D'EMPLOI :				
• Travailleur(se)	0,31	0,24	0,25	0,26
• Étudiant(e)	0,06	0,02	0,03	0,04
• Ménagère	0,21	0,22	0,24	0,22
• Retraité(e)	0,03	0,03	0,04	0,03
• Assisté(e) social/sans emploi/chômeur(se)	0,30	0,40	0,33	0,35
• Information manquante	0,09	0,09	0,11	0,10
CATÉGORIE SOCIO- PROFESSIONNELLE :*				
• Professionnel(le)/gérant(e)	0,04	0,03	0,05	0,04
• Semi-professionnel(le) et petit administrateur(trice)	0,12	0,05	0,08	0,08
• Col blanc	0,10	0,08	0,09	0,08
• Col bleu	0,15	0,16	0,16	0,16
• Ne s'applique pas	0,59	0,58	0,62	0,64
	(N : 430)	(N : 411)	(N : 231)	(N : 1072)

* S'applique seulement dans le cas de patients qui occupaient un emploi rémunérateur lors de leur dernière visite à l'urgence.

TABLEAU 2

Résultats de l'analyse de régression utilisant des variables auxiliaires et la procédure "stepwise"

	Ordre d'entrée "stepwise"	Valeur du F de Fisher partiel	Coefficient de détermination R ²	Coefficient de corrélation simple r	Valeurs du F de Fisher Total
SEXE (masculin)	15	0,043	0,082	0,054	1,287
ÂGE	12	1,897	0,082	-0,088	1,588(**)
ÉTAT CIVIL					
• Marié(e)	8	0,732	0,070	-0,103	2,210(*)
• Divorcé(e)/séparé(e)	6	0,708	0,064	-0,040	2,695(*)
• Veuf(ve)	7	0,811	0,067	-0,061	2,424
STATUT D'EMPLOI					
• Travailleur(se)	3	3,974(*)	0,041	-0,087	3,431(*)
• Étudiant(e)	11	0,264	0,074	-0,004	1,695(**)
• Ménagère	2	2,829(**)	0,025	-0,117	3,386(**)
• Retraité(e)	5	1,858	0,061	-0,048	3,096(*)
CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES					
• Semi-professionnel(le)/petit(e) administrateur(trice)	13	0,087	0,082	-0,038	1,475
• Col blanc	4	3,185	0,054	0,096	3,393(*)
DIAGNOSTIC					
• Psychoses	14	0,063	0,082	0,035	1,375
ANNÉE D'ENTRÉE					
• Avant 1970	10	0,400	0,073	0,001	1,844(**)
PROPORTION MOYENNE D'HOSPITALISATION	1	3,386(*)	0,013	-0,117	3,386(**)
PROPORTION MOYENNE D'UTILISATION DES SERVICES DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE	9	0,445	0,072	0,009	2,009(*)
R² = 0,082 Nombre d'observations = 411 Test F = 1,588(**)					

* Significatif au seuil de 5%.

** Significatif au seuil de 10%.

Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence

TABLEAU 3

Coefficients de réutilisation estimés pour chacune des variables indépendantes

Variables selon leur ordre d'entrée	Coefficients estimés	Déviations standard	Valeurs du t de student	Intervalle de confiance au niveau 95 %
1. Proportion d'hospitalisation	- 1,484	0,735	- 2,019	- 2,933 , - 0,036
2. Ménagère	- 1,020	0,834	- 1,223	- 2,664 , 0,623
3. Travailleur(se)	- 1,566	0,683	- 2,293	- 2,912 , - 0,220
4. Col blanc	1,728	1,011	1,708	- 0,264 , 3,722
5. Retraité(e)	- 2,577	1,750	- 1,472	- 6,027 , 0,872
6. Divorcé(e) -- séparé(e)	- 0,607	0,749	- 0,810	- 2,084 , 0,869
7. Veuf(ve)	- 1,555	1,425	- 1,091	- 4,364 , 1,252
8. Marié(e)	- 0,317	0,708	0,447	- 1,712 , 1,078
9. Proportion d'utilisation des Services d'Hôpitaux Psychiatriques.	0,357	0,600	0,595	- 0,825 , 1,541
10. Date d'entrée (avant 1970)	0,444	0,540	0,822	- 0,620 , 1,508
11. Étudiant(e)	- 0,897	1,777	0,505	- 4,400 , 2,604
12. Âge	- 0,178	0,128	- 1,392	- 0,430 , 0,073
13. Semi-professionnel et petit administrateur	0,387	1,181	0,328	- 1,940 , 2,716
14. Psychoses	0,125	0,503	0,249	- 0,866 , 1,117
15. Masculin	0,121	0,581	0,208	- 1,024 , 1,266
Constante	8,049	2,499	3,220	3,124 , 12,974

ne puisse être maintenue. On doit donc conclure que ces variables ont un effet significatif, si l'on en juge par le test de F («total» = 3,39, $p = 0,001$), sur l'indice de réutilisation des ressources de l'urgence.

Toutes choses étant égales par ailleurs, la *proportion d'hospitalisation* ressort comme étant la variable la plus importante. Les patients connus des services d'urgence, ceux dont la fréquence d'hospitalisation antérieure à la période observée est élevée, ont un coefficient de réutilisation qui est significativement négatif (test de Student est significatif au seuil de 5%, cf. Tableau 3).

On se souviendra que cette variable apparaît également comme étant la plus déterminante de la réadmission. Si nous examinons la relation qui existe entre le nombre d'hospitalisations avant et après les deux dernières années, on obtient des résultats semblables à ceux recensés par l'étude de Rosenblatt et Mayer (1974), à savoir que les patients qui ont une fréquence d'hospitalisation élevée sont davantage susceptibles d'être hospitalisés à nouveau. ($r=0,44$, $p=0,001$). Par conséquent, ils sont moins susceptibles d'être de grands réutilisateurs des services d'urgence.

Les appartenances aux groupes *ménagères* et *travailleurs* sont respectivement la deuxième et la troisième variable, selon l'ordre indiqué par le programme «stepwise». Ainsi, le fait d'avoir l'un ou l'autre de ces statuts d'emploi est également relié à l'indice de réutilisation. Pour chacun de ces statuts, le coefficient estimé de réutilisation est inférieur à celui du groupe de référence, groupe constitué par les patients qui ont à faire face à des difficultés de réinsertion au marché du travail et dont la source de revenu n'est pas autonome (cf. Tableau 3).

La variable «statut d'emploi» indique dans quelle mesure les personnes sont intégrées au marché du travail mais n'indique pas si ces personnes sont intégrées d'une manière temporaire ou permanente. Cette dernière information était impossible à obtenir à partir du dossier médical. S'il avait été possible d'inclure cette information à la variable «statut d'emploi» (par exemple le nombre de semaines de travail au cours des cinq dernières années), nous aurions pu mieux vérifier son influence sur la réutilisation.

Par contre, pour toutes les autres variables incluses dans l'équation de régression, sauf celles pour

lesquelles le niveau de tolérance est insuffisant, l'appartenance à la catégorie des professionnels/administrateurs et la durée moyenne de séjour en établissement, le test F nous amène à conclure que le rapport des variances est trop petit pour que l'hypothèse nulle puisse être rejetée. Par conséquent, rien ne nous autorise à rejeter l'hypothèse suivant laquelle il n'y a pas de lien entre ces variables et l'indice de réutilisation au cours des deux dernières années.

Le résultat obtenu, en ce qui concerne l'influence *du type de détresse* (diagnostic) sur la réutilisation, s'explique par le fait que le diagnostic permet plus ou moins de décrire le degré de désorganisation individuelle et sociale des patients. Les perturbations psychologiques et sociales ne sont certes pas identiques même si, d'un point de vue clinique, la pathologie a été identifiée et classée sous une même étiquette.

De plus, la pathologie, sur le plan diagnostic, ne rend pas compte des différences au niveau du traitement, de l'implication des ressources du milieu, des efforts réalisés en vue d'actualiser les potentialités des patients afin qu'ils puissent faire face aux difficultés de réinsertion sociale (rôles sociaux, etc.). Les facteurs ci-haut mentionnés ont plus d'impact sur la réutilisation des services d'urgence que le diagnostic posé.

Les **conclusions** que l'on peut tirer de l'application de cette méthode sont les suivantes. D'une part, les variables qui ont un certain pouvoir explicatif correspondent à celles pour lesquelles des tendances récurrentes ont déjà été observées dans d'autres travaux portant sur la réadmission des personnes atteintes par des problèmes de santé mentale, soit un traitement fréquent à caractère institutionnel et des difficultés de réinsertion au marché du travail.

D'autre part, le résultat selon lequel les variables socio-démographiques et cliniques n'expliqueraient guère le phénomène étudié est aussi congruent avec l'approche théorique qui s'articule autour des composantes psychosociales ou communautaires de la récidive.

Ces résultats suggèrent deux remarques. Premièrement, du point de vue de l'intérêt des patients réutilisateurs et dans la mesure où l'on souhaite apporter des correctifs à cette situation, une stratégie

d'intervention auprès de cette clientèle psychiatrique de l'urgence devrait être prioritaire.

Les services d'urgence ne dispensent pas nécessairement leurs soins à une quantité croissante de patients atteints de pathologies psychiatriques. Une augmentation de la demande de soins en santé mentale a été observée au début des années 1970, et il s'agissait d'une augmentation réelle imputable notamment à la réforme du système de santé.

Au cours des dernières années, on constate plutôt que c'est la consommation quantitative et qualitative des ressources d'urgence par patient qui s'accroît. Les réutilisateurs permanents et cycliques représentent 59,9% des patients identifiés comme réutilisateurs des services d'urgence, et une proportion des réutilisateurs récents assureront probablement la relève dans l'un ou l'autre des autres profils précités.

Deuxièmement, puisque les résultats obtenus démontrent qu'un modèle linéaire basé uniquement sur les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients réutilisateurs est nettement insuffisant en termes explicatifs, le phénomène doit maintenant être analysé à l'aide d'une problématique socio-communautaire. Les aspects médico-psychiatriques et socio-démographiques étant secondaires, les composantes majeures se situeraient dans la dynamique entre les facteurs liés à l'organisation du système de soins psychiatriques et les conditions particulières dans lesquelles se trouvent les personnes ayant ou ayant eu des problèmes importants de santé mentale.

DISCUSSION ET CONCLUSION

En terminant, nous tenterons de faire ressortir un certain nombre de contradictions qui devraient servir, à notre avis, d'amorce à une réflexion sur l'identification des composantes d'une stratégie d'intervention en psychiatrie communautaire.

Pour être opérationnelle, la stratégie doit être planifiée en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement de l'ensemble des services psychiatriques. Des actions orientées uniquement sur les services d'urgence ne modifieraient pas la situation décrite.

En effet, avant de se présenter à l'urgence, les patients ont eu des cheminements ou des trajectoires qui ont impliqué des médiateurs, incluant

les autres services sociaux et de santé. Le processus de reproduction de l'urgence, comme nous l'avons mentionné lors de la présentation du schéma conceptuel, a pour origine les relations des patients avec leur environnement immédiat et avec leurs soignants. Deux facteurs doivent donc être pris en considération : dans certains cas, la réponse donnée par les autres services sociaux et de santé (accessibilité, interventions, transferts habituels entre les services, etc.), et, dans tous les cas, les rapports que la communauté montréalaise entretient avec les services de santé mentale (connaissance et perceptions).

En somme, le phénomène de réutilisation des services d'urgence doit être situé dans une perspective globale, considérant les rapports qui existent entre les services d'urgence et les autres services psychiatriques, sociaux et de santé, ainsi que les rapports qui lient la communauté et les services de santé mentale (compréhension et acceptation du modèle d'intervention communautaire).

L'urgence est un point de contact entre le malade, la communauté et des agents de soins, où l'on observe le caractère dramatique que produisent les manifestations des pertes de rationalité et l'appel à l'aide de l'individu et de la communauté. Dans ce contexte, il nous a été possible lors de nos rencontres de dégager certaines attitudes des intervenants à l'urgence qui sont révélatrices de la perception qu'ils ont de leur rôle et, indirectement, de l'organisation actuelle des services psychiatriques.

La rechute des personnes qui ont des problèmes de santé mentale est un événement qui fait partie du vécu quotidien des intervenants. La formation reçue et l'expérience acquise sont souvent la cause d'une adaptation professionnelle que l'on peut qualifier de défaitiste : il semble acquis que, de toute façon, telle ou telle personne se présentera de nouveau en situation d'urgence. D'autres, par contre, remettent en question leur rôle à l'urgence en manifestant surtout le désir d'actions préventives en dehors des services d'urgence. Pour ces derniers, une présence active au sein de la collectivité, selon des modalités qui seraient à préciser, serait un développement souhaitable.

Les médecins traitants ou les responsables du traitement subséquent à la crise, étant donné le caractère de chronicité de certains patients, ont rarement une perspective à long terme dans leurs in-

terventions. La tendance est plutôt de relâcher progressivement le traitement des «patients chroniques». Cette attitude peut s'expliquer par le peu de gratification professionnelle qu'ils y trouvent (attente d'une guérison qui ne se réalise pas), d'où la décision de limiter ou d'exclure la clientèle des «chroniques».

La liberté professionnelle dont jouissent les psychiatres n'est pas une garantie d'un partage équitable des responsabilités entre ces professionnels de la santé vis-à-vis les patients les plus «chroniques». En ce sens, la psychiatrie de secteur ou la prise en charge par une équipe multidisciplinaire — dans la mesure où les problèmes de relations interprofessionnelles trouvent leur solution en terme de complémentarité — assure un meilleur partage des responsabilités professionnelles. Par ailleurs, nous précisons ci-après la contradiction inhérente à cette pratique communautaire.

Notre propos ne vise pas à généraliser l'attitude décrite ci-dessus mais plutôt à indiquer que l'organisation actuelle des services psychiatriques rend possible l'exclusion des patients chroniques. Nous pensons entre autres à la pratique en cabinet privé (ou clinique) qui rend possible la sélection de la clientèle. Il est peu probable que les grands utilisateurs des urgences et des cliniques externes soient les patients les plus motivés, et qu'ils aient moins de troubles de comportement, moins de désorganisation individuelle et sociale, moins de problèmes d'ordre médico-légal.

Notre système psychiatrique tolère peut-être au niveau des ressources extra-hospitalières une définition des programmes en fonction des ressources et néglige, dans une large mesure, les besoins du patient réutilisateur du réseau. Ce phénomène ne serait pas particulier à la psychiatrie : il a été observé dans d'autres secteurs du domaine de la santé, notamment les services offerts aux personnes âgées.

À la limite, l'élaboration des programmes en fonction des ressources permet d'exclure la clientèle la plus chronique, en favorisant un modèle de gestion basé sur un équilibre entre les divers types de clientèle. Le nombre de places étant limité, l'établissement tente de maintenir l'équilibre souhaité par divers échanges de clientèle. Malheureusement, les patients ne se trouvent pas toujours dans des programmes adaptés à leurs besoins. D'autant plus

que, si ces patients manifestent une certaine chronicité, la tendance sera alors de les éloigner des programmes généralement perçus comme n'étant pas souhaitables pour eux.

Les patients les plus chroniques — ceux qui démontrent un constat d'échec du point de vue de l'intervention psychiatrique — sont donc ceux qui risquent éventuellement d'être davantage marginalisés faute d'avoir accès à des soins appropriés. La réutilisation fréquente des services d'urgence ne semble pas être une manière adéquate d'assurer cette continuité. Tout d'abord, son utilisation peut être vécue avec un sentiment d'échec par le malade, surtout si la réponse à l'urgence est l'hospitalisation, et avec un sentiment de contrainte qui ne contribue pas à établir une relation thérapeutique. De plus, la multiplication d'intervenants (agents de soins) et le fait que trop souvent les premières interventions auprès du malade sont effectuées par des médiateurs (ex. policiers) qui n'ont pas toujours une formation particulière sont également des aspects négatifs.

Au contraire, les considérations précédentes nous portent plutôt à croire qu'il y a, dans le cas des grands utilisateurs, *une rupture de la continuité des soins*. Dans le cadre d'une psychiatrie de secteur, inspirée largement des expériences européennes, les services spécialisés des unités d'urgence de certains hôpitaux peuvent, selon Diatkine (1970), contredire l'esprit de la politique de secteur. Une même équipe soignante devrait assurer le suivi du malade pendant toute la durée de son traitement, peu importe l'établissement qu'il utilise, alors qu'il y a maintenant au moins deux équipes, l'une pour les temps agités, l'autre pour les temps calmes. Les inconvénients de cette situation sont évidents en termes de communication, de la sous-utilisation des techniques de psychothérapie au niveau de l'urgence, de la discontinuité probable des programmes de soins, etc.

L'importance du phénomène de la réutilisation des ressources d'urgence indique également que notre système de distribution de services psychiatriques néglige l'aspect préventif chez ces patients. Il intervient en situation de crise (aspect curatif). Les efforts déployés pour favoriser la réinsertion des patients à l'aide de programmes non institutionnels sont, de l'avis des personnes concernées, insuffisants : entre autres, les services dits «alter-

natifs à l'hospitalisation» tels que les centres de jour, les familles d'accueil, les pavillons thérapeutiques, les services d'hospitalisation à domicile et enfin, d'autres ressources à caractère thérapeutique au sens large comme les ateliers protégés et les associations d'entraide mutuelle, ou encore non thérapeutiques comme les bureaux de placement spécialisés.

Les problèmes de réinsertion et de suivi ne se posent pas seulement en termes d'insuffisance. Il y aurait lieu également d'évaluer la qualité du suivi dans le cadre des ressources extra-hospitalières disponibles. En effet, parmi les réutilisateurs, la majorité avait été suivie en clinique externe, certains se trouvaient en familles d'accueil, etc., mais pas tous avec un égal bonheur.

La réutilisation de l'urgence indique que notre système psychiatrique réagit surtout lorsque les personnes se présentent en état de crise manifeste. Cet état de crise suppose, du moins en ce qui concerne les patients qui ont un profil de réutilisation, des difficultés majeures dans les activités préventives. On peut également en déduire que l'opérationnalisation actuelle des concepts de «continuité des soins» et de «suivi» extra-hospitalier ne semble pas donner les résultats escomptés pour ce qui est des groupes à risques élevés de réutilisation. On peut alors se demander si, dans ces cas, la psychiatrie communautaire (extra-hospitalière) n'est pas plutôt un complément à la psychiatrie hospitalière au lieu d'une alternative. La population opérerait en faveur du modèle socio-médical (services d'urgence des hôpitaux) lorsque le seuil de tolérance est atteint, et les équipes soignantes extra-hospitalières — encore aux prises avec les problèmes posés par la nouvelle psychiatrie (fonctionnement en équipe, multidisciplinarité, leadership, concertation, etc.) — s'accommoderaient de ce même modèle dans le cas des patients chroniques. Cette attitude ne contribuerait certes pas à contrecarrer les résistances de la collectivité à la pratique communautaire elle-même.

En effet, les attitudes et préjugés à l'égard des manifestations de la folie contribuent à rendre difficile l'application du modèle d'intervention généré par la réforme de l'asile : la psychiatrie communautaire axée sur le traitement des problèmes de santé mentale par le milieu. Notre société continue d'exiger, au-delà des réformes proposées,

l'exclusion des malades mentaux. La folie n'est pas seulement un événement médical ; elle est aussi un événement socio-politique par lequel les pressions sociales s'exercent en vue de marginaliser la personne «psychiatrique» afin de maintenir une distance sociale vis-à-vis la folie et ce, malgré la multiplication des structures d'intervention et la prolifération des agents de soins.

Ces considérations sont, à des degrés divers, présentées dans le phénomène de la réutilisation de services d'urgence, en dépit des changements survenus au Québec dans les modes d'organisation et de distribution des services psychiatriques.

Une fois l'hôpital psychiatrique perçu comme étant un instrument de répression sociale, diverses solutions de rechange ont été mises sur pied, telles les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les cliniques externes, les foyers thérapeutiques (pavillons et familles d'accueil), etc. Ces nouvelles ressources n'ont pas pour autant fait disparaître complètement l'hôpital à vocation psychiatrique, ni les tendances de la collectivité à marginaliser les personnes «psychiatriques». Ces changements ont surtout permis l'émergence d'une nouvelle pratique communautaire axée sur des activités extra-hospitalières.

En termes de priorité pour la recherche subséquente, les étapes suivantes nous semblent requises pour un modèle d'intervention qui se veut communautaire :

- Évaluer le type de suivi actuellement réalisé dans le cadre des ressources extra-hospitalières.
- Uniformiser l'opérationnalisation des concepts de «continuité des soins» et de «suivi» selon les équipes psychiatriques de secteur. Les différences entre les équipes soignantes quant à la conception et à l'application de ces mêmes concepts ont des conséquences sur l'homogénéité des services de réhabilitation, de post-cure et de relance. De plus, une application plus ou moins efficace de ces concepts dans un secteur donné a des répercussions sur les équipes soignantes des secteurs environnants.
- Concevoir, développer, valider et implanter un système de planification pour les malades chroniques psychiatriques⁵. La première phase, à l'aide d'instruments d'observation, consisterait à évaluer les besoins physiques, psychologiques, psychiatriques et sociaux des personnes ayant

ou ayant eu des problèmes importants de santé mentale. La deuxième phase consisterait à inférer les services requis par les bénéficiaires. Cette transformation impliquerait la participation des divers professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux et ergothérapeutes); ces derniers, constitués en comités d'experts, établiraient le type de services requis en vertu de règles précises (consensus du groupe, abstraction des ressources des établissements, activités préventives, etc.) qui définiraient le cadre de leur allocation. Un tel système permettrait a) de réaliser une évaluation optimale des besoins du bénéficiaire, b) de traduire ces besoins en termes de services de court, moyen et long terme, c) de réajuster les programmes extra-hospitaliers en fonction de ces mêmes besoins, d) de suivre l'évolution du bénéficiaire dans ses étapes de réinsertion sociale, et e) d'évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes dites psychiatriques. Il s'agirait essentiellement d'une démarche/réseau qui s'effectuerait dans le cadre d'un même secteur et qui impliquerait l'ensemble des ressources existantes de ce secteur.

- Explorer des actions préventives appropriées auprès des patients qui ne font pas encore partie du groupe des grands utilisateurs des services d'urgence.
- Élaborer des plans d'action en considérant la dynamique actuelle des ressources psychiatriques et des demandes et résistances de la communauté, afin d'identifier les lacunes et les faiblesses de l'organisation de la psychiatrie et de développer des programmes d'information et de sensibilisation.

La réforme de l'asile a, dans une période de temps relativement courte, engendré une variété de ressources et rendu légitime la présence d'une gamme de professionnels qui se sont définis des champs d'intervention spécifique dans le domaine général de la déviance qu'est devenue la maladie mentale. Les découvertes de la psychopharmacologie et la condamnation du milieu asilaire sont des facteurs qui ont rendu possible cette évolution du point de vue des intervenants. Mais ces changements ont également créé des conditions sociales nouvelles pour le malade psychiatrique. Les différentes composantes de ses conditions de vie dans la commu-

nauté sont, du point de vue de l'idéologie des agents de soins, perçues à juste titre comme plus humaines et thérapeutiques. Toutefois, le décodage de l'histoire médicale et sociale des patients réutilisateurs que nous venons d'effectuer nous incite à croire que l'asile se serait plutôt transformé en «des asiles personnalisés», dont la visibilité sociale moins apparente nous donne bonne conscience.

NOTES

1. Cette étude a déjà fait l'objet d'une série de deux (2) articles parus dans la revue *Santé mentale au Québec*, vol. IV, juin 1979 (n° 1) et vol. IV, novembre 1979 (n° 2).
2. Dans le cadre de cette étude, les *classes de diagnostic* constituent l'indicateur des types de détresse pour lesquelles les patients considérés comme «urgences psychiatriques» utilisent de nouveau les ressources de l'urgence.

Le classement des urgences a été effectué à partir du diagnostic d'entrée à l'urgence qui, dans la majorité des cas, correspond également au diagnostic de sortie. Les diagnostics (à partir d'un échantillon total de 492 diagnostics) ont ensuite été classés, dans la mesure du possible, selon les catégories de la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-II-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : psychoses associées à un problème organique, psychoses non associées à un problème organique, névroses, troubles de la personnalité, troubles divers (psychomatiques, transitoires, situationnels, etc.). En ce qui concerne les diagnostics posés par les professionnels de l'urgence qui ne trouvaient pas place dans la classification DSM-II (intoxications volontaires, dépressions, anxiété, tentatives de suicide), ils ont servi à constituer la classification complémentaire. Ce classement et cette répartition des urgences psychiatriques reflètent par conséquent la façon dont les différents intervenants (psychiatres, omnipraticiens, résidents) diagnostiquent les problèmes qui se présentent à eux.

Dans le cadre de cette étude, nous simplifions encore la classification en regroupant ces classes de diagnostic d'une manière dichotomique : les psychoses, et toutes les autres classes de diagnostic.

Les types d'établissements utilisés correspondent au regroupement des centres hospitaliers selon l'importance des services psychiatriques disponibles, à savoir : établissements offrant un service d'urgence à vocation exclusivement psychiatrique et établissement offrant un service d'urgence générale avec/ou sans département de psychiatrie.

3. L'échantillon «intentionnel» de 1 259 patients est obtenu à partir d'un échantillon maître de 2 442 cas de détresse psychiatrique. «Intentionnel» concerne ici l'opérationnalisation du concept de réutilisateur.
4. Les visites à l'urgence dans l'un ou l'autre des centres hospitaliers de la région n'apparaissent pas à coup sûr dans tous les dossiers. Ces lacunes, compte tenu de la taille de l'échantillon et des vérifications effectuées (révision des listes de détresse psychiatrique et des

dossiers médicaux), ne semblent pas cependant mettre en cause la représentativité de l'échantillon.

5. Un tel système a été développé par l'équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) de l'Université de Montréal en réponse à une problématique similaire relative à nos concitoyens âgés. Il s'agit d'un système de Classification des individus par Type de besoins en Milieu de Soins Prolongés (CTMSP).

RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L.L., 1976, A Note on Some Recent Studies of Released Mental Hospital Patient in the Community, *American Journal Psychiatry*, 133(1), January, p. 77-81.
- BOZZINI, L., et al., 1979, *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain - Analyse descriptive*, M.A.S., novembre, 246 p.
- BUELL, G., ANTHONY, W., 1973, Demographic Characteristics as Predictors of Recidivism and Post-Hospital Employment, *Journal of Counseling Psychology*, vol. 20, n° 4, p. 361-365.
- COMITÉ DE LA PSYCHIATRIE DU QUÉBEC, 1979, *Situation de la psychiatrie au Québec : lacunes et perspectives d'organisation*, février, 42 p.
- DIATKINE, G.M., 1970, *La psychiatrie de secteur et les urgences*, Paris, thèse pour le doctorat en médecine (diplôme d'état), 78 p.
- LOREI, T., GUREL, L., 1973, Demographic Characteristics as Predictor of post hospital Employment and Readmission, *Journal of Counseling and clinical psychology*, Vol. 40, p. 426-430.
- MANNINO, F.V., SHORE, M.F., 1974, Family Structure after Care and Post-Hospital Adjustment, *American Journal of Orthopsychiatric*, vol. 44, p. 76-85.
- ROSENBLATT, A., MAYER, J.E., 1974, The Recidivism of Mental Patients : a Review of Past Studies, *American Journal of Orthopsychiatric*, 44(5), p. 697-706.
- SCHWEITZER, L., KIERSZENBAUM, H., 1978, Community Characteristics that Affect Hospitalization and Rehospitalization Rates in a Municipal Psychiatric Hospital, *Community Mental Health Journal*, 14(1), p. 63-73.
- WILLER, B., MILLER, G., 1977, A Brief Scale for Predicting Rehospitalization of Former Psychiatric Patients, *Canadian Psychiatry Association Journal*, vol. 22, p. 77-81.
- WOOGH, C.M., et al., 1979, Psychiatric Hospitalization in Ontario : the Revolving Door in Perspective, *Canadian Medical Association Journal*, 116(8), avril, p. 876-881.

ZUSMAN, J., 1970, Community Psychiatry in 1970 - Some Success and Failures, *Psychiatric Quarterly* (44), p. 637-705.

SUMMARY

This study lies within the framework of an earlier descriptive study related to psychiatric problems in the Montreal metropolitan area. That study showed that there is a high level of re-utilization of emergency services by people who have had or still have serious mental health problems.

This phenomenon is investigated in the present study with a view firstly for describing the incidence of the re-utilization of emergency services in the 6A social/health region and secondly, for showing the contribution of certain factors that, from the viewpoint of socio-psychiatric features of a target group of patients, are presupposed determinants of re-utilization.

The analysis of a collection of socio-demographic and clinical is based on a sample of 1 259 patients re-utilizers of emergency resources. On one hand, such an analysis provided a certain number of factual data for describing the types of re-utilization profiles and identifying the group of patients concerned. On the other hand, the proposed conceptual pattern aims at situating the various factors involved and contributes therefore to defining a perspective that would consider the dynamics various components of the re-utilization (general model).

Our hypothesis to the effect that the social-demographic and clinical variables associated to the socio-psychiatric profiles of known patients in the public network only accounts for a weak proportion of the re-utilization, is confirmed.

This important conclusion suggests that the other field of determination, particularly the functioning of our system of care distribution (continuity of care, follow up, procedures theories within the framework on non-institutional services) and the difficulties of reintegration encountered by people identified as being «mental» (community's tolerance) would be the most determinant factors of re-utilization.

The present discussion proposes several ways of considering the necessity for developing a general problematic based on the fact that the phenomenon of re-utilization is both the result of a special type of interdependence between the system of care distribution and the identified patient in the network, as well as the result of the interdependence between this person, his/her illness and his/her social setting.