

Les urgences psychiatriques : qui y va et pourquoi?

Louise Blais

Volume 11, Number 1, June 1986

Politiques et modèles I

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030330ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030330ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Blais, L. (1986). Les urgences psychiatriques : qui y va et pourquoi? *Santé mentale au Québec*, 11(1), 177–180. <https://doi.org/10.7202/030330ar>

Communications brèves

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES: QUI Y VA ET POURQUOI?

Le phénomène du débordement des urgences fait l'objet de maintes études, discussions et orientations ces derniers temps. Ce problème épineux concerne deux types de clientèles, particulièrement visibles en tant qu'utilisateurs des services d'urgences, à savoir: les personnes âgées et les cas psychiatriques (Spitzer, 1985).

Pour ces derniers, qui font l'objet du présent article, le consensus est loin d'être établi sur ce que constitue une véritable urgence psychiatrique. En effet, tant du côté des intervenants à la base que des auteurs de nombreux rapports d'enquêtes des services psychiatriques ou de santé mentale, on cherche à comprendre le phénomène de débordement des urgences psychiatriques en juxtaposant systématiquement les notions de crise psychiatrique et de crise sociale. C'est sur cette toile de fond qu'une enquête fut menée, à titre exploratoire, dans une urgence psychiatrique de Montréal, à l'été 1985¹.

Cette enquête avait deux buts. Le premier, plus traditionnel, cherchait à décrire les caractéristiques socio-démographiques, économiques et cliniques de la clientèle. Le second voulait explorer le cheminement jusqu'à l'urgence psychiatrique, c'est-à-dire les raisons ou les conditions évoquées pour justifier le recours à l'urgence, ainsi que les attentes que l'on avait vis-à-vis de ce système.

L'enquête s'est donc déroulée en deux parties. La première a été faite à l'aide d'un questionnaire soumis par les infirmières de l'accueil à l'ensemble des visiteurs de l'urgence, entre le 1^{er} juillet et le 31 août 1985. L'urgence a enregistré près de 600 visites durant cette période, et 87% des visiteurs ont accepté de répondre au questionnaire. Certaines informations cliniques, telles que le diagnostic ou l'orientation de la personne à la sortie de l'urgence, ont été tirées des dossiers hospitaliers.

La seconde partie était constituée d'entrevues semi-ouvertes, réalisées sur une période de trois semaines, en juillet, auprès d'une cinquantaine de personnes qui ont accepté de parler du contexte dans lequel s'inscrivait leur décision de venir à l'urgence. Une synthèse des deux parties de l'enquête constituera l'essentiel du texte qui suit.

QUELQUES DONNÉES BRUTES

Sur l'ensemble des visiteurs à l'urgence, il y avait à peine plus de femmes que d'hommes (52% contre 48%). Cependant, la représentation sexuelle variait selon les groupes d'âges: chez les moins de 40 ans, il y avait plus d'hommes et, inversement, plus de femmes parmi les plus de 40 ans.

Le tiers des visiteurs avait moins de 30 ans, et 60% moins de 40 ans. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 11% des visiteurs.

Sur le plan de l'histoire clinique, la plupart des visiteurs n'en étaient pas à leur premier contact avec les services psychiatriques. En effet, 70% avaient connu au moins une intervention psychiatrique dans les cinq années précédant l'enquête. Et, parmi ceux-ci, la plupart avait été hospitalisé au moins une fois durant la dernière année. Côté diagnostic, on mentionne, notamment et par ordre d'importance décroissant, les troubles de la personnalité, les psychoses, les dépressions majeures et la schizophrénie.

La moitié des visites à l'urgence se sont terminées par un congé après consultation avec l'omnipraticien et le psychiatre. Près de 40% des visiteurs ont été retenus à l'observation psychiatrique pour des périodes allant de un à seize jours. Le quart a été transféré aux divers services internes, suite à une intervention à l'urgence et à l'observation psychiatrique.

Sur le plan social, l'enquête confirme les données d'autres études sur la clientèle psychiatrique. En effet, la situation socio-économique des visiteurs à l'urgence semble très précaire, la majorité disposant d'un revenu annuel inférieur à 10 000\$. De plus, un nombre important (25%) se trouve dans la catégorie de revenu allant de 4 000\$ à 5 999\$, et 15% disposent de moins de 4 000\$ comme revenu annuel. En somme, les deux tiers (2/3) des visiteurs disposent d'un revenu annuel inférieur à 20 000\$.

Quand on regarde les revenus en fonction des groupes d'âges, on voit des différences significatives, qui viennent confirmer une étude récente sur la pauvreté dans la région métropolitaine de Montréal (Wilkins, 1985). En effet, plus on est jeune, plus on se retrouve dans les tranches de revenu les moins élevées. Parmi les moins de trente ans venus à l'urgence, 65% disposaient d'un revenu inférieur à 6 000\$ alors qu'ils ne représentent que le tiers de la clientèle. D'autre part, les femmes sont plus nombreuses dans les tranches de revenu inférieures à 10 000\$, et la situation s'inverse à mesure que l'on gravit l'échelle des revenus.

Au chapitre du statut social, 80% des visiteurs vivent d'une forme ou d'une autre d'assistance publique: assurance-chômage, pensions, indemnités et, de loin la catégorie la plus importante, Bien-être social. C'est donc dire que l'écrasante majorité se trouve en marge du système de production de biens et de services, qui est valorisé socialement.

Dans une perspective écologique (ou bio-psychosociale) on ne peut sous-estimer l'impact, ou plutôt la part, du processus de marginalisation en ce qui concerne la problématique santé/maladie mentale. Car ce qui est en jeu ici, c'est l'équilibre – très fragile en l'occurrence – qui permet à un individu de s'intégrer socialement, d'être autonome et responsable, de nouer des relations significatives, de pouvoir faire face au stress... C'est avec cette perspective en arrière plan que l'enquête a tenté de faire ressortir des informations qualitatives pouvant éclairer un tant soit peu la trajectoire qui mène à l'urgence.

LES DONNÉES QUALITATIVES

Par le biais d'entrevues semi-dirigées auprès d'une cinquantaine de personnes, nous voulions cir-

conscrire, entre autres: les facteurs qui précipitent la venue à l'urgence; les démarches pour obtenir de l'aide ailleurs, et les attentes que l'on nourrit face à l'urgence.

En abordant ces thèmes d'entrevues, nous prenions pour acquis que le geste de venir à l'urgence psychiatrique traduisait le dépassement d'un certain seuil de tolérance chez un individu, ou chez son entourage, face au quotidien. Il s'agit *a priori* d'un geste qui sort de l'ordinaire quotidien et qui reflète un *processus* (avec des facteurs et des déterminants) entraînant une *action*. En ce sens, venir à l'urgence constitue une *décision* qui se fonde sur des éléments concrets, identifiables et, à la limite, mesurables.

Nous ne pouvons, dans ce court article, rendre compte de la diversité et de la richesse des informations recueillies. En voici donc une brève synthèse.

Les justifications principales que l'on donne pour venir à l'urgence gravitent autour des points suivants:

- des *problèmes physiques*, que l'on attribue parfois à l'état d'âme ou au stress, aux médicaments ou à l'alimentation;

- des problèmes d'ordre *social et économique*, d'une envergure qui ne peut nous laisser indifférents. Les conditions matérielles et quotidiennes qui sont décrites semblent vouer à l'échec, ou en tout cas saboter, toute volonté de prendre le dessus et de s'en sortir.

- des problèmes *psychiques*, vécus et perçus comme une souffrance, un mal qui entrave le fonctionnement. On décrit alors la crise qui précipite la venue à l'urgence comme le résultat d'un processus évolutif que l'on a pas pu, ou su, freiner à temps.

- un *isolement* total, particulièrement présent chez les anciens cas mais non exclusivement, et qui reflète un *manque*, souvent flagrant, au niveau du réseau de soutien ou des personnes significatives. Cet isolement va souvent de pair avec des problèmes de *relations* de la personne malade avec son entourage, problèmes qui laissent entrevoir des phénomènes de dépassement, de débordement, d'intolérance ou de rejet. Cette attitude de l'entourage nous paraît difficile à mesurer et à évaluer en l'absence d'enquêtes plus approfondies portant spécifiquement sur le milieu ambiant.

— des *épreuves*, souvent à *caractère violent*, sont mentionnées comme des éléments déclencheurs de crise: (viol, vol à main armée, cambriolage, incendie). Il est important de souligner que la moitié des nouveaux cas interviewés ont mentionné une épreuve majeure comme cause principale de leur mal et de leur appel à l'aide. De plus, un certain nombre d'anciens cas ont parlé d'événements critiques qu'ils avaient subis dans un passé récent et qui les auraient déjà inscrits dans le réseau de la psychiatrie.

Si l'on a eu recours à l'urgence, ce n'est pas faute d'avoir cherché de l'aide ailleurs. Au contraire, surtout chez les personnes qui en étaient à leur premier contact avec les services psychiatriques, on énumère les tentatives faites dans ce sens avant qu'il ne soit trop tard. Bien entendu, on s'est tourné d'abord vers le réseau primaire (les proches, la famille, les amis). Mais celui-ci étant passablement effrité ou fragile, on s'est adressé aux réseaux des services publics ou privés, ou encore bénévoles, sans pour autant trouver l'aide qui aurait permis ou dénouer une situation critique.

Évidemment on exprime plusieurs attentes qui renvoient à des pathologies individuelles (angoisse, dépression, idées suicidaires, délire, hallucinations...). On sollicite l'attention et l'aide d'un thérapeute pour dénouer des conflits (parfois avec les proches), ou pour combler divers besoins: autre foyer, dépannage, repos, gîte, nourriture, ajustements de médicaments, certificats d'invalidité... Bref, autant d'attentes qui montrent qu'au delà de la pathologie, l'urgence psychiatrique est appelée à remplir des fonctions fort variées.

Le désarroi et le malaise ressentis en entrevue pour expliquer la présence à l'urgence, n'étaient pas du même ordre, ni de même ampleur, d'un répondant à l'autre. La chose était évidente même pour un regard non clinique. Mais les conditions objectives qui ont été évoquées pour décrire et situer ledit désarroi, indiquent qu'on ne peut le *réduire* à cette pathologie.

EN GUISE DE CONCLUSION

La diversité des informations recueillies rend délicate toute tentative de décrire un profil type de la clientèle de l'urgence psychiatrique. Comment alors articuler les éléments d'information sans tomber

dans le piège d'un profil hermétique, qui ne rendrait pas compte d'une réalité fort complexe?

S'il y a un profil qui se dégage de cette enquête, il comporte plusieurs facteurs auxquels on ne peut assigner un ordre clinique, au sens strict du terme. Les problèmes évoqués pour expliquer la présence à l'urgence étaient d'ordre tantôt biologique, tantôt psychologique, tantôt social; et la plupart du temps, les trois à la fois. En ce sens, nous pourrions nous inspirer du modèle bio-psychosocial pour traduire ce qui se dessine à travers les informations cueillies. Mais ce modèle n'est utile que dans la mesure où il permet de saisir la nature dialectique de ces interrelations et de comprendre qu'entre la personne en demande d'aide et le milieu, il y a un rapport qui impose la réflexion et l'action dans les divers théâtres où se déroule la scène des troubles psychiques.

Les informations recueillies indiquent aussi qu'au-delà de la pathologie individuelle, les chemins qui mènent à l'urgence sont multiples et variés. Du réseau des professionnels de la santé ou des groupes bénévoles aux services sociaux ou judiciaires, en passant par les centres de main-d'oeuvre, l'urgence psychiatrique devient une espèce de bout de ligne pour recevoir les malaises, les symptômes ou les crises qui n'ont pu trouver d'issue ailleurs: le trop-plein des multiples services de l'État, construit dans l'effritement du tissu social, économique, communautaire, familial... «Un système fait, nous disait une des personnes interviewées, pour que t'oublies de te défendre».

Louise Blais
D.S.C. de l'Hôpital
du Sacré-Coeur

NOTE

1. Il s'agissait de l'urgence psychiatrique du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur. Au moment de l'enquête, l'urgence psychiatrique venait tout juste d'être séparée de l'urgence générale de l'hôpital, où la fameuse «salle 14», réservée aux cas psychiatriques, avait longtemps été source de nombreux maux/mots. L'enquête a été menée par le D.S.C. du même hôpital, entre le 1^{er} juillet et le 31 août 1985.

RÉFÉRENCES

- BARDIN, L., 1977, *L'Analyse de contenu*, P.U.F., Paris.
BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L., 1983, *Le plein-emploi: pourquoi?*, P.U.Q., I.R.A.T.

- BORGEAT, F., 1979, *Enquête rétrospective sur la circulation des malades dans le système de soins du Pavillon Albert-Prévost*, 1976-1977, Document de travail, P.A.P., texte ronéotypé.
- BOZZINI, L., CONTANDRIOPOULOS, A.P., LEBEAU, A., PINEAULT, R., 1979, *Les urgences psychiatriques dans la région de Montréal métropolitain: Analyse descriptive*, Université de Montréal, Département de l'administration de la santé.
- BRENNER, M.H., 1973, *Mental Illness and the Economy*, Harvard University Press, Cambridge.
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P., 1975, *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*, P.U.F., Paris.
- DEMERS, M., 1982, *Les jeunes et le chômage: conséquences psychologiques et sociales*, Recherche subventionnée par le C.Q.R.S., Université de Laval, Département de médecine sociale et préventive.
- KRAHN, HARVEY et al., 1985 The social-psychological impact of unemployment in Edmonton, *C.J.P.H.*, 76, march/avril, 88-92.
- LAMONTAGNE, Y., 1985, *L'ampleur des maladies mentales au Québec*, Québec Science Éditeur, Sillery.
- 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.
- MORIN, E., 1984, *Sociologie*, Paris, Fayard.
- PATTON, M.Q., 1980, *Qualitative Evaluation Methods*, Sage Publications, Beverly Hills.
- ROSS, C., HUBER, J., 1985, Hardship and depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 26, décembre, 312-327.
- SEVIGNY, R., 1983, *L'intervention en santé mentale; premiers éléments pour une analyse sociologique*, Montréal, Équipe de recherche-action en sociologie de la santé mentale (E.R.A.S.S.N.), Les cahiers du C.I.D.A.R., Département de sociologie, Université de Montréal, septembre.
- SMITH, R., 1985, Occupationless health: How does unemployment lead to poorer mental health, *British Medical Journal*, 291, 1409-1412.
- Sociologie et Société*, 1982, La sociologie: une question de méthodes, XIV, No 1, avril.
- WILKINS, RUSSEL et al., 1985, *Données sur la pauvreté dans la région métropolitaine de Montréal: à partir d'une série de totalisations spéciales du recensement de 1981*, Montréal, D.S.C./M.G.H., juin.