

Article

« Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain : quelques différences entre les hommes et les femmes »

Aimé Lebeau, Luciano Bozzini, André-Pierre Contandriopoulos et Raynald Pineault
Santé mentale au Québec, vol. 4, n° 2, 1979, p. 25-52.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030055ar>

DOI: 10.7202/030055ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES DANS LA RÉGION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN : QUELQUES DIFFÉRENCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

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

Le thème du présent numéro vise à caractériser la situation des femmes à l'égard de certains aspects de la santé mentale. C'est une occasion de présenter certaines données d'une recherche sur les urgences psychiatriques effectuée dans la région du Montréal métropolitain¹.

Cet article comporte trois parties. Dans une première partie, on décrira d'une manière générale les patients considérés comme «urgences psychiatriques» dans la région de Montréal, selon certaines caractéristiques socio-démographiques et économiques et ensuite selon les différents types de détresse psychiatrique.

Dans une deuxième partie, un portrait plus détaillé de la clientèle de l'urgence psychiatrique sera brossé en mettant en relief les différences entre la clientèle féminine et la clientèle masculine. Enfin, dans une troisième et dernière partie, seront présentées des données relatives à une dimension importante de l'intervention médicale en psychiatrie d'urgence, à savoir les premières décisions prises par les professionnels de la santé de service à l'urgence en réponse à cette demande.

1,0 DESCRIPTION GÉNÉRALE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE PSYCHIATRIQUE DES SALLES D'URGENCE :

1,1 *LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES :*

Le tableau ci-dessous résume les données relatives aux caractéristiques socio-démographiques étudiées².

Ce tableau montre que la clientèle psychiatrique qui fréquente les salles d'urgence de Montréal est une population jeune. L'âge moyen pour l'ensem-

Monsieur A. Lebeau est agent de recherche; Messieurs L. Bozzini, A.-P. Contandriopoulos sont professeurs adjoints au département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal, le docteur R. Pineault est professeur agrégé au département de Médecine sociale et préventive à cette même université. Ces données sont tirées d'une étude qui a été subventionnée par le Ministère des Affaires sociales du Québec (projet n° CT : 102-014).

Tableau 1

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES
DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES COMPARÉES À CELLES DE LA POPULATION***

CARACTÉRISTIQUES	PATIENTS PSYCHIATRIQUES DES SALLES D'URGENCE %	POPULATION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN EN 1971 ³ %
SEXE :		
Masculin	47,0	48,0
Féminin	53,0 (N : 2416)	52,0
GROUPES D'ÂGE :		
15-24	23,8	24,9
25-34	28,9	20,3
35-44	21,8	17,5
45-64	20,7	27,1
65 ans et plus	4,8 (N : 2370)	10,2
ÉTAT CIVIL :		
Célibataire	46,6	31,4
Marié	32,9	61,2
Divorcé-séparé	17,0	1,0
Veuf	3,5 (N : 2326)	6,3
GROUPES ETHNIQUES :		
Canadien-français	69,9	63,2
Canadien-anglais	19,0	22,6
Immigrant	11,1 (N : 2363)	14,2
POPULATION ACTIVE/INACTIVE :		
Population active	47,8	56,0
Population inactive	52,2 (N : 2183)	44,0

* Rappelons que ces données ont été obtenues par un échantillonnage représentatif de la clientèle qui utilise les services d'urgence psychiatrique (voir le premier article sur cette recherche paru dans cette même revue, vol. IV, n° 1, juin 1979).

ble de la clientèle psychiatrique adulte est de 35 ans, alors que l'âge moyen de la population adulte de Montréal est de 40 ans. La moitié des patients (50,7%) ont entre 25 et 40 ans, alors que seulement un peu plus du tiers de la population (37,8%) se situe dans ce groupe d'âge ($P < 0,001$)⁴.

Si on compare les statistiques de la population de Montréal à la répartition des patients psychiatriques selon le sexe, on constate que les femmes sont légèrement sur-représentées alors que les hommes sont légèrement sous-représentés (différence qui n'est cependant pas statistiquement significative). Cette légère sur-représentation de la population féminine parmi la clientèle psychiatrique distingue la clientèle de l'urgence psychiatrique de la clientèle de l'urgence générale. En effet, selon une étude du Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, il n'y aurait que 45% de femmes parmi la clientèle de l'urgence générale à Montréal (CRSSSMM, 1974).

Le tableau 1 montre également qu'il y a une forte sur-représentation des personnes célibataires et divorcées ou séparées dans les salles d'urgence comparativement au pourcentage de personnes qui ont de tels statuts civils dans la population de la région. En effet, il y a plus de célibataires parmi la clientèle psychiatrique, soit 46,6% comparativement à 31,4% dans la population. Également, il y a 17 fois plus de personnes divorcées ou séparées, soit 17,0% de personnes divorcées ou séparées aux salles d'urgence comparativement à 1% dans la population totale. Corrélativement, il y a une nette sous-représentation des personnes mariées et veuves aux salles d'urgence.

On voit également au tableau 1 que la demande pour l'urgence psychiatrique est significativement différente selon la nationalité ($P < 0,001$). Les Canadiens-français sont sur-représentés parmi la clientèle de l'urgence psychiatrique alors que les Canadiens-anglais et les immigrants sont sous-représentés.

Enfin, un regroupement des divers statuts d'emploi au moment de l'urgence montre que, parmi ces patients de l'urgence, la population inactive est nettement sur-représentée comparativement au pourcentage de gens économiquement inactifs dans la population générale ($P < 0,001$).

Ces particularités de la clientèle psychiatrique des salles d'urgence de Montréal se retrouvent en général dans la clientèle psychiatrique des services d'urgence sur tout le continent Nord-Américain; en effet les études de Chafetz et collaborateurs (1966), Miller (1968), Ungerleider (1960), Blais et Georges (1969), Schwartz et Errera (1963), Atkins (1967), Silvert (1964) démontrent : une prédominance des patients psychiatriques aux salles d'urgence dont l'âge se situe autour de 30 ans et une sous-représentation des patients au-dessus de 60 ans; une sur-représentation de la population féminine; une proportion significativement plus élevée de personnes célibataires, divorcées ou séparées; une utilisation des salles d'urgence par des patients psychiatriques appartenant surtout à un faible niveau socio-économique⁵.

1,2 *INCIDENCE DES TYPES DE DÉTRESSES PSYCHIATRIQUES :*

Dans cette section, seront présentées et commentées des données sur les différentes situations de détresse psychiatrique pour lesquelles la clientèle étudiée requiert les services de l'urgence.

Le tableau 2 ci-dessous récapitule la distribution des urgences psychiatriques selon un regroupement en 10 classes de diagnostic basé sur les diagnostics d'entrée posés par les différents types de professionnels de la santé de service à l'urgence (psychiatres, omnipraticiens, résidents).

Avant de commenter ces données, les précisions suivantes concernant la classification des urgences psychiatriques utilisée, sont nécessaires :

- Afin de classer les urgences, on a utilisé le diagnostic d'entrée à l'urgence qui, dans la majorité des cas, correspond également au diagnostic de sortie. Un diagnostic final est disponible seulement dans le cas des patients hospitalisés.
- 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*). Quant aux diagnostics posés par les professionnels de l'urgence qui ne trouvaient pas place dans la classification DSM-II (anxiété, intoxications volontaires, etc.), ils ont servi à constituer la classification complémentaire ci-dessus.
- Ce classement et cette répartition des urgences psychiatriques reflètent par conséquent la façon dont les différents professionnels de la santé de service à l'urgence (psychiatres, omnipraticiens, résidents) diagnostiquent les problèmes qui se présentent à eux.

On observe au tableau 2 que plus du tiers (35,5% – ne considérant pas la catégorie «autres» présente également dans la classification DSM-II) des patients qui sont pris en charge pour des problèmes «d'urgence psychiatrique» par les hôpitaux de Montréal ont des diagnostics qui ne sont pas pris en considération comme tels par la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-II). Entre autres : intoxications volontaires, «dépressions», anxiété, etc.

Les problèmes psychiatriques les plus souvent diagnostiqués sont : les psychoses (qui représentent 29,1% des urgences), les «dépressions» et les troubles de la personnalité (qui constituent respectivement 15,7% et 14,8% de la demande de soins psychiatriques d'urgence). Les autres classes de diagnostic importantes sont les intoxications volontaires, les névroses et les problèmes d'anxiété. Ainsi, 86,9% des détresses psychiatriques des salles d'urgence de la région étudiée sont diagnostiquées selon ces principales classes de diagnostic.

Parmi les psychoses, la schizophrénie est la maladie mentale la plus fréquemment diagnostiquée alors que parmi les troubles de la personnalité les problèmes d'alcoolisme sont les plus fréquents.

Tableau 2

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES
DES SALLES D'URGENCE PAR CLASSES DE DIAGNOSTIC

Classes de diagnostic	Ensemble des services d'urgence du Montréal métropolitain	
CLASSIFICATION DSM-II		
Psychoses associées à un problème organique :	3,6	
– démence sénile et pré-sénile		0,6
– psychoses alcooliques		1,7
– psychoses associées à d'autres affections organiques		1,3
Psychoses non associées à un problème organique spécifique :	25,5	
– schizophrénie		14,3
– psychoses affectives		3,7
– états délirants		2,1
– autres psychoses		5,4
Névroses	10,0	
Troubles de la personnalité	14,8	
– troubles spécifiques		6,7
– déviations sexuelles		0,3
– alcoolisme		5,8
– pharmacodépendance		2,0
Troubles divers (psychosomatiques, transi- toires, situationnels, arriération, etc.)	5,6	Total : 59,5
CLASSIFICATION COMPLÉMENTAIRE		
Intoxications volontaires	11,8	
Dépressions (*)	15,0	
Anxiété	6,2	
Tentatives de suicide	2,5	
Autres	5,0	Total : 40,5
TOTAL	100,0 (n : 2309)	100%

(*) On ne spécifie pas au dossier médical si les dépressions sont de nature névrotique ou pas.

Il est difficile de comparer l'incidence de ces types de détresses psychiatriques par rapport à d'autres études concernant les urgences psychiatriques. En effet, le regroupement des diagnostics n'est pas uniforme dans l'ensemble de ces études. De plus, le diagnostic posé dépend en partie du type de professionnel de la santé de service à l'urgence, cela étant variable d'une étude à l'autre.

2, DIFFÉRENCES ENTRE LA CLIENTÈLE MASCULINE ET FÉMININE DE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE :

Cette section sera consacrée à une description plus exhaustive de la clientèle de l'urgence psychiatrique en fonction du sexe, des variables socio-démographiques traitées dans la section précédente et du type de détresse. Elle permettra donc de brosser un portrait plus détaillé du patient de l'urgence psychiatrique.

2,1 CLIENTÈLE MASCULINE ET FÉMININE ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :

On a vu au tableau 1 qu'il n'y a pas de différence significative entre la distribution, selon le sexe, des patients psychiatriques et de la population. Les tableaux suivants ont pour objectif de déterminer si des différences entre les sexes émergent lorsqu'on croise cette variable avec les autres variables socio-démographiques.

2,1,1 RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SELON L'ÂGE ET LE SEXE :

Tableau 3

RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DES SALLES D'URGENCE ET DE LA POPULATION DE MONTRÉAL SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Groupes d'âge	Patients psychiatriques des salles d'urgence			Population du Montréal métropolitain		
	Sexe		Δ (M-F) en %	Sexe		Δ (M-F) en %
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	
15 - 24	26,8	21,2	5,6	25,6	24,2	1,4
25 - 34	29,6	28,3	1,3	21,1	19,5	1,6
35 - 44	20,8	22,7	-1,9	18,1	17,0	1,1
45 - 64	19,0	22,2	-3,2	26,7	27,5	-0,8
65 +	3,8	5,7	-1,9	8,5	11,8	-3,3
Total	100,0 (N = 1116)	100,0 (N = 1252)		100,0	100,0	

On voit au tableau 3 que des relations statistiquement significatives émergent lorsqu'on croise la variable sexe par l'âge. Il y a, par rapport à la population, une sur-représentation de la clientèle féminine entre 35 et 64 ans. Corrélativement, les hommes sont sur-représentés dans la classe d'âge de 15 à 24 ans ($P < 0,10$).

Ce tableau permet simultanément de constater que la sur-représentation parmi la clientèle psychiatrique de la classe d'âge de 25 à 34 ans constatée au tableau 1 se maintient de façon à peu près égale pour les deux sexes.

2,1,2 RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SELON L'ÉTAT CIVIL ET LE SEXE :

Tableau 4

RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DES SALLES D'URGENCE ET DE LA POPULATION DE MONTRÉAL SELON L'ÉTAT CIVIL ET LE SEXE

État civil	Patients psychiatriques des salles d'urgence			Population du Montréal métropolitain		
	Sexe		Δ (M-F) en %	Sexe		Δ (M-F) en %
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	
Célibataire	59,7	35,1	24,6	33,3	29,6	3,7
Marié	23,8	40,9	-17,1	63,4	59,2	4,2
Divorcé/ séparé	14,7	19,0	- 4,3	0,9	1,2	-0,3
Veuf	1,8	5,0	- 3,2	2,4	10,0	-7,6
Total	100,0 (N : 1089)	100,0 (N : 1237)		100,0	100,0	

Source : Statistique Canada, recensement 1971, Cat. 92-717, Vol. 1, Part. 2, avril 1973.

On a vu au tableau 1 que les patients célibataires et divorcés/séparés sont nettement sur-représentés parmi la clientèle psychiatrique des salles d'urgence alors que les patients mariés et veufs sont sous-représentés.

Le tableau 4 permet de qualifier ces résultats en comparant pour chaque sexe, la distribution par état civil de la clientèle psychiatrique et de la population. On y remarque que la forte sur-représentation de célibataires dans la population psychiatrique est surtout due à un fort surplus d'hommes (59,7% vs 33,3%). La forte sur-représentation des divorcés/séparés se répartit de telle sorte que les femmes sont légèrement sur-représentées par

rapport aux hommes (19,0% vs 14,7%). Le pourcentage de patients psychiatriques mariés est par contre nettement plus élevé parmi les femmes que parmi les hommes. Quant à la sous-représentation des veufs/veuves dans la population psychiatrique, on voit qu'elle est uniquement due à une sous-représentation des veuves (5,0% vs 10,0%).

Ces relations ont été également identifiées et analysées par de nombreuses études sur ce sujet. Ainsi, les 17 études recensées par Gove (1972) montrent une incidence plus élevée de la maladie mentale parmi la population masculine célibataire et une incidence plus élevée de la maladie mentale chez les femmes mariées que chez les hommes mariés.

2,1,3 RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SELON L'ORIGINE ETHNIQUE ET LE SEXE :

Tableau 5

RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DES SALLES D'URGENCE ET DE LA POPULATION DE MONTRÉAL SELON LE GROUPE ETHNIQUE ET LE SEXE

Ethnie	Patients psychiatriques des salles d'urgence			Population du Montréal métropolitain		
	Sexe		Δ (M-F) en %	Sexe		Δ (M-F) en %
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	
Canadienne- française	70,9	69,0	1,9	62,6	63,6	-1,0
Canadienne anglaise	18,7	19,3	0,6	22,5	22,8	-1,4
Immigrant	10,4	11,7	-1,3	14,9	13,5	1,4
Total	100,0 (N : 1114)	100,0 (N : 1241)		100,0	100,0	

Source : Statistique Canada, recensement 1971, Cat. 92-725, Vol. 1, Part. 3 (Bulletin 1, 3-4), avril 1973.

Le tableau 5 montre que les résultats selon la nationalité constatés au tableau 1 — sur-représentation des Canadiens-français et sous-représentation des Canadiens-anglais et des immigrants — se maintiennent de façon à peu près équivalente pour les deux sexes. Autrement dit : pour un même groupe ethnique, la probabilité d'être un patient psychiatrique n'est pas tellement différente pour une femme que pour un homme.

2,1,4 RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SELON
L'APPARTENANCE À LA POPULATION ACTIVE/INACTIVE
ET LE SEXE :

Tableau 6

RÉPARTITION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DES SALLES D'URGENCE
ET DE LA POPULATION DE MONTRÉAL SELON LA POPULATION ACTIVE/
INACTIVE ET LE SEXE

Population active/ inactive	Patients psychiatriques des salles d'urgence			Population du Montréal métropolitain		
	Sexe		$\Delta(M-F)$ en %	Sexe		$\Delta(M-F)$ en %
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	
Population active	65,8	32,8	33,0	74,5	38,9	35,6
Population inactive	34,2	67,2	-33,0	25,5	61,1	-35,6
Total	100,0 (N : 989)	100,0 (N : 1194)		100,0	100,0	

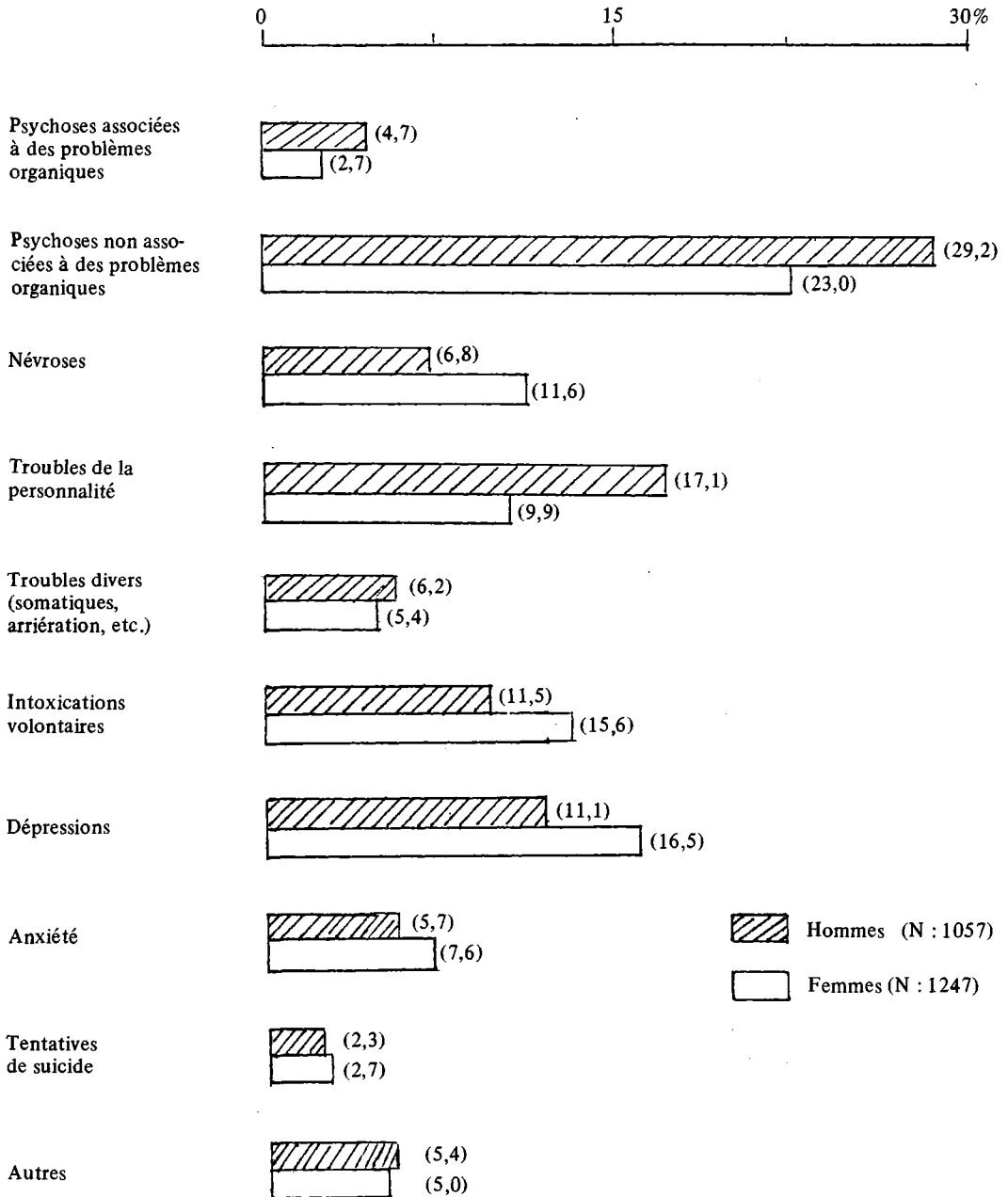
Source : Statistique Canada, recensement 1971, Cat. 94-705, Vol. III, Part. 1, novembre 1974.

On a vu au tableau 1 qu'il y a parmi la clientèle psychiatrique des salles d'urgence une sur-représentation des gens économiquement inactifs. Le tableau 6 ci-dessus montre que cette sur-représentation, parmi les patients psychiatriques, des gens économiquement inactifs est à peu près équivalente pour les hommes comme pour les femmes.

2,2 CLIENTÈLE MASCULINE ET FÉMININE, CARACTÉRISTIQUES
SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET TYPES DE DÉTRESSE :

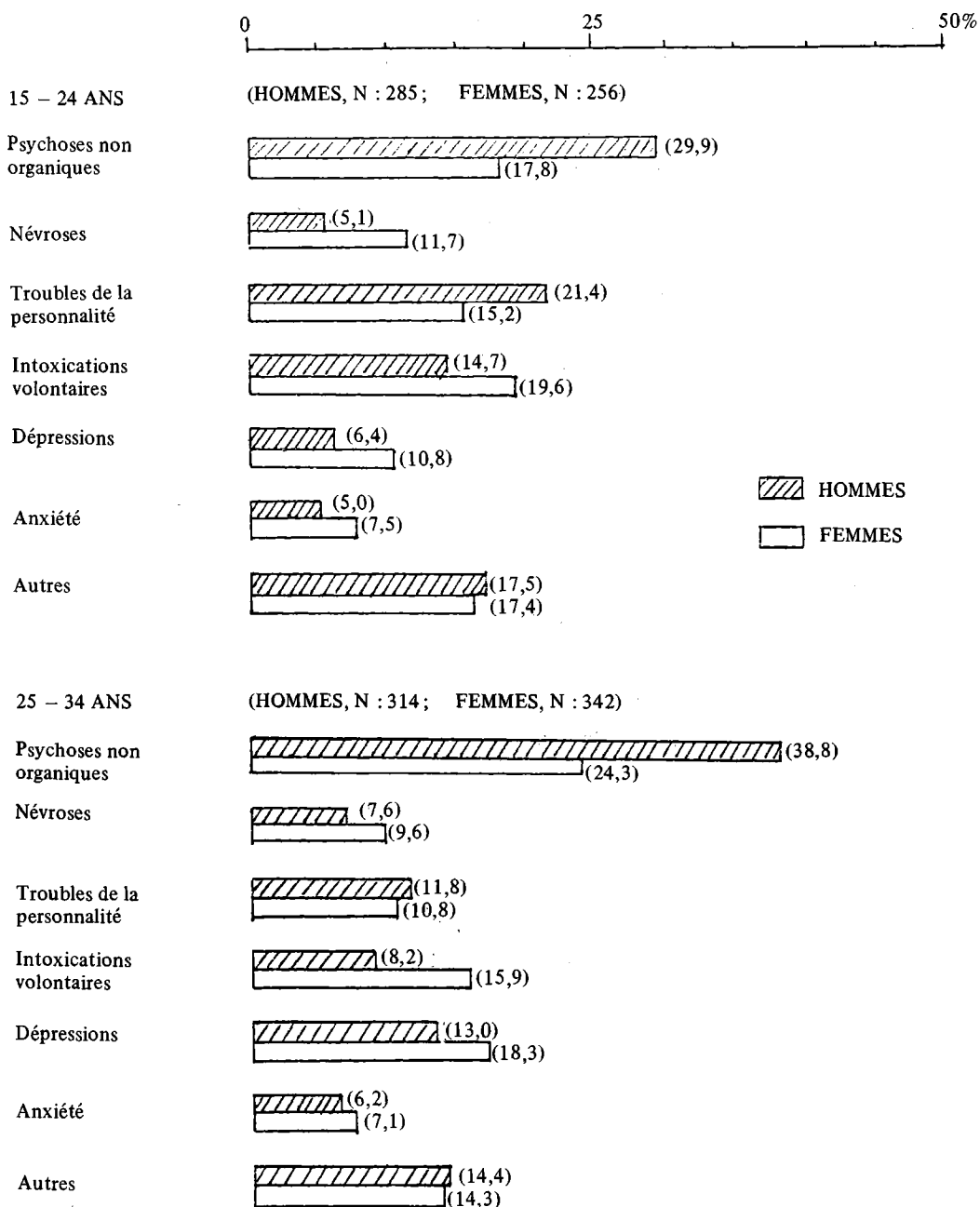
On a vu au tableau 2 comment, de façon globale, la population de l'urgence psychiatrique se répartissait dans les différentes catégories de détresse psychiatrique. On verra dans cette section quelles différences, dans la distribution des types de détresse psychiatrique, émergent entre les hommes et les femmes, de façon globale et dans les diverses catégories socio-démographiques.

GRAPHIQUE I

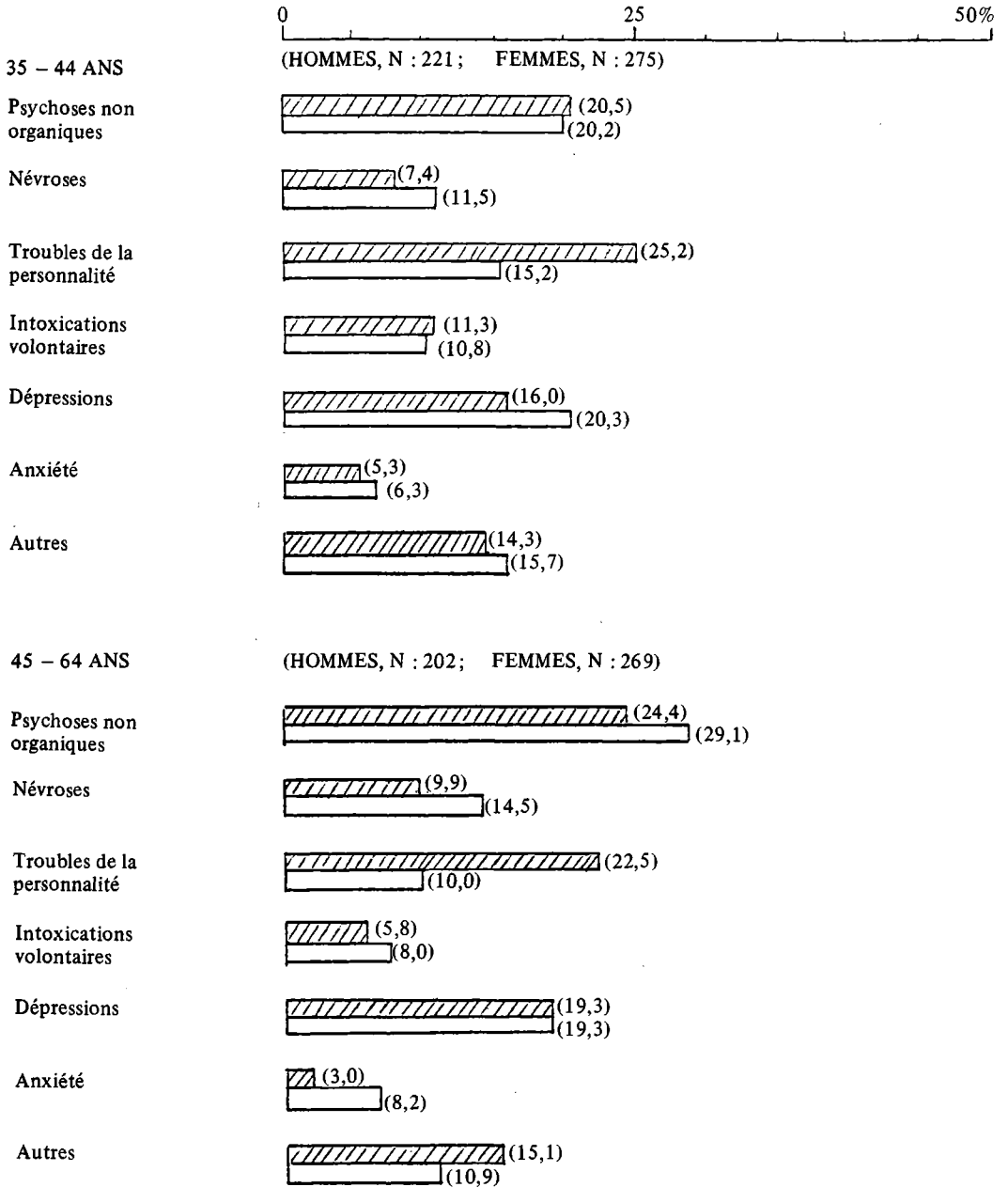
RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES
SELON LES CLASSES DE DIAGNOSTIC ET LE SEXE

GRAPHIQUE II

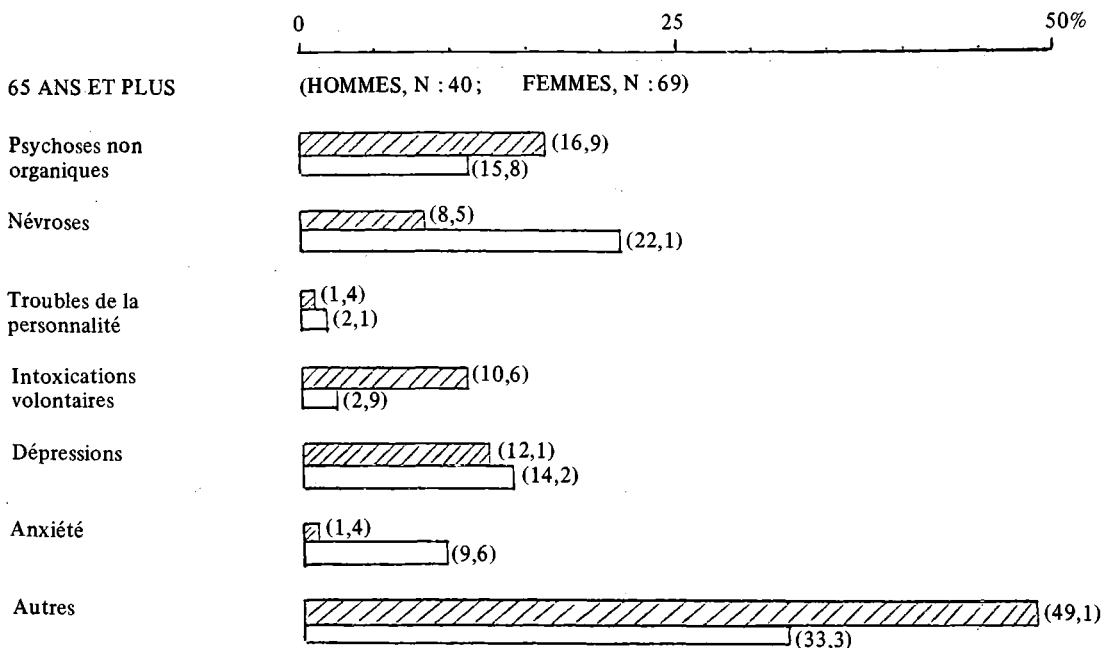
RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PRINCIPALES CLASSES DE DIAGNOSTIC SELON LES GROUPES D'ÂGE ET LE SEXE



GRAPHIQUE II (Suite)



GRAPHIQUE II (Suite)



N.B. La catégorie «autres» dans le graphique II est plus élevée par rapport au graphique I, plusieurs diagnostics moins fréquents (psychoses organiques, troubles divers, tentatives de suicide et autres classes de diagnostic non classées ailleurs) ayant été dans le graphique II, cumulés. Cette note s'applique également pour les graphiques III, IV et V ci-dessous.

2,2,1 SEXE ET DISTRIBUTION DES DÉTRESSES PSYCHIATRIQUES :

Le graphique I montre la distribution des détresses psychiatriques selon le sexe. On y remarque qu'il existe des différences notables quant à la répartition de certaines détresses psychiatriques selon le sexe. En effet, il y a parmi la clientèle féminine, un plus grand nombre de diagnostics de névrose, de dépression, d'intoxication volontaire et d'anxiété. Par contre, les troubles de la personnalité et les psychoses sont plus fréquents chez les hommes.

Il peut être utile de comparer ces résultats à d'autres données sur la distribution par sexe des détresses psychiatriques. Les statistiques canadiennes des premières admissions, selon la classe de diagnostic et le sexe, montrent que parmi 25,347 femmes admises dans l'ensemble des institutions, 39,8% souffraient de névrose contre 19,7% des hommes. Des 27,632 hommes admis, 40,2% souffraient de troubles de la personnalité contre 13,4% des femmes. Toutefois, une proportion plus élevée de femmes souff-

fraient de psychose, soit 28,0% contre 21,6% pour les hommes (Statistique Canada, vol. 1, 1974).

Une autre étude de la répartition des diagnostics entre les premières admissions d'hommes et de femmes, montre qu'il existe des différences notables dans le cas de l'alcoolisme (25,2% chez les hommes contre 5,0% chez les femmes), des névroses (40,2% chez les femmes par rapport à 18,6% chez les hommes), des psychoses affectives (11,2% chez les femmes par rapport à 6,1% chez les hommes). Les autres diagnostics qui ont généralement un lien avec le sexe sont : les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les psychoses alcooliques, qui touchent surtout les hommes (Statistique Canada, vol. II, 1974).

2,2,2 *SEXE, ÂGE ET DISTRIBUTION DES DÉTRESSES PSYCHIATRIQUES :*

Le graphique I montre des différences notables dans la répartition de certaines détresses psychiatriques selon le sexe. Ces différences se retrouvent-elles pour chacun des groupes d'âge ?

Si on considère les groupes de 15 à 34 ans, on retrouve les mêmes résultats que pour l'ensemble de la population : il y a plus de psychoses et de troubles de la personnalité diagnostiqués chez les hommes alors qu'il y a plus de névroses, de dépressions, d'intoxications volontaires et d'anxiété chez les femmes.

Dans le groupe de 35 à 44 ans, contrairement à ce qui a été observé pour l'ensemble de la population, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes pour ce qui est des intoxications volontaires et des psychoses, les autres différences constatées subsistant.

Dans le groupe de 45 à 64 ans, on observe des différences plus marquées par rapport à l'ensemble de la population. Le pourcentage des femmes souffrant de psychoses est supérieur à celui des hommes ; les intoxications volontaires sont chez les deux sexes moins fréquentes que dans l'ensemble de la population ; il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les cas de dépressions. Par contre, l'écart entre les hommes et les femmes s'accroît pour les problèmes d'anxiété.

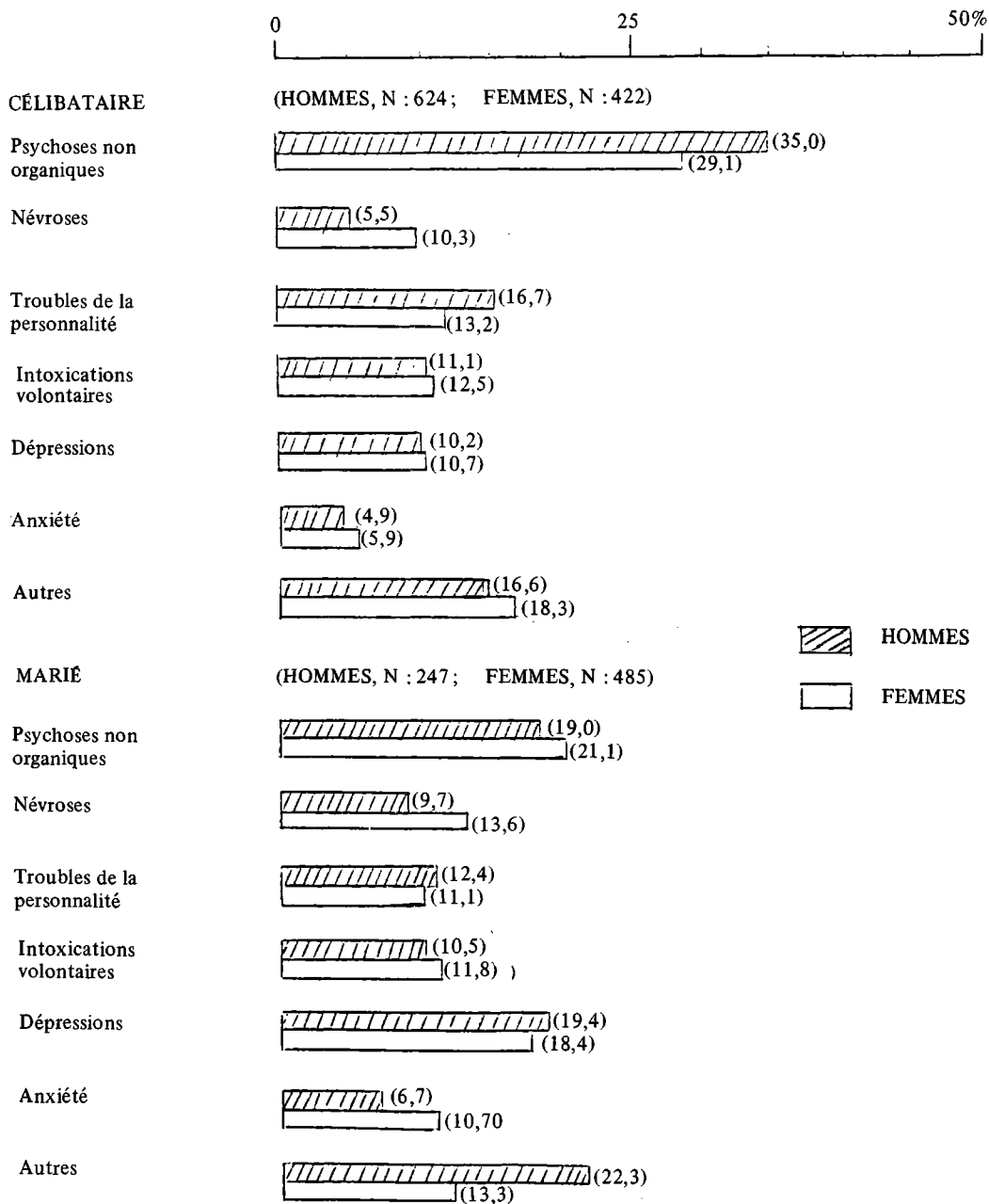
Le groupe des 65 ans et plus se caractérise surtout par un pourcentage considérable de diagnostics « autres ».

2,2,3 *SEXE, ÉTAT CIVIL ET DISTRIBUTION DES DÉTRESSES PSYCHIATRIQUES :*

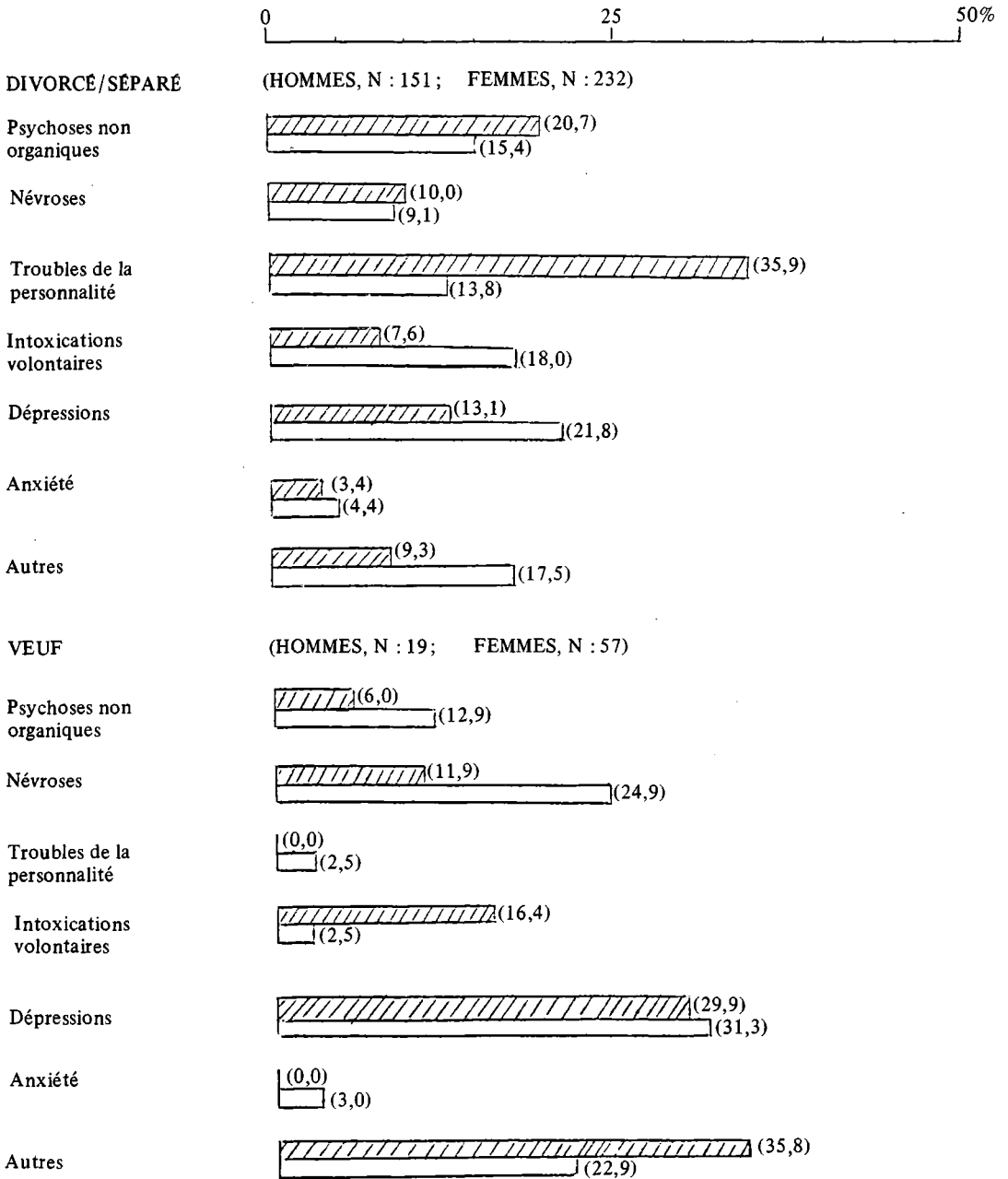
Si on compare maintenant la distribution des principales classes de diagnostic selon le sexe (Graphique I) à la distribution des diagnostics

GRAPHIQUE III

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PRINCIPALES CLASSES DE DIAGNOSTIC SELON L'ÉTAT CIVIL ET LE SEXE



GRAPHIQUE III (Suite)



selon l'état civil et le sexe (Graphique III ci-dessus), on observe que, parmi les patients psychiatriques célibataires, la répartition par sexe est différente de celle de l'ensemble de la population : la plus forte prévalence de psychoses chez les hommes et de névroses chez les femmes subsiste, mais l'écart entre les deux sexes est moins prononcé pour les troubles de la personnalité et il disparaît pour les intoxications volontaires, les dépressions et l'anxiété.

Chez les patients mariés, les femmes présentent, comme dans l'ensemble de la population, plus de diagnostics de névrose et d'anxiété. Contrairement à l'ensemble de la population, la prévalence de psychoses est plus élevée parmi les femmes, alors que les différences entre les hommes et les femmes disparaissent pour ce qui est des troubles de la personnalité, des intoxications volontaires et des dépressions.

Dans la catégorie des divorcés/séparés, il y a, comme dans l'ensemble de la population, plus de psychoses chez les hommes que chez les femmes. Par contre, les différences hommes/femmes s'estompent pour les névroses et les cas d'anxiété, et s'accroissent de façon marquée pour les troubles de la personnalité, les intoxications volontaires et dépressions.

Chez les patients psychiatriques veufs, contrairement à l'ensemble de la population, il y a plus d'hommes avec des intoxications volontaires que de femmes et relativement plus de femmes que d'hommes atteintes de psychoses. À noter également un pourcentage nettement plus élevé des diagnostics suivants : névroses, dépressions, autres.

2,2,4 *SEXE, ETHNIE ET DISTRIBUTION DES DÉTRESSES PSYCHIATRIQUES :*

Le graphique IV ci-dessous montre la distribution des principales classes de diagnostic selon les groupes ethniques et le sexe.

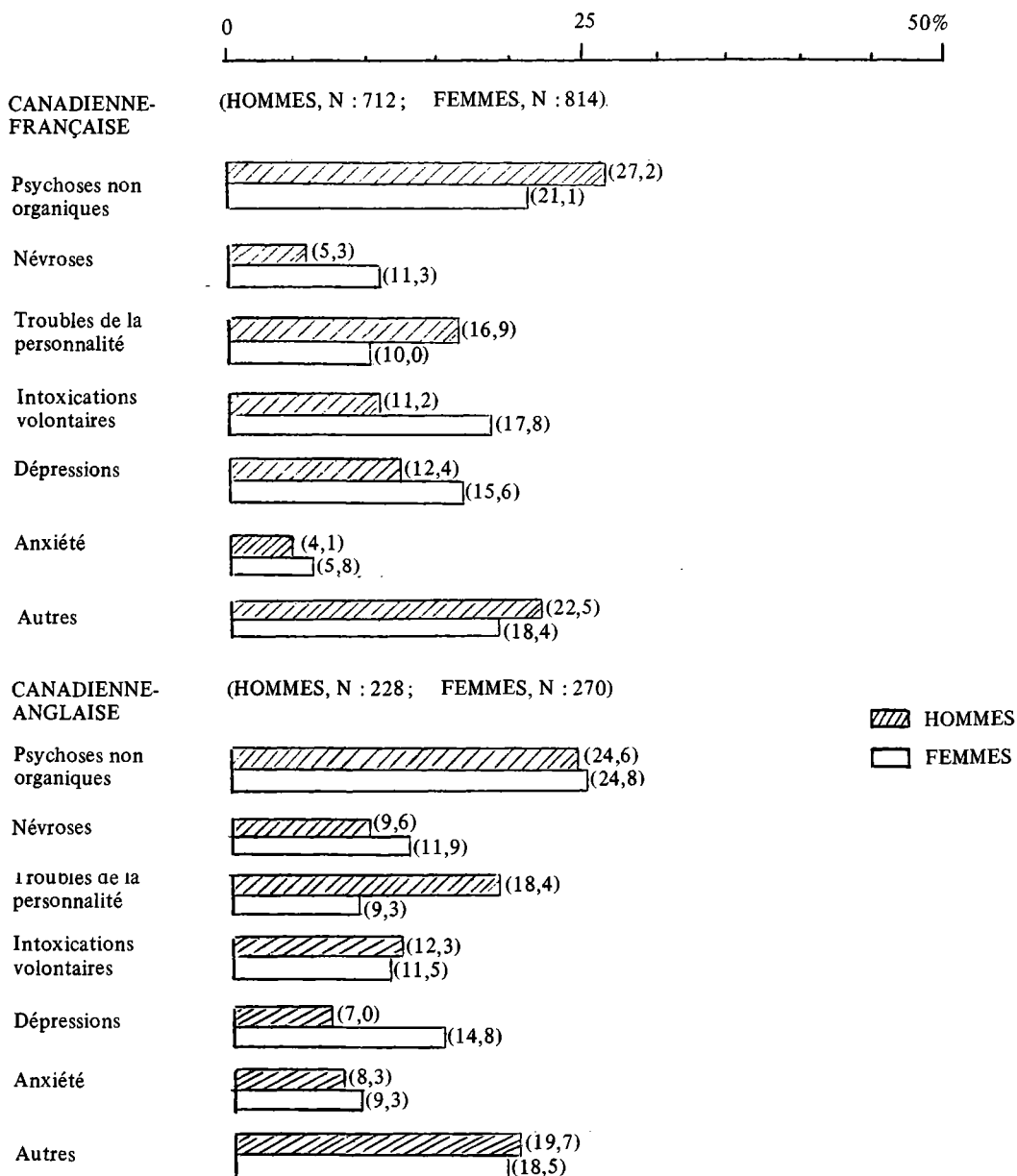
Chez les Canadiens-français, on retrouve les mêmes différences dans la répartition de certaines classes de diagnostic selon le sexe que pour l'ensemble de la population ; avec une accentuation de l'écart entre les deux sexes pour les cas d'intoxications volontaires et de névroses.

Dans le groupe des Canadiens-anglais, on observe des différences plus marquées par rapport à la population. La proportion des hommes et des femmes souffrant de psychoses et d'intoxications volontaires est identique, contrairement à la population. Les autres différences constatées subsistent. Toutefois, l'écart entre les deux sexes s'accroît pour les troubles de la personnalité et les dépressions et il est moins prononcé pour les cas d'anxiété et de névroses.

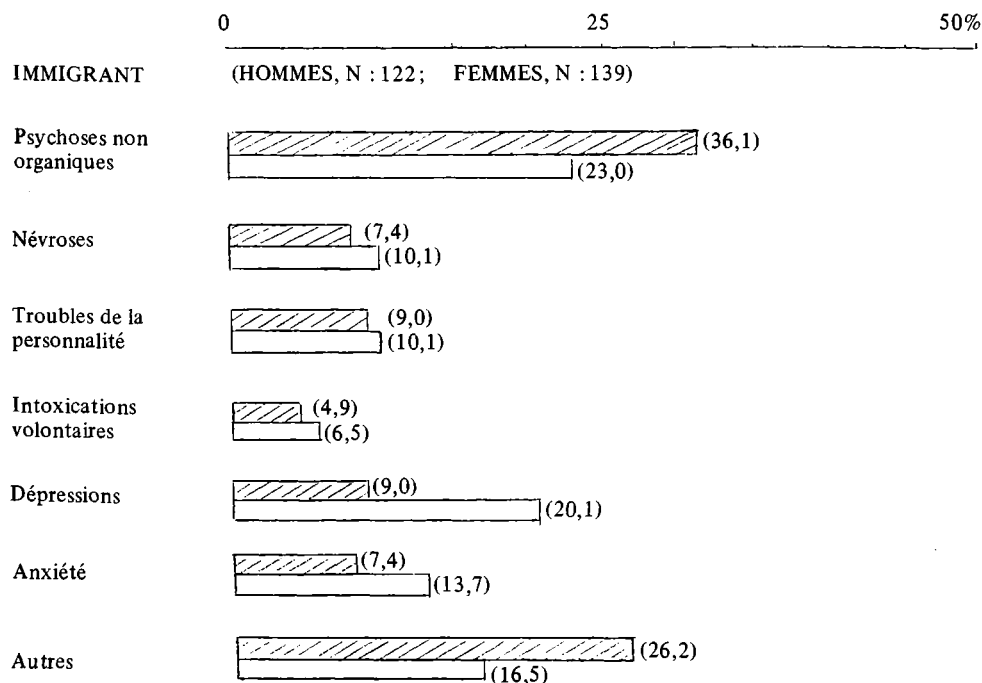
Chez les immigrants, contrairement à ce qui a été observé pour la population, il n'y a pas de différence entre les deux sexes pour ce qui est des

GRAPHIQUE IV

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PRINCIPALES CLASSES DE DIAGNOSTIC SELON L'ETHNIE ET LE SEXE



GRAPHIQUE IV (Suite)



troubles de la personnalité. Par contre, l'écart entre les hommes et les femmes s'accroît pour les psychoses, les dépressions et les cas d'anxiété.

2,2,5 SEXE, POPULATION ACTIVE/INACTIVE ET DISTRIBUTION DES DÉTRESSES PSYCHIATRIQUES :

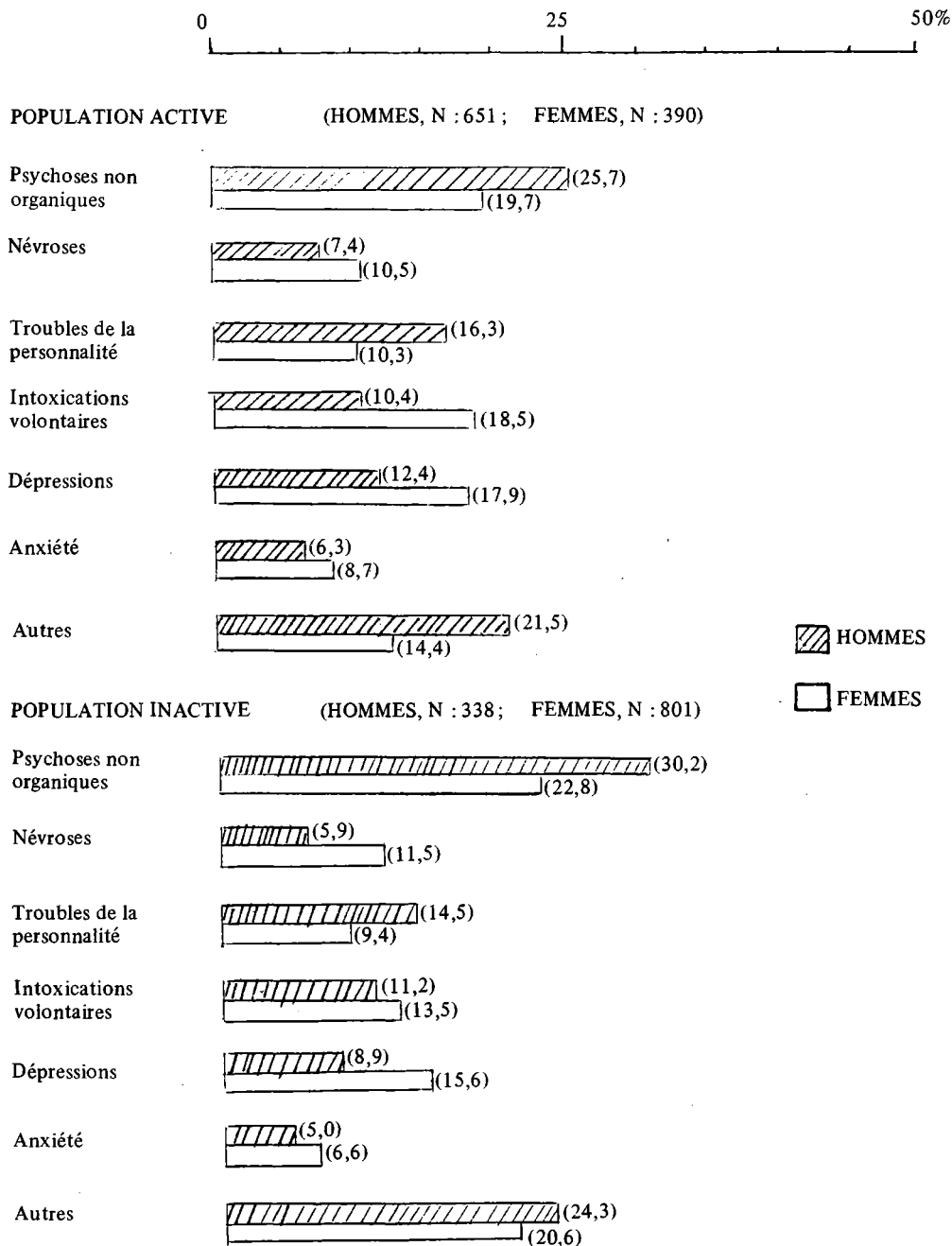
Le graphique V montre la distribution des principales classes de diagnostic selon la population active/inactive et le sexe.

On retrouve, parmi les patients actifs/inactifs des salles d'urgence, les mêmes résultats que pour l'ensemble de la population (Graphique I) : il y a plus souvent de psychoses et de troubles de la personnalité diagnostiqués chez les hommes alors qu'il y a plus de névroses, de dépressions, d'intoxications volontaires et d'anxiété chez les femmes.

Les différences observées entre les hommes et les femmes actifs s'accroissent pour les intoxications volontaires alors que celles constatées entre les hommes et les femmes inactifs s'accroissent pour les cas de dépressions par rapport à la population.

GRAPHIQUE V

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PRINCIPALES CLASSES DE DIAGNOSTIC SELON LA POPULATION ACTIVE/INACTIVE ET LE SEXE



3,0 TRAITEMENTS DE LA DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUES D'URGENCE :

Une description de l'une des dimensions de l'intervention médicale en psychiatrie d'urgence est effectuée dans cette dernière partie. Il s'agit de mettre en évidence les premières décisions prises par les professionnels de la santé de service à l'urgence en réponse aux différentes demandes de soins psychiatriques, à savoir : les types de traitement choisis (*). La distribution des différents traitements est analysée selon le sexe et les principales classes de diagnostic.

3,1 *TRAITEMENT À COURT TERME :*

On décrira d'abord l'intervention médicale relativement au traitement immédiat de la demande de soins psychiatriques d'urgence. Le traitement immédiat consistant en la première démarche du personnel soignant de l'urgence telle que celle-ci est relatée dans le dossier médical des patients. Les différentes modalités d'un traitement à court terme ne sont pas mutuellement exclusives. Ainsi, par exemple, un patient a pu recevoir une médication et être placé également sous observation, etc. Cependant dans le cadre de cette description du traitement à court terme, nous considérons seulement la première démarche du personnel de l'urgence face aux détresses psychiatriques (exemple : médication).

Le tableau 7 ci-dessous montre que les traitements à court terme apparemment différent selon qu'on est un homme ou une femme. On le voit globalement sur la ligne «total» : plus de consultations psychiatriques chez les hommes, plus de médication et d'observation parmi les femmes. Et cette distribution différentielle des traitements selon le sexe ne peut s'expliquer par le fait que les détresses psychiatriques ne sont pas distribuées de la même façon parmi les hommes et parmi les femmes (Graphique I). En effet, on peut voir au tableau 7 que les traitements diffèrent à diagnostic constant : par exemple, le diagnostic «schizophrénie» entraîne plus de consultations et moins de médication chez les hommes comparativement aux femmes.

Pour ce qui est du traitement «observation», il est plus fréquent chez les femmes pour tous les diagnostics sauf les dépressions et états délirants. Les femmes sont, globalement, un peu moins «sur-médicamentées» que «sur-observées», mais la sur-médication se manifeste également pour la plupart des diagnostics sauf psychoses affectives et névroses.

(*) Nous parlons ici d'une des dimensions de l'intervention médicale, car l'information recueillie ne permet pas d'établir des critères afin d'évaluer, tant du point de vue strictement médical que du point de vue de l'attitude du malade face au traitement proposé, l'intervention effectuée en psychiatrie d'urgence.

Tableau 7
 TYPES DE TRAITEMENT À COURT TERME
 SELON LES PRINCIPALES CLASSES DE DIAGNOSTIC ET LE SEXE

Sexe	Masculin						Féminin					
	consultation psychiatrique %	médication %	observation %	examen physique %	autres %	total %	consultation psychiatrique %	médication %	observation %	examen physique %	autres %	total %
Schizophrénie	66,9	16,2	11,7	2,1	3,8	100,0	56,5	24,2	14,9	3,1	1,3	100,0
Psychoses affectives	54,2	29,9	8,4	3,7	3,8	100,0	50,9	27,6	19,0	2,5	0,0	100,0
États délirants	26,2	18,8	51,3	0,0	3,7	100,0	43,0	24,4	32,6	0,0	0,0	100,0
Autres psychoses	61,4	16,2	12,4	7,1	2,9	100,0	26,9	28,9	38,6	3,6	2,0	100,0
Névroses	62,1	24,6	5,6	1,7	6,0	100,0	55,7	14,9	15,6	3,8	10,0	100,0
Troubles spécifiques de la personnalité	64,1	7,1	2,2	26,6	0,0	100,0	49,8	10,9	23,3	6,9	9,1	100,0
Alcoolisme	36,6	11,7	26,8	9,7	15,2	100,0	16,2	18,9	35,1	25,2	4,6	100,0
Intoxications volontaires	26,1	8,7	9,8	48,0	7,4	100,0	24,1	3,1	18,5	45,7	8,6	100,0
Dépressions	40,1	16,3	24,5	5,8	13,3	100,0	41,7	18,4	13,2	19,4	7,3	100,0
Anxiété	34,1	19,5	4,3	31,7	10,4	100,0	24,2	25,5	4,3	23,5	22,5	100,0
TOTAL	47,8	16,2	14,6	14,5	6,9	100,0	41,5	17,5	17,5	16,0	7,5	100,0

Tableau 8
TYPES DE TRAITEMENT À PLUS LONG TERME
SELON LES PRINCIPALES CLASSES DE DIAGNOSTIC ET LE SEXE

Sexe	Masculin						Féminin					
	Hospitalisation	référer à la clinique externe	retour à la maison	référer à un autre centre hospitalier	autres	total	Hospitalisation	référer à la clinique externe	retour à la maison	référer à un autre centre hospitalier	autres	total
Classes de diagnostic	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Schizophrénie	39,1	32,1	4,7	15,1	9,0	100,0	41,6	30,3	8,3	9,0	10,8	100,0
Psychoses affectives	43,8	31,4	1,7	12,4	10,7	100,0	68,1	14,5	2,4	5,4	9,6	100,0
États délirants	43,6	43,6	2,6	2,6	7,6	100,0	42,0	20,5	6,8	11,4	19,3	100,0
Autres psychoses	58,1	22,5	0,9	5,4	13,1	100,0	34,8	17,4	12,1	23,2	12,5	100,0
Névroses	24,3	34,7	13,8	7,5	19,7	100,0	28,5	48,2	6,1	7,6	9,6	100,0
Troubles spécifiques de la personnalité	10,9	50,0	17,7	1,8	19,6	100,0	14,0	50,2	18,9	3,9	13,0	100,0
Alcoolisme	18,1	34,7	11,9	7,8	27,5	100,0	9,7	53,2	8,9	0,0	28,2	100,0
Intoxications volontaires	7,5	31,6	16,9	6,3	37,7	100,0	11,1	31,8	22,6	10,2	24,3	100,0
Dépressions	22,1	40,6	15,2	10,0	12,1	100,0	14,6	48,3	11,2	11,8	14,1	100,0
Anxiété	4,9	45,1	37,7	3,1	9,2	100,0	3,8	32,5	47,3	3,8	16,4	100,0
TOTAL	26,2	36,2	12,3	8,6	16,7	100,0	22,3	38,0	15,6	8,8	15,3	100,0

Plusieurs hypothèses sont envisageables pour expliquer ces traitements différentiels. Il se pourrait que pour un même type de détresse, on n'applique pas aux femmes les mêmes diagnostics ou qu'inversement, pour des détresses différentes, on applique aux hommes et aux femmes le même diagnostic. Autrement dit, les catégories de diagnostic ne recouvriraient pas, chez les hommes et chez les femmes, les mêmes entités pathologiques. Il se pourrait également qu'il y ait un biais systématique dans le type de traitant (par exemple, psychiatre *versus* omnipraticien) dévolu par hasard aux deux sexes, ces différents traitants n'appliquant pas éventuellement les mêmes traitements. Enfin, il se pourrait que pour une même détresse, un même diagnostic et un même type d'intervenant, on n'applique pas aux femmes et aux hommes les mêmes traitements, auquel cas il s'agirait d'un biais dont la nature resterait à élucider.

3,2 TRAITEMENT À LONG TERME :

Il s'agit ici du plan de traitement envisagé à plus long terme. Par traitement à long terme, on entend ici la première phase d'un plan de traitement tel que celui-ci est relaté dans le dossier médical des patients. Les différents plans de traitement à long terme ne sont pas mutuellement exclusifs; ainsi, un patient après une consultation psychiatrique peut être hospitalisé et référé par la suite à la clinique externe. Nous considérons, dans cette description, la première phase d'un plan de traitement envisagé à plus long terme. (exemple : Hospitalisation).

La distribution par sexe des différents traitements à long terme selon les diagnostics, montre globalement un résultat semblable à celui constaté pour les traitements à court terme : pour une même catégorie de diagnostic, les plans de traitements apparemment différent selon qu'on est un homme ou une femme.

À titre d'exemples : il y a plus d'hospitalisations pour psychoses affectives parmi les femmes; pour la catégorie «autres psychoses», il y a plus d'hospitalisations parmi les hommes; les traitements différent pour les cas d'alcoolisme; il y a plus d'hospitalisations pour «dépression» parmi les hommes, il y a plus de «retour à la maison» pour anxiété parmi les femmes.

Ces résultats sont cependant plus ambigus que ceux pour le traitement à court terme où l'on observait une sur-observation et sur-médication systématique des femmes.

RÉCAPITULATION :

Voici en résumé les principaux résultats qui se dégagent de l'analyse de l'utilisation des services d'urgence pour des problèmes psychiatriques à Montréal selon le sexe.

Tout d'abord, la description générale de la clientèle «psychiatrique» de l'urgence et de la population de Montréal a montré que :

- Pris dans son ensemble, il n'y a pas de relation entre le sexe et la propension à être un patient de l'urgence psychiatrique.
- La clientèle psychiatrique adulte (15 ans et plus) qui utilise les salles d'urgence de Montréal est une population jeune (l'âge moyen est de 35 ans, alors que l'âge moyen de la population adulte de Montréal est de 40 ans).
- Les personnes célibataires ainsi que celles qui sont divorcées ou séparées sont davantage susceptibles de recourir aux services d'urgence pour des problèmes psychiatriques que les personnes mariées.
- Les Canadiens-français sont, par rapport à la population, sur-représentés parmi la clientèle de l'urgence psychiatrique alors que les Canadiens-anglais et les immigrants sont sous-représentés.
- Les personnes économiquement inactives sont sur-représentées parmi la clientèle de l'urgence psychiatrique par rapport à la population.
- Les détresses psychiatriques les plus souvent diagnostiquées sont : les psychoses (29,1% des urgences), les «dépressions» et les troubles de la personnalité (29,8% de la demande de soins psychiatriques d'urgence). Les autres classes de diagnostic importantes sont les intoxications volontaires, les névroses et les problèmes d'anxiété. On a vu également que plus du tiers (35,5% des patients qui sont pris en charge pour des problèmes «d'urgence psychiatrique» par les hôpitaux de Montréal) ont des diagnostics qui ne sont pas pris en considération comme tels par la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSA-II). Entre autres : intoxications volontaires, «dépressions», anxiété.

Dans un deuxième temps, l'analyse des différences entre la clientèle féminine et masculine par le croisement avec les autres variables socio-démographiques (comparées aux données de la population générale), l'analyse de la distribution des types de détresse a fait ressortir les principaux résultats suivants :

- On observe une sur-représentation de la clientèle féminine dans les couches d'âge plus avancé (entre 35 et 64 ans) et inversement, la clientèle masculine est sur-représentée chez les jeunes (15-24 ans) par rapport à la population de Montréal.
- Parmi la clientèle psychiatrique des salles d'urgence, il y a proportionnellement plus d'hommes célibataires et de femmes mariées que dans la population générale.

- Pour un même groupe ethnique, la probabilité d'être un patient de l'urgence pour des problèmes psychiatriques n'est pas plus élevée pour une femme que pour un homme.
- Pour un même statut d'emploi (population active *vs* inactive), la probabilité d'être un patient de l'urgence pour des problèmes psychiatriques n'est pas plus élevée pour une femme que pour un homme.
- La répartition par sexe des patients selon les principales classes de diagnostic révèle que les psychoses et les troubles de la personnalité sont plus souvent diagnostiqués chez les hommes que chez les femmes alors que l'inverse est vrai pour toutes les autres classes de diagnostic. Cette distribution différentielle des détresses selon le sexe subit cependant des altérations sensibles lorsque la variable sexe est croisée avec l'âge, l'état civil, le groupe ethnique et le statut d'emploi (Graphique II à V).

Dans un troisième temps, l'analyse des types de traitement selon le sexe et les principales classes de diagnostic a montré que pour une même catégorie de diagnostic, les types de traitement apparemment différent selon qu'on est un homme ou une femme :

- À court terme, on observe systématiquement plus de consultations psychiatriques chez les hommes, plus de médication et d'observation parmi les femmes. Les femmes sont, globalement, un peu moins « sur-médicamentées » que sur-observées, mais la sur-médication se manifeste également pour la plupart des diagnostics à l'exception des psychoses et des névroses.
- À long terme, on observe plus d'hospitalisations pour les « psychoses affectives » parmi les femmes et pour les « autres psychoses » et « dépressions » parmi les hommes ; les traitements sont différents en ce qui concerne les cas d'alcoolisme ; il y a plus de « retour à la maison » pour les cas d'anxiété parmi les femmes.

En résumé, il s'avère que les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recours à l'urgence psychiatrique sont différentes de celles des hommes ; de plus les raisons de l'utilisation des services de l'urgence pour des problèmes psychiatriques (la distribution des types de détresse psychiatrique) ne sont pas les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Enfin, pour un même diagnostic le traitement prescrit est apparemment différent, en particulier pour les traitements à court terme.

Les données présentées dans cet article ont donc permis de brosser un portrait socio-démographique et socio-médical des patients de l'urgence psychiatrique. Elles ont également fait ressortir des différences importantes entre les hommes et les femmes. Finalement, certains résultats (comme les différences entre hommes et femmes dans les types de traitement reçus), mériteraient, croyons-nous, une analyse plus approfondie que la nature des données discutées ici ne permettait pas de poursuivre.

NOTES

1. Dans la suite du texte, on utilisera l'expression «Montréal», cela signifiant toujours «Montréal métropolitain». Rappelons que ces données ont été obtenues dans le cadre d'une recherche effectuée par une équipe du Département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal. Les objectifs, le cadre méthodologique ainsi que certains résultats de cette recherche ont été présentés dans le dernier numéro de la présente revue. Nous y référons donc le lecteur pour les questions d'ordre méthodologique.
2. Voici la définition des caractéristiques socio-démographiques utilisées : l'âge est établi à partir de la date de naissance, il correspond à l'âge en 1976. Le sexe et l'état civil ne posent pas de problèmes particuliers de définition. La notion de catégorie ethnique fait référence, premièrement au lieu de naissance (à l'intérieur du Canada ou à l'extérieur du Canada), deuxièmement à l'appartenance linguistique des patients (français, anglais). Ainsi, l'origine ethnique se définit selon les catégories suivantes : canadienne-française, canadienne-anglaise, immigrant. A des fins de comparaison avec les statistiques de la population du Montréal métropolitain, un regroupement des divers statuts d'emploi au moment de l'urgence a été effectué. La population active comprend les catégories suivantes : les patients au-dessus de 15 ans qui ont travaillé contre rémunération ou avaient un emploi dont ils étaient temporairement absents à cause d'une maladie, de vacances, etc., ou les patients en chômage (le patient qui se déclarait être chômeur recevait des prestations d'assurance-chômage et, toujours selon son dossier, avait auparavant un emploi). La population inactive comprend les catégories suivantes : les patients qui sont étudiants, maîtresses de maison, sans travail (être sans emploi signifie que l'on ne recevait pas de prestation d'assurance-chômage et que l'on ne cherchait pas de travail, c'est-à-dire que les informations contenues dans le dossier médical indiquent que ce patient était sans travail depuis longtemps), assistés sociaux et retraités.
3. Les statistiques détaillées du recensement de 1976 n'étaient pas encore disponibles au moment de la préparation de cette étude. Nous avons utilisé les données fournies par le recensement de 1971.
4. En ce qui concerne les tests statistiques utilisés dans cet article (chi carré), nous acceptons les relations statistiquement significatives au seuil de 5% sauf lorsque précisé dans le texte.
5. Dans le cadre de cette étude, nous avons également classé les patients selon l'échelle des statuts socio-professionnels ci-dessous habituellement utilisée. Toutefois, considérant d'une part que ces données étaient disponibles seulement pour 40% de l'échantillon et, d'autre part, que les critères afin de comparer celles-ci avec les statistiques de la population s'avèrent plus ou moins fiables, nous avons décidé de ne pas inclure ces données dans l'analyse. Néanmoins, les résultats obtenus, en ce qui concerne les patients psychiatriques des salles d'urgence, sont les suivants : professionnels, gérance et administration (8,3%); semi-professionnels et petits administrateurs (16,1%); cols blancs (22,2%); cols bleus (40,6%) et autres professions non classées ailleurs (12,8%). L'effectif est de 985 individus.

REFERENCES

- ATKINS, R.W. (1967), «Psychiatric emergency service, implications for patient, physician, family, hospital and community». *Arch. Gen. Psych.*, 17.
- BLAIS, A. et GEORGES, J. (1969), «Psychiatric emergencies in a general hospital out patient department». *Canadian Psychiatric Ass. Journal*, vol. 14, n° 2, p. 123-133.
- CHAFETZ, M.E., BLAISE, H.T., et MILLER, J.J. (1966), «Acute psychiatric services in the general hospital. Part 1. Implications for psychiatric in emergency admissions». *American Journal Psychiatric*, 123.
- Conseil régional de la Santé et des Services Sociaux de Montréal Métropolitain (1974), *Système d'urgence médicale (Région 6A)*. rapport d'étape, p. 17.
- GOVE, Walter R. (1972), «The relationship between sex roles, marital status, and mental illness». *Social Forces*, Vanderbilt University, vol. 51, p. 35-44.
- MILLER, W. (1968), «Psychiatric emergency service – Some treatment concepts». *American Journal Psychiatric*, 124 (7).
- SCHWARTZ, M.D. et ERRERA, P. (1963), «Psychiatric care in a general hospital emergency room 11 : Diagnostics features». *Arch. Gen. Psych.*, 9, vol. 121, p. 113.

- SILVERT, R. (1964), «Psychiatric patients in the admitting emergency room. Methodology». *Arch. Gen. Psych.*, 11.
- Statistique Canada (1974), La statistique de l'hygiène mentale, vol. I, Admission et radiation des institutions. Canada 1971, Cat. 83-204.
- Statistique Canada (1974), La statistique de l'hygiène mentale, vol. II, Premières admissions, selon le sexe, certains diagnostics. Canada.
- UNGERLEIDER, J.T. (1960), «The psychiatric emergency – Analysis of six months experience of a University hospital consultation service». *A.M.A. Arch. Gen. Psychiatric*, 3, p. 593-601.

SUMMARY

This article presents a general description of the clientele requiring emergency psychiatric services in the Greater Montreal area, with a particular emphasis on the differences between the characteristics of the female and of the male clientele of these emergency services (demographic variables, diagnosis, treatment and disposition variables).